



Carrera: Licenciatura en Terapia Ocupacional

Materia: Metodología de la investigación y Diseño de Trabajo Final

Equipo docente: Dra. TO Mariela Nabergoi; Lic. TO Luisa Rossi; Esp. TO Andrea

Albino; Lic. TO Florencia Itovich; Lic. Macarena López

Docentes supervisores: Lic. Luisa Rossi y Lic. Daniela Cerri

"Intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamiento de Cuidados Paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019."

Grupo 16

Integrantes:

Biana Pilar

DNI: 37007732

Correo electrónico: pilarbiana@hotmail.com

Celular: 15-5584-7520

Canil Valentina

DNI: 40399346

Correo electrónico: valencanil@gmail.com

Celular: 15-3311-2558

Davico Mariana
 DNI: 40562693

DIVI. 40302033

Correo electrónico: marianadavico7@gmail.com

Celular: 3446-525179

Fecha de Presentación: 17/12/19

ÍNDICE

Tema	Pág. 3
Palabras Clave	Pág. 3
Planteamiento del Problema Científico	Pág. 3
Relevancia y Justificación	Pág. 7
Marco Teórico	Pág. 9
Supuestos de Investigación	Pág. 24
Objetivos	Pág. 25
METODOLOGÍA	Pág. 26
Tipo de Diseño	Pág. 26
Universo y Muestra	Pág. 28
Matriz de Datos	Pág. 31
Fuentes de Datos	Pág. 39
Instrumento	Pág. 40
Análisis de los Datos	Pág. 41
Resultados	Pág. 52
Conclusiones	Pág. 80
Bibliografía	Pág. 87
Anexos:	Pág. 92
- Anexo I: Consentimiento Informado	Pág. 92
- Anexo II: Informe Variaciones Instrumento	Pág. 94
- Anexo III: Instrumento Final	Pág. 98
- Anexo IV: Ficha de Registro	Pág. 100
- Anexo V: Tablas de Frecuencia	Pág. 104
- Anexo VI: Relatos de las Intervenciones de las TO	Pág. 111

TEMA

Intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamiento de Cuidados Paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional, Cuidados Paliativos, Intervenciones, Focos de Intervención, Pacientes Internados, Pacientes Ambulatorios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la terapia ocupacional como una profesión de la salud centrada en la persona que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal es posibilitar la participación de las personas en sus actividades cotidianas. (WFOT, 2012).

De acuerdo a los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (1990) en la Serie de Informes Técnicos 804 en Ginebra, el tratamiento paliativo tiene como objetivo reafirmar el valor de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal. A su vez, este tratamiento brinda un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a tener una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte (OMS, 1990). Por otra parte, la OMS (1990) establece que es importante "ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo" (OMS, 1990, p. 12).

En 1986 la American Occupational Therapy Association (AOTA) aprueba, en una Asamblea Representativa, un documento acerca del rol de Terapia Ocupacional en el hospice. Este documento afirma que las personas pueden tener vidas productivas y significativas a pesar de estar transitando una enfermedad terminal y la Terapia Ocupacional brinda un servicio esencial en este proceso (AOTA, 1986, p. 839)

En línea con lo anterior, Pavón y Catalá (2010) sostienen que las intervenciones de Terapia Ocupacional en el final de la vida promueven el bienestar del paciente terminal. Dichos autores afirman que la actividad ocupacional es lo primero que se compromete o se ve afectado durante el transcurso de una enfermedad. Ante esta situación, la Terapia Ocupacional, como disciplina dedicada al cuidado integral, se pone al servicio de la persona para adaptar su vida a medida que los déficits de su enfermedad se vayan instaurando. Una persona que atraviesa el final de su vida puede experimentar fluctuaciones en sus ocupaciones, en su adaptación y en su eficacia. A su vez, presenta una degeneración en sus habilidades, lo que repercute en los

patrones de ejecución (roles, rutinas y hábitos) alterando considerablemente su vida ocupacional. Los autores sostienen que "recibir una atención al final de la vida competente, integral y humanitaria no debe de ser un privilegio, sino más bien un derecho de todo enfermo en fase terminal" (Pavón y Catalá, 2010, p.158)

Teniendo en cuenta los conceptos mencionados anteriormente acerca de una atención competente, integral y humanitaria, se puede mencionar que Elmescany y Barros (2015) abordan la integración de la espiritualidad en la práctica de Terapia Ocupacional en los cuidados paliativos del cáncer. Estos autores hacen principal énfasis en las actividades significativas de los pacientes, para que puedan vivir con sentido, realizar sus proyectos de vida y morir con dignidad. En línea con los principios de los cuidados paliativos, la Terapia Ocupacional ayuda al individuo a vivir lo más activamente posible hasta su muerte, a través de la expansión de la autonomía y las posibilidades del hacer, que comprende las actividades como facilitadores de poder vital de la experiencia.

Por otra parte, Briceño Constanza (2011) evidencia que en los últimos años hubo un aumento de personas que padecen enfermedades crónicas y/o degenerativas debido al envejecimiento de la población. Como respuesta a esta situación, se realiza una actualización en la visión y los conocimientos relacionados con los cuidados paliativos; a través de esta línea se destaca el aporte que la disciplina le brinda a esta área facilitando la participación y la ocupación del paciente y enfatizando en la importancia de considerar la calidad de vida de la persona como eje central para cualquier intervención.

Este panorama orienta al equipo de investigación del presente trabajo a pensar que el aumento de enfermedades crónicas y/o degenerativas es un disparador fundamental para que la Terapia Ocupacional ocupe un lugar imprescindible en el área de cuidados paliativos a través de intervenciones destinadas a promover el bienestar del paciente en todas sus áreas ocupacionales y favorecer su desempeño en las ocupaciones significativas de su vida diaria.

En relación a las investigaciones realizadas en el área de cuidados paliativos, es importante destacar que De Antueno y Silberberg (2018) publican un trabajo en el Hospital Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que da cuenta de los efectos que produce la atención de cuidados paliativos en la reducción del sufrimiento de los pacientes que transitan por una enfermedad avanzada. El equipo de salud de este Hospital se encuentra integrado por médicos, enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, terapistas ocupacionales y voluntarios. Dicha investigación se realizó con pacientes que recibieron atención en el servicio de cuidados paliativos del Hospital Tornú durante el año 2016. Este estudio evaluó el sufrimiento percibido

por pacientes con enfermedades oncológicas y crónicas (EPOC, HIV) antes y después de recibir tratamiento de cuidados paliativos. La comparación de resultados evidencia que la percepción de sufrimiento por parte de los pacientes disminuye considerablemente luego de recibir atención en el servicio de cuidados paliativos.

Considerando los documentos formales y legales que enmarcan el campo de cuidados paliativos, es menester destacar que en la Resolución 357/2016 "Directrices de organización y funcionamiento en cuidados paliativos" el Ministerio de Salud establece las funciones y actividades del Área de Terapia Ocupacional en Cuidados paliativos. Entre ellas se mencionan las Funciones del Área de Terapia Ocupacional, estas funciones son 16 en total y se describen en relación al proceso de evaluación (5) y en relación al proceso de intervención (11). Una de las funciones de TO en relación al proceso de intervención es "Motivar al paciente para el desempeño de sus ocupaciones en general; durante el proceso de adecuación al deterioro y ante los cambios funcionales" (función número 8); otra función es "Fomentar y mantener la autonomía del paciente: toma de decisiones, ejecución, desempeño y participación en ocupaciones significativas en las distintas áreas ocupacionales" (función número 9); por su parte, la función número 13 consta de "Asesorar, educar y/o favorecer la adecuación del paciente y su familia y/o entorno afectivo sobre los cuidados posturales, alivio de síntomas, pérdidas funcionales progresivas, capacidad funcional del paciente, asistencias necesarias, organización de rutinas, prevención de claudicación familiar"; con respecto a la función número 14 de este apartado, el profesional de TO debe "Promover un espacio terapéutico para la exploración, reconocimiento, elaboración, aceptación y expresión de roles, hábitos, valores, creencias e intereses de la Unidad de Tratamiento"; por último, se hará mención a la función número 15 que consiste en "Asesorar y realizar modificaciones en los entornos donde se desempeña el paciente para optimizar sus capacidades, favorecer el desempeño ocupacional y/o la adecuación al proceso de deterioro y pérdidas de función en sus ocupaciones"

Como se mencionó anteriormente, la Resolución 357/2016 establece las funciones y actividades del Área de Terapia Ocupacional en Cuidados paliativos. En cuanto a las *Actividades del Área de Terapia Ocupacional*, también se describen en relación al proceso de evaluación y en relación al proceso de intervención. Las actividades que se mencionan son 28 en total, 7 en el proceso de evaluación y 21 en el proceso de intervención. Entre las principales actividades que realiza TO en el proceso de intervención se pueden mencionar las siguientes: "Estimular el desarrollo y/o adecuación de patrones de desempeño ocupacional acorde a las necesidades e intereses del paciente" (número 13); "Estimulación del contacto, relaciones afectivas y actividades de participación social" (número 15); "Promoción de la adecuación del

paciente y su familia y/o entorno afectivo durante las diferentes etapas del proceso de deterioro y pérdidas funcionales (...), número 16; "Realización de actividades significativas, propias de la subjetividad de la persona, a través del uso verbalizado, concreto y/o simulado" (número 19).

En relación a lo antedicho, Nicora (2010) sugiere que el rol de Terapia Ocupacional es fundamental ya que proporciona oportunidades a la persona que está cursando el final de su vida y asesora su entorno para mejorar su calidad de vida. La autora refiere que la Terapia Ocupacional interviene particularmente en los cuidados posturales, en las capacidades remanentes de la persona, en la participación activa de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), en la exploración y desempeño de actividades de interés. Además, se interviene en los procesos de pérdida de roles y se hace hincapié en que la persona pueda decidir de forma activa sobre el proceso de intervención en cuidados paliativos.

Siguiendo a Corregidor Sánchez y Ávila Tato (2010), uno de los principales objetivos de Terapia Ocupacional en medicina paliativa es reducir el impacto de la enfermedad en el funcionamiento diario del paciente. Los terapeutas ocupacionales ayudan a mejorar la funcionalidad en las AVD, adaptarse a nuevas situaciones y encontrar actividades significativas para la persona. Asimismo, buscan maximizar en cada fase de la enfermedad las capacidades y destrezas de la persona para lograr un desempeño ocupacional óptimo. Por otra parte, los autores sostienen que "es necesario promover trabajos de investigación que reporten datos sobre las técnicas más útiles, así como la intensidad y frecuencia adecuadas" (p. 210).

En relación al tema seleccionado para esta investigación cabe destacar que existen publicaciones realizadas por profesionales de Terapia Ocupacional en Argentina. En las bibliotecas de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO), de la Universidad Nacional de San Martín y otras bibliotecas consultadas, entre ellas la biblioteca de la Universidad Nacional de La Plata, la Universidad de Quilmes, la Universidad de Buenos Aires, se han encontrado artículos, tesis e investigaciones que hacen referencia a la Terapia Ocupacional y los cuidados paliativos. Esta situación da cuenta de que, a lo largo de la historia de la disciplina, se han ampliado los caminos en relación a esta temática y actualmente se incrementó el conocimiento y material disponible en el área de cuidados paliativos. Además, con respecto a esto resulta importante mencionar que en nuestro país existe un Programa Docente de Residencia Post-Básica Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos (2006), avalado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA); Ministerio de Salud; Dirección General de Regulación y Fiscalización; y Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Esta residencia promueve la formación de posgrado de diferentes profesionales de la salud, incluyendo la Terapia Ocupacional. Los lugares en los que se desarrolla el programa de Residencia son el Hospital E. Tornú y el Hospital B. Udaondo, ambos situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, Argentina). Este programa de residencias brinda herramientas fundamentales para la formación de profesionales que desean desempeñarse en el área, siendo una instancia necesaria para adquirir conocimientos y ahondar en la temática.

Como conclusión a este recorrido y teniendo en cuenta las investigaciones disponibles en Argentina, América Latina y todas las publicaciones que fueron encontradas durante el rastreo bibliográfico, las cuales delimitan el contexto temporal y espacial del problema de investigación; este trabajo pretende dar cuenta de las intervenciones que se realizan en el área de cuidados paliativos, ya que existen múltiples artículos que hacen referencia a las intervenciones de TO en este campo pero existe escasa información acerca de las características de las mismas. Estas inquietudes dan lugar a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características de las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar y caracterizar las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. Si bien la bibliografía describe de manera global intervenciones llevadas a cabo por profesionales de nuestra disciplina, el objetivo del presente estudio es especificar qué intervenciones predominan durante el proceso de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios, y cuáles son sus características. La relevancia de abordar estas dos poblaciones reside en diferenciar los aspectos en los que se centran los Terapeutas Ocupacionales con el objetivo de realizar comparaciones entre las intervenciones de ambos grupos.

Considerando la relevancia teórica, se pretende que los resultados de este trabajo contribuyan en gran medida a la Terapia Ocupacional, a los diferentes profesionales de la salud, a la comunidad científica y a las producciones de conocimiento nacionales. Por consiguiente, los ámbitos a los cuales se podrán transferir los conocimientos y resultados de esta investigación comprenden aquellos relacionados con profesionales de la salud que estén involucrados con el área de medicina paliativa. Estas disciplinas afines, tales como kinesiología, psicología, enfermería, medicina, terapia ocupacional, trabajo social, entre otras, conforman equipos interdisciplinarios para favorecer el tratamiento de los pacientes.

Una investigación realizada por la Facultad de Psicología de la UBA (2005) define que los equipos interdisciplinarios son aquellos en los cuales hay una definición común del problema a tratar. Según los autores de este artículo, el trabajo interdisciplinario relativiza las certezas, genera interrogantes y permite que el pensamiento de un profesional cuestione marcos de referencias o criterios utilizados por otros; posibilitando la autocrítica y el aprendizaje, y conjugando conocimientos de diversas especialidades. El trabajo interdisciplinario implica un "pensar juntos" que trae consigo la idea de una modificación mutua entre las distintas profesiones. (Schejter, Selvatici, Cegatti, De Raco, Ugo, y Jesiotr, 2005, p. 196). El concepto de la interdisciplina permite identificar los aportes que cada profesión brinda para realizar intervenciones en conjunto. El presente trabajo, al delimitar y caracterizar las intervenciones de Terapia Ocupacional, permitirá que los distintos profesionales de la salud adquieran conocimientos acerca de las incumbencias de la disciplina en relación al campo de cuidados paliativos.

Por otra parte, considerando la relevancia práctica, es decir, los aportes que brindarán los resultados obtenidos a las prácticas profesionales de TO, se puede decir que estos resultados serán de útil conocimiento tanto para profesionales que se estén desarrollando en el área, como para estudiantes universitarios o residentes. A partir del recorrido realizado durante esta investigación, se visualizan las contribuciones que Terapia Ocupacional brinda al área de cuidados paliativos: la atención paliativa desde la disciplina genera una visión y una atención más abarcativa del paciente, teniendo en cuenta la calidad de vida, las actividades significativas y la realización de proyectos de vida que le permitan a los pacientes vivir con sentido y transitar una muerte digna; estos aspectos producen una expansión de la autonomía, la cual se correlaciona con las posibilidades del hacer considerando a las actividades como facilitadoras de la experiencia. Estos conceptos y formas de realizar las intervenciones de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos constituyen un aporte a pensar la teoría de TO desde otra perspectiva, brindando herramientas prácticas a los profesionales a la hora de utilizar su razonamiento clínico y planificar su tratamiento con los pacientes, generando conocimientos que aportan valor a sus intervenciones.

La relevancia social del trabajo se puede justificar a partir de todo lo antedicho. A su vez, como se mencionó en el planteamiento del problema científico, Briceño (2011) plantea que en los últimos años hubo un incremento en las personas que padecen enfermedades crónicas y/o degenerativas, las cuales acuden al servicio de cuidados paliativos en búsqueda del alivio de síntomas y respuestas ante el desconocimiento de su enfermedad. Considerando estos datos, el desarrollo de esta investigación aportaría estrategias para el abordaje de esta población con

el objetivo de cubrir sus necesidades desde una perspectiva integral y humanitaria en respuesta a estas demandas sociales.

En cuanto a la relevancia metodológica, se puede decir que el instrumento utilizado para recolectar los datos en campo fue creado específicamente para esta investigación y podría considerarse para futuras investigaciones relacionadas con esta temática.

Para finalizar con la justificación de este trabajo, es pertinente mencionar que los resultados pretenden contribuir a mejorar la atención integral de los pacientes desde una práctica profesional responsable atravesada por una perspectiva ética.

MARCO TEÓRICO

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, 3ª edición, (2014) define a la terapia ocupacional como:

El uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en roles, hábitos y rutinas (...). Los terapeutas ocupacionales utilizan su conocimiento de la relación transaccional entre la persona, su participación en ocupaciones significativas, y el contexto para diseñar planes de intervención de carácter profesional que facilitan el cambio en las características del cliente (...) y habilidades (...) necesarios para la participación exitosa. (Adaptado de AOTA, 2011, Pág. 1 citado en Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional 3ª edición, 2014)

Asimismo, establece que las ocupaciones no son simplemente actividades con propósito y con sentido, sino que están encuadradas en un contexto, e íntimamente relacionadas con las características de cada persona (capacidades específicas, creencias, funciones y estructuras corporales), sus patrones de ejecución (hábitos, rutinas y roles) y sus destrezas de ejecución ("acciones dirigidas a objetivos que son observables como pequeñas unidades en las ocupaciones de la vida diaria", incluyen las destrezas motoras, de procesamiento y de interacción social).

Por otra parte, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la Terapia Ocupacional como una profesión de la salud centrada en la persona que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal es posibilitar la participación de las personas en sus actividades cotidianas (WFOT, 2012). A su vez, define a las ocupaciones como actividades de la vida diaria que realizan las personas para ocupar su

tiempo y brindar significado y propósito a sus vidas. Las ocupaciones incluyen cosas que las personas necesitan, desean y se espera que hagan.

Desde otra perspectiva, Morten Dige (2009) define a la Terapia Ocupacional como una profesión ética. Este autor sostiene que la actividad y la participación no solo son conceptos centrales de la profesión, sino que deberían ser entendidos como valores éticos fundamentales. Plantea que uno de los principios centrales de la teoría y la práctica de la Terapia Ocupacional es que una buena calidad de vida debe estar impregnada por la actividad y la participación activa de la persona.

Por todo lo desarrollado hasta aquí, resulta pertinente describir el concepto de cuidados paliativos y realizar un breve recorrido histórico. A partir de estas definiciones, el objetivo es articular las relaciones de esta temática con la disciplina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el desarrollo de los cuidados paliativos desde el inicio de los años 80. Es en este año (1980) cuando se incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos a la salud mundial. En la Serie de Informes Técnicos 804 en Ginebra (1990) la OMS define a los cuidados paliativos como: "la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo."

Posteriormente, la OMS define a los cuidados paliativos como:

El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (OMS, 2002).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define en el ART. 3. de sus Estatutos (Granada, 2002)¹ que los objetivos principales de los cuidados paliativos son el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos en situación terminal y de su familia; centrándose en la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de estas personas. Asimismo, señala que estos cuidados deben practicarse necesariamente desde equipos multidisciplinarios conformados por distintos profesionales de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, entre otros).

.

¹ Estatutos de SECPAL. Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_estatutos-1

Con respecto al recorrido histórico, según Del Río y Palma (2007) el origen de los cuidados paliativos surge alrededor del siglo IV, en Europa. Las primeras instituciones cristianas que brindaron estos cuidados estaban catalogadas bajo el nombre "Hospitium" (del latín; sentimiento cálido por huésped y anfitrión). Es en Francia, 1842, en donde por primera vez se utiliza el término hospicio directamente relacionado con el cuidado de los moribundos; en este año se fundan los llamados Hospicios o Calvarios. En Londres, en el año 1967, la fundación del St Christopher's Hospice da un inicio oficial al Movimiento de Hospicios Modernos. Su fundadora fue Dame Cicely Saunders, considerada pionera en esta área. Esta institución logra demostrar que, si hay un equilibrio entre los síntomas, comunicación, y acompañamiento social, emocional y espiritual, mejora significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Las autoras refieren que los cuidados paliativos son una práctica basada en la intervención de un equipo interdisciplinario, integrando el trabajo de diversos profesionales de la salud.

En las últimas décadas hubo una gran expansión internacional de los cuidados paliativos: comenzó por Gran Bretaña tras la creación del St Christopher's Hospice (1967), luego en Estados Unidos en Connecticut (1974) en donde el servicio se centró a domicilio. A principio de los setenta se comenzó a desarrollar en Canadá, y a finales de la época en Europa. A mediados de los ochenta se incorporaron Italia, España, Alemania, Bélgica, Holanda, Francia y Polonia. Finalmente, a mediados de los noventa se incorporan países de América Latina, entre ellos Argentina, Colombia, Brasil y Chile.

A partir del Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica ALCP. 1a edición., publicado en el año 2012 por Pastrana, De Lima, Wenk, Eisenchlas, Monti, Rocafort, y Centeno; se puede observar la revisión sobre el inicio de los cuidados paliativos y sus pioneros en la Argentina. La sección 5 de este Atlas "Desarrollo de los cuidados paliativos" establece que el inicio de los cuidados paliativos en Argentina se remonta al año 1982 cuando Roberto Wenk (uno de los pioneros de los cuidados paliativos en Argentina y Latinoamérica, y actual director del Programa Argentino de Medicina Paliativa de la Fundación FEMEBA) comenzó a brindar cuidados domiciliarios.

En 1985 surge la Fundación Prager Bild, dedicada al tratamiento de pacientes en el final de la vida. Siguiendo los lineamientos de la OMS, el primer programa de cuidados paliativos en la Argentina surge en Buenos Aires en esta fundación; en la cual médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos comenzaron a entrenarse y algunos de ellos visitaron hospitales de Inglaterra como parte de su formación. La Fundación Prager-Bild continuó con actividades académicas y realizó un acuerdo con la Facultad de Medicina de Buenos Aires para

enseñar metodología y aspectos de Cuidados Paliativos para los alumnos de Medicina, hasta que en el año 1989, producto del caos económico de la República Argentina, esta Fundación no pudo sostener sus actividades y debió cerrar. En este mismo año, en marzo de 1985, el Dr. Roberto Wenk junto a otros profesionales crea el Programa Argentino de Medicina Paliativa, más tarde conocido como Programa Fundación FEMEBA, en la ciudad de San Nicolás.

Según Mertehikian (2007), en el año 1986 se realiza la Primera Conferencia Internacional sobre Hospice y Cuidados Paliativos en la Academia Nacional de Medicina, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Análogamente, la AOTA (American Occupational Therapy Association) aprueba, en la Asamblea Representativa de 1986, un documento en donde se encuadra el rol de Terapia Ocupacional dentro del hospice. Dicho documento refiere que las personas pueden tener vidas productivas y significativas a pesar de estar transitando una enfermedad terminal y la Terapia Ocupacional brinda un servicio esencial en este proceso (AOTA, 1986, p. 839).

Continuando con el recorrido histórico de los cuidados paliativos en Argentina, en el año 1990 se lleva a cabo, en San Nicolás, el "Primer Curso Internacional de Control de Dolor y Medicina Paliativa"; allí se empieza a difundir el trabajo realizado en América Latina, dando lugar a los Congresos Latinoamericanos de Cuidados Paliativos que se realizan dos veces por año desde aquel entonces. Es en la década de los 90 cuando se consolidan equipos de cuidados paliativos a nivel hospitalario, universitario y pertenecientes a Organizaciones No Gubernamentales (Bertolino, M., 2011, Medicina y Cuidados Paliativos, p. 129).

En 1994 se crea la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP), obteniendo la figura legal de sociedad científica sin fines de lucro con personería jurídica. El objetivo principal de esta asociación es convocar y reunir a todas las personas que trabajan en cuidados paliativos en Argentina, y difundir el trabajo que realizan a través del Boletín científico que publican continuamente (Mertehikian, 2007).

A partir del año 2000 comienzan a incorporarse diversas provincias de la Argentina, entre ellas se pueden mencionar Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Neuquén, Tucumán, La Pampa, entre otras, al ámbito de los cuidados paliativos. Entre este año y el 2012 surgen acontecimientos puntuales tales como firmas de convenios entre el Ministerio Nacional de la Salud y la AAMyCP; reconocimiento de los cuidados paliativos como especialidad médica (2005); creación del Programa de Cuidados Paliativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2010); programas de becas de formación académica, entre otros. (Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica, 1a edición, p. 33).

El Ministerio de Salud desarrolla, en el año 2000, la Resolución Ministerial N° 643/00 "Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos". Dicha resolución se incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En la definición del área asistencial, este documento establece que un adecuado abordaje de los cuidados paliativos se realiza a través de un enfoque interdisciplinario, incorporando a la Terapia Ocupacional como disciplina importante dentro del equipo. En esta resolución se realiza una categorización por niveles según riesgo del paciente. El nivel de riesgo en cuidados paliativos está basado en el grado de deterioro o sufrimiento de la calidad de vida en relación a la patología padecida y no a la probabilidad de morir. La muerte es considerada como un momento natural de la vida.

Como se menciona anteriormente, el Ministerio de Salud aprueba, en el año 2016, la Resolución 357/2016 "Directrices de organización y funcionamiento en cuidados paliativos", basándose en la Resolución 643/2000 desarrollada anteriormente. En esta resolución se producen modificaciones en la concepción y el abordaje de los cuidados paliativos siendo necesario actualizar la normativa que regirá su organización y funcionamiento. Es aquí donde la profesión de Terapia Ocupacional se incorpora formalmente como parte del equipo interdisciplinario en cuidados paliativos. Este documento establece las Funciones y Actividades del Área de Terapia Ocupacional en Cuidados paliativos. A su vez, las funciones y actividades se dividen en relación al proceso de evaluación y en relación al proceso de intervención. Algunas de las funciones y actividades de Terapia Ocupacional en relación al proceso de intervención fueron mencionadas y desarrolladas en el planteamiento del problema científico.

En relación a las intervenciones de Terapia Ocupacional que luego serán desarrolladas, es pertinente retomar el documento que guía nuestro quehacer profesional, es decir, el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, 3ª edición, 2014. Se puede identificar que éste se divide en "Dominio y Proceso". Los aspectos del dominio incluyen ocupaciones, características del cliente, destrezas de ejecución, patrones de ejecución, contextos y entornos. Por su parte, el proceso incluye la evaluación y la intervención para lograr los objetivos deseados, el mismo se produce en el ámbito del dominio de Terapia Ocupacional y está influído por el razonamiento clínico.

El presente trabajo de investigación pretende identificar las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en cuidados paliativos. Por este motivo, es imprescindible dejar en claro la definición de intervención para, posteriormente, ahondar en los temas relacionados a la temática.

Según Rogers y Holm (2011), las intervenciones de Terapia Ocupacional están dirigidas a mejorar el desempeño ocupacional de las personas, éste se construye en la interacción entre persona-tarea-entorno. Los autores clasifican estos tres factores de la siguiente manera: - Capacidades de la persona: incluyen las funciones y estructuras corporales - Demandas de la tarea: son los requerimientos que desafían al cliente durante la realización de la tarea. Incluye los objetos utilizados y sus propiedades, materiales, herramientas y equipamiento.

- Demandas ambientales (del entorno): son las influencias del entorno que rodea a la tarea. Incluve el físico. social, cultural, entorno temporal. Los autores afirman que se suelen utilizar estrategias en conjunto durante el proceso de intervención. En cuanto a las capacidades de la persona, los profesionales se enfocan en establecer o desarrollar capacidades para una tarea o hábito; restablecer el desempeño ocupacional interviniendo en las capacidades de la persona que se perdieron o deterioraron como consecuencia de una enfermedad; mantener funciones y prevenir alteraciones en el desempeño. Por último, los autores mencionan que se realiza paliación cuando las intervenciones se dirigen al soporte y comodidad de la persona, debido al deterioro de su estado de salud. Para intervenir en las demandas de las tareas, los profesionales utilizan diversas estrategias para lograr un resultado deseado; entre ellas se pueden mencionar las siguientes: adaptar un equipamiento para compensar deterioros, mejorar las características de una tarea para facilitar la función, o utilizar tecnología asistida. Por último, los autores explicitan que para la intervención de las demandas ambientales se refieren al entorno inmediato o nivel individual, es decir, familia y estructuras físicas que rodean al individuo. Una de las estrategias que los profesionales emplean es la modificación del entorno presente; otra estrategia es recomendar un entorno diferente.

Por otra parte, el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (3ª edición, 2014) categoriza distintos tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional. Entre ellas se encuentran el uso de ocupaciones y actividades; preparación de métodos y tareas; educación y entrenamiento; abogacía; y por último, las intervenciones en grupo. Todas ellas están dirigidas a promover la salud y la participación de una persona a través de la participación en ocupaciones. El terapeuta ocupacional elige el tipo de intervención a implementar y se basa en diferentes enfoques para poder dirigir sus acciones. Estos enfoques le proporcionan diferentes estrategias específicas para poder alcanzar el resultado esperado que fue seleccionado previamente en conjunto con el paciente. Los enfoques que se describen en el Marco de Trabajo son los siguientes: crear, promover; establecer, restaurar; mantener; modificar; y prevenir.

A partir de las definiciones detalladas anteriormente sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional, es relevante hacer alusión a un artículo publicado por Mercado Padín y Ramírez Ríos (2009) en el cual las autoras expresan que cada uno de los enfoques y tipos de intervención van a estar guiados por diferentes focos de intervención. En este trabajo las autoras citan el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 2ª edición, 2008; teniendo en cuenta estas referencias hacen hincapié en los aspectos del dominio para hacer alusión a los focos de intervención, estos son los siguientes: habilidades de desempeño; patrones de desempeño; ambientes físicos; demandas de la actividad; y características del cliente.

Siguiendo con esta línea, las autoras mencionan que la intervención depende del contexto o ámbito donde se ofrece el servicio de Terapia Ocupacional. Este concepto es clave para este trabajo de investigación ya que en apartados siguientes se mencionarán las diferencias que existen entre pacientes que se encuentran en internación y pacientes que reciben tratamiento ambulatorio, en ambos casos las personas están atravesadas por diferentes contextos, por lo que es de fundamental importancia tener en cuenta estas cuestiones.

Teniendo en cuenta el concepto focos de intervención brindado por Mercado Padín y Ramírez Ríos (2009), la presente investigación estará basada en las descripciones mencionadas por dichas autoras y se tomarán, además, los aspectos del dominio del Marco de Trabajo 3ª edición (2014) para definir los focos de intervención de Terapia Ocupacional. Se entiende, entonces, por focos de intervención a los aspectos en los que los terapeutas ocupacionales intervienen con sus pacientes. Los mismos se corresponden con los aspectos del Dominio del Marco de Trabajo, 3ª edición, 2014; y son los siguientes: Ocupaciones; Características del cliente; Destrezas de ejecución; Patrones de ejecución; y Contexto y entorno.

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, 3ª edición (2014) describe estos conceptos de la siguiente manera:

Ocupaciones: son las actividades de la vida diaria en las que las personas participan; están centradas en la identidad de la persona, grupo o población y dentro de ellas se incluyen: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, ocio o tiempo libre, y participación social. Los profesionales de terapia ocupacional utilizan la ocupación durante el proceso de intervención. Como se menciona al inicio del marco teórico, las ocupaciones no son simplemente actividades con propósito y con sentido, sino que están encuadradas en un contexto, e íntimamente relacionadas con las características de cada persona, sus patrones de ejecución y sus destrezas de ejecución. A su vez, la WFOT (2012) define a las ocupaciones como actividades que realizan las personas para

ocupar su tiempo y brindar significado y propósito a sus vidas; éstas incluyen cosas que las personas necesitan, desean y se espera que hagan.

<u>Características del cliente</u>: son las capacidades específicas, características o creencias que residen dentro de la persona y que influyen en el desempeño ocupacional. Dentro de este aspecto del dominio se incluyen: valores, creencias y espiritualidad; funciones corporales; y estructuras corporales. Los valores, creencias y espiritualidad tienen influencia en la motivación de la persona para participar en sus ocupaciones. Por su parte, las funciones y estructuras corporales hacen referencia a la función fisiológica de los sistemas corporales y a las partes anatómicas del cuerpo.

<u>Destrezas de ejecución</u>: son las habilidades demostradas por el cliente. Fisher y Griswold (2014) las definen como "acciones dirigidas a objetivos que son observables como pequeñas unidades en las ocupaciones de la vida diaria". Estos autores sostienen que las destrezas de ejecución se aprenden y se desarrollan con el tiempo; y se encuentran en contextos y entornos específicos. A su vez, las clasifican en: destrezas motoras, destrezas de procesamiento y destrezas de interacción social.

<u>Patrones de ejecución</u>: "son los hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el proceso de participación en las ocupaciones". Los hábitos son conductas específicas y automáticas; las rutinas establecen secuencias de ocupaciones que proporcionan una estructura para la vida diaria; los roles son los comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por cultura y contexto; y los rituales son acciones simbólicas con significado espiritual, cultural o social.

Contexto y entorno: son los lugares en los que ocurren las ocupaciones. La participación en ocupaciones tiene lugar en un entorno social y físico situado dentro de un contexto. Los contextos que se incluyen en este documento son los siguientes: contexto cultural; contexto personal; contexto temporal y contexto virtual. Por otra parte, los entornos son el entorno físico (recursos naturales/construcciones) y el entorno social (presencia de relaciones y expectativas de las personas, grupos o poblaciones con los que el cliente tiene contacto). Tanto los contextos como los entornos afectan el acceso a las ocupaciones e influyen en la calidad del desempeño de los clientes.

Luego de haber definido los aspectos que se tendrán en cuenta en la presente investigación, es pertinente aclarar que los pacientes que serán incluidos en este trabajo son aquellos que se encuentran recibiendo tratamiento de cuidados paliativos y, a su vez, reciben tratamiento de Terapia Ocupacional; los mismos serán pacientes internados y ambulatorios.

Estar recibiendo tratamiento de Terapia Ocupacional es importante para identificar cuáles son los focos de intervención que predominan durante el proceso de intervención.

A continuación, se desarrollarán los conceptos referidos a pacientes internados y pacientes ambulatorios:

En el presente trabajo de investigación se incluyeron tanto los pacientes que reciben internación hospitalaria como aquellos que se encuentran internados en su domicilio.

Según Ucha (2012) la *internación*² se define como la acción de internar a un individuo en un centro de salud, sanatorio u hospital como consecuencia del padecimiento de una enfermedad o dolencia, para que reciba tratamiento médico específico. Esta definición hace referencia a la internación hospitalaria.

Por otra parte, Barbagallo, S., González, A., Martínez Bottani, C., y Silva, M. (2007) sostienen que la *internación domiciliaria* es una modalidad de atención de la salud mediante la cual se brinda asistencia al paciente y a su familia en el domicilio, favoreciendo la reincorporación a su contexto natural. Es realizada por un equipo interdisciplinario y se tienen en cuenta los aspectos físico, psíquico, social y espiritual de la persona. Entre sus principales objetivos se pueden mencionar los siguientes: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

En lo que respecta a los pacientes ambulatorios, el Instituto Nacional del Cáncer (NIH) lo define de la siguiente manera: un *paciente ambulatorio*³ es aquel que visita un establecimiento de atención de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en el mismo. También se denominan pacientes de día o pacientes diurnos.

Con respecto al recorrido realizado y la bibliografía consultada (artículos, investigaciones, tesis, etc), tanto a nivel nacional como internacional, se identifica que las intervenciones de Terapia Ocupacional que predominan en los tratamientos de cuidados paliativos son las siguientes: Nicora (2010) hace hincapié en cuidados posturales, capacidades remanentes (foco de intervención en *características de la persona*), participación en actividades de la vida diaria (foco de intervención en *ocupaciones*), pérdida de roles (foco de intervención en *patrones de ejecución*); por su parte, Corregidor Sánchez y Ávila Tato (2010) sostienen que

17

² Definición de paciente internado. Disponible en: https://www.definicionabc.com/salud/internacion.php

³ Definición de paciente ambulatorio. Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/paciente-ambulatorio

Terapia Ocupacional interviene en maximizar capacidades y destrezas para mejorar el desempeño, y mejorar funcionalidad en actividades de la vida diaria (focos de intervención en *destrezas de ejecución* y en *ocupaciones*).

Teniendo en cuenta estos aspectos, es relevante mencionar que estas intervenciones orientan al equipo de investigadores a pensar y formular los supuestos de investigación que serán desarrollados posteriormente ya que las mismas son el puntapié para lograr identificar los focos que se utilizan durante el proceso de intervención de Terapia Ocupacional. Como se mencionó anteriormente, los focos de intervención que se tienen en cuenta en este trabajo son los aspectos del Dominio del Marco de Trabajo, 3ª edición 2014, es decir que, partiendo de estas descripciones, la presente investigación procura examinar si los terapeutas ocupacionales hacen foco en Ocupaciones; Características del cliente; Destrezas de ejecución; Patrones de ejecución; o Contexto y entorno, durante el proceso de intervención.

Además, es oportuno definir el proceso de intervención de Terapia Ocupacional, que según el Marco de Trabajo 3ª edición (2014) consiste en "los servicios prestados por los terapeutas ocupacionales en colaboración con los clientes para facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud, el bienestar y la participación". Partiendo de esta definición, es importante encuadrar las intervenciones que se tuvieron en cuenta para la presente investigación: se consideró la frecuencia de las mismas, es decir, la cantidad de días a la semana que el paciente asiste o recibe servicios del área de Terapia Ocupacional; a su vez, se consideró la duración de las sesiones, es decir, los minutos que transcurren desde que comienza la sesión hasta que termina la misma. Estos dos aspectos son relevantes ya que permiten caracterizar las intervenciones realizadas por los terapeutas ocupacionales.

Por otro lado, es indispensable tener en cuenta que las características de los terapeutas ocupacionales -tales como instancias de formación en cuidados paliativos, es decir, los estudios específicos que realizaron los profesionales en el área de paliativos, la antigüedad en el campo, los modelos o marcos de referencia que utilizan-, influyen en sus intervenciones o en su práctica profesional. En el presente trabajo de investigación fueron incluidos los modelos o marcos de referencia que utilizan los terapeutas, los mismos son los siguientes: Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional; Modelo de la Ocupación Humana (MOHO); Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional; Modelo persona-ambiente-ocupación; Marco de referencia Biomecánico; Marco de referencia Rehabilitador; Marco de referencia de Adaptación Ocupacional; Modelo Holístico de Cuidados Paliativos.

En el capítulo *Modelos y marcos de referencia utilizados frecuentemente en disfunciones físicas*, Polonio López (2015) propone clasificar las estructuras teórico-prácticas que fundamentan la intervención de terapia ocupacional, utilizando los términos modelo (conceptual, profesional o de la práctica) y marco de referencia. De esta manera, cita a Mosey (1981) quien define que los *modelos* son propios y exclusivos de terapia ocupacional, y hacen referencia a los fundamentos filosóficos y principios teóricos que aclaran el rol de la disciplina. Un modelo conceptual define la profesión y el rol del profesional a partir de los valores y las creencias de la disciplina, su alcance y sus áreas de interés. (Polonio López, 2015. p. 12). En cuanto a los *marcos de referencia*, la autora hace hincapié en que estos proceden del conocimiento externo a la terapia ocupacional y se refieren a un área específica del funcionamiento humano (Polonio & Noya, 2001 citado en Polonio López, 2015, p. 13).

Luego de haber realizado estas diferenciaciones entre modelos profesionales propios de terapia ocupacional y marcos de referencia, es pertinente brindar una breve definición sobre cada uno de ellos. Cabe aclarar que los que se desarrollan a continuación son los que los terapeutas ocupacionales entrevistados e incluidos en la muestra mencionaron en sus discursos.

Modelos profesionales propios de terapia ocupacional:

- Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: es un documento oficial de la American Occupational Therapy Association (AOTA) que describe la práctica de la disciplina. Polonio López (2015) establece que el marco presenta las ideas centrales en las que se apoya la práctica de la terapia ocupacional y define su alcance y áreas de interés, articulando los principios que deben guiar la intervención de los terapeutas ocupacionales. Este autor incluye este documento dentro de los modelos profesionales propios de terapia ocupacional debido a que considera que reúne los requisitos básicos para incluirlo en esta categoría (p. 14). El Marco de Trabajo se divide en dos secciones principales: Dominio y Proceso. El Dominio describe el alcance de la profesión y las áreas en las que sus miembros tienen establecidos un cuerpo de conocimiento y experiencia; y el Proceso describe las acciones que los profesionales toman durante la prestación de servicios, éstos son centrados en el cliente y enfocados en la participación en ocupaciones (Christiansen y Baum, 1997; Christiansen, Baum y Bass-Haugen, 2005; Ley, Baum y Dunn, 2005 citados en Marco de trabajo para la Práctica de Terapia 3^a Ocupacional, edición 2014. 5) p.
- Modelo de la Ocupación Humana (MOHO): fue creado en la década de 1970 y fue publicado como modelo por primera vez en 1980. Fue uno de los primeros modelos que

reconoció la importancia del ambiente en la vida ocupacional, haciendo énfasis en el estudio de los factores personales y ambientales que influyen en la ocupación. Una de las ideas principales del MOHO es la concepción de la persona como sistema abierto y dinámico en constante interacción, tanto con sus componentes internos como con sus componentes externos (entorno); a su vez conceptualiza a la persona como un ser compuesto por tres componentes interactivos: la volición, la habituación y la capacidad de desempeño (Polonio López, 2015, p. 19-20). La volición es la motivación que presenta la persona para participar en ocupaciones; la habituación se refiere al proceso por el cual las personas organizan sus acciones en patrones o rutinas, organizados de acuerdo a los hábitos y roles; y la capacidad de desempeño se refiere a la capacidad para hacer las cosas, es decir, las habilidades físicas y mentales y la manera en que se utilizan y se perciben durante el desempeño (Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J., Melton, J., y Dobson, E., 2011. p. 449). Por otra parte, el MOHO enfatiza que el ambiente es un factor esencial y que todas las ocupaciones surgen de la interacción entre las características internas de la persona y las características de los entornos físico y social, esta constante interacción se denomina ambiente ocupacional. En este sentido, el entorno impacta en lo que las personas hacen, piensan y sienten al hacer las cosas. Otros conceptos relevantes de este modelo son lo que Kielhofner denomina "dimensiones del hacer" que incluyen la participación ocupacional (actividades deseadas o necesarias para el bienestar, tienen significado personal y social), el desempeño ocupacional (ejecución de una forma ocupacional) y la habilidad ocupacional (conjunto de acciones con propósito que la persona usa en su desempeño). Por último, cabe destacar que otros conceptos clave que desarrolla el Modelo de la Ocupación humana se incluyen dentro de las "consecuencias del hacer" y son los conceptos de adaptación ocupacional y sus componentes: identidad ocupacional y competencia ocupacional (Polonio López, 2015. p. 22)

- Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional: es un modelo de 1997 que describe el punto de vista de la Terapia Ocupacional sobre la relación dinámica entre las personas, su medio ambiente y la ocupación, que resulta en el desempeño ocupacional a lo largo de la vida (Simó Algado y Urbanowski, 2006). Fue creado a través de la Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) y su enfoque principal es la práctica centrada en el cliente, basada en la filosofía humanista de la profesión que brinda una visión ocupacional de la persona. Este modelo se orienta principalmente hacia el logro del desempeño ocupacional y el compromiso ocupacional, entendiendo a ambos como

el resultado de una interacción dinámica entre persona-entorno- ocupación. El compromiso ocupacional es todo lo que la persona hace para estar ocupada, se refiere a tener ocupaciones y no solo realizarlas. Tanto el desempeño como el compromiso son el resultado de la relación de interdependencia dinámica entre la persona, la ocupación y el medio ambiente. Estos tres son los componentes nucleares del modelo: la *persona* es el centro del modelo y tiene tres componentes inseparables: físico, cognitivo y afectivo, unidos a la espiritualidad (esencia de la persona: determina su vida y le da sentido, se forma y se expresa a través de las ocupaciones); la *ocupación* es el enlace entre la persona y el contexto, además de ser un medio a través del cual el entorno puede actuar sobre la persona, este modelo contempla las ocupaciones de autocuidado, productividad y ocio; por último, el *entorno* es el ambiente en el que las personas existen y desarrollan sus ocupaciones, puede ofrecer oportunidades ocupacionales o limitarlas, y está compuesto por el entorno físico, social, institucional y cultural. Todos los elementos del modelo interactúan entre sí, es decir que el cambio en uno de ellos puede provocar cambio en los demás (Polonio López, 2015. p. 23).

- Modelo persona-ambiente-ocupación: en el capítulo *Modelos ecológicos en terapia ocupaciona*l, Brown (2011) menciona que en la década de 1990 surgen tres modelos que destacan la importancia del entorno en la práctica de la terapia ocupacional. Uno de ellos es el modelo de Persona-Entorno-Ocupación, creado por Law y cols., en 1996. Este modelo indica que el desempeño ocupacional es óptimo cuando el entorno, y las habilidades y capacidades de la persona son compatibles con las demandas de la ocupación. Una interrupción en cualquiera de estas áreas -persona, entorno u ocupación-interferirá con el desempeño ocupacional del cliente (Catana E. Brown, 2011. p. 436)

Marcos de referencia:

Marco de referencia Biomecánico: Polonio López (2015) refiere que este marco se centra en el tratamiento de las destrezas corporales básicas para la realización de las actividades de la vida diaria que componen la ocupación de cada persona. Las capacidades necesarias son cuatro: el recorrido articular, la fuerza muscular, la coordinación o destreza y la resistencia. El marco biomecánico se aplica en el tratamiento de problemas musculoesqueléticos y puede orientarse hacia la recuperación de los déficits en enfermedades o lesiones agudas, o como método terapéutico compensatorio en las disfunciones crónicas (Fabrizio y Rafols, 2014 citados en Polonio López, 2015. p. 48).

- Marco de referencia Rehabilitador: las bases de conocimiento de este marco se encuentran en las ciencias médicas, físicas y sociales (Seidel, 2005 citado en Polonio López, 2015. p. 51). El marco rehabilitador se centra en la habilidad de las personas para vivir y trabajar con las *capacidades residuales*, es decir, su objetivo es capacitar a la persona para vivir tan independientemente como le sea posible. Este marco se centra en el carácter permanente de los déficits, por lo que las estrategias y métodos que se utilizan permiten que el paciente aprenda a compensar los déficits que no pueden remediarse. El propósito es conocer el perfil de limitaciones y potenciales del paciente, sus expectativas, las características del entorno físico y social y los niveles de asistencia o supervisión necesarios o disponibles (Polonio López, 2015. p. 52)
- Marco de referencia de Adaptación Ocupacional: Schkade y Schultz (1992) establecen que el término de adaptación ocupacional refiere específicamente a cómo la ocupación y la adaptación se integran en un único fenómeno interno dentro del paciente. Este marco de referencia hace énfasis en la experiencia propia del paciente acerca de los contextos ocupacionales relevantes. Está atravesado por una perspectiva holística por lo que le brinda importancia al contexto ocupacional, a la persona y a la interacción entre ambos; éstos tres elementos -persona, ambiente ocupacional e interacción entre ambosson conceptos básicos de este marco. Las ocupaciones son actividades que presentan tres propiedades: participación activa, significado para la persona y el producto o resultado del proceso, este producto puede ser tangible o intangible. La adaptación es un cambio en el estado funcional de la persona como resultado del movimiento hacia los desafíos ocupacionales. La adaptación ocupacional es un estado de competencia mediante el cual la persona logra brindar respuestas efectivas ante los desafíos ocupacionales, es el proceso a través del cual la persona y el ambiente ocupacional interactúan cuando la persona se enfrenta a un desafío ocupacional que requiere una respuesta adaptativa adecuada; en otras palabras, los resultados esperados consisten en obtener respuestas efectivas, eficientes y satisfactorias ante las demandas del ambiente (Schkade y Schultz, 1992. p. 830-831)

Por último, es pertinente aclarar que una de las terapeutas ocupacionales mencionó en su discurso el Modelo Holístico de Cuidados Paliativos, por lo que se brindará una breve descripción de este modelo.

Según Hackett (2017) el modelo bio-psico-social, creado por George Engel en el año 1977, fue el primer modelo que desafió a los profesionales de la salud debido a que propuso tener en cuenta el contexto más amplio de los pacientes y no sólo su diagnóstico o desafíos

terapéuticos. Este modelo también abarca el término de "espiritualidad", que es un concepto necesario y fundamental para el cuidado en el final de la vida. De este modo, el autor expresa que el modelo bio-psico-social constituye una base fundamental para explorar cómo se puede lograr el cuidado holístico e integral en el final de la vida.

La filosofía de cuidados paliativos es holística ya que considera los aspectos multidimensionales de los individuos en un todo. (Mok, E., Wong, F., y Wong, D, 2010); estos autores sostienen que la espiritualidad es una de las dimensiones en las que se basa el holismo, teniendo en cuenta la interconexión entre mente, cuerpo y espíritu. Los cuidados paliativos se centran en la singularidad de cada individuo y en la satisfacción de los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales de acuerdo a las necesidades de cada paciente (Wu, Volker, 2012 citados en Filej, B., Breznik, K., Kaucic, B., y Saje, M, 2018. p. 774).

El Modelo Holístico de Cuidados Paliativos incluye cuatro aspectos que son entendidos desde un enfoque holístico; estos son los aspectos físico, psicológico, social y espiritual. (Filej, B., Breznik, K., Kaucic, B., y Saje, M, 2018). Por otra parte, Sulmasy (2002) sostiene que en este modelo los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales son dimensiones distintas de la persona, aunque no pueden desagregarse del todo. Cada uno de estos aspectos puede verse afectado de forma diferente de acuerdo a la historia de la persona y a su enfermedad; y a su vez, cada aspecto puede interactuar y afectar otros aspectos de la persona (Sulmasy, 2002. p. 27). Desde la perspectiva de este autor, sólo a través de este modelo es posible brindar una atención integral u holística a los pacientes.

Una vez finalizado este recorrido, es pertinente continuar con el siguiente apartado.

SUPUESTOS DE INVESTIGACIÓN

Souza Minayo (1997) sostiene que en las investigaciones cualitativas se utiliza el término *supuestos* en lugar de hipótesis. Esta autora refiere que "el investigador que usa el abordaje comprensivo se refiere a la elaboración de parámetros básicos que permiten encaminar la investigación empírica cualitativa" (Minayo, 1997, p. 149). A su vez, el término supuestos es considerado como un concepto más blando, mientras que el término de hipótesis posee connotaciones más formales. El presente trabajo de investigación pertenece a diseños de tipo descriptivo, en los cuales es difícil tener hipótesis en el sentido fuerte del término (Bottinelli, 2003), por lo tanto, se utilizará el término supuestos.

Los supuestos de esta investigación son los siguientes:

- ❖ Las intervenciones que utilizan los profesionales de Terapia Ocupacional en <u>pacientes</u> <u>internados</u> que reciben tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019 son predominantemente en la intervención con foco en las características de la persona, específicamente en Valores, Creencias y Espiritualidad; Funciones y Estructuras Corporales.
- Las intervenciones que utilizan los profesionales de Terapia Ocupacional en <u>pacientes</u> ambulatorios que reciben tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019 son predominantemente en la intervención con foco en: ocupaciones, específicamente en Actividades de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Participación Social. A su vez, se centran en Destrezas de Ejecución (motoras, de procesamiento y de interacción social) y Patrones de ejecución (roles, rutinas y hábitos).

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

➤ Explorar las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar los profesionales de Terapia Ocupacional que realizan intervenciones en cuidados paliativos en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.
- Caracterizar a los pacientes -internados y ambulatorios- de Terapia Ocupacional que recibieron intervenciones de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.
- 3. Explorar frecuencia y duración de las intervenciones de los profesionales de Terapia Ocupacional que intervienen en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.
- Identificar el foco de intervención OCUPACIONES en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019
- Identificar el foco de intervención CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019
- Identificar el foco de intervención DESTREZAS DE EJECUCIÓN en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019
- 7. Identificar el foco de intervención PATRONES DE EJECUCIÓN en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019

 Identificar el foco de intervención CONTEXTO Y ENTORNO en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019

METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO

Según Ynoub (2009), el diseño de una investigación es una estrategia empírica que adopta el investigador para buscar respuestas a su problema o contrastar sus hipótesis. Considerando el estado de conocimiento sobre el tema, y siguiendo a esta autora, el diseño de este trabajo fue de tipo descriptivo ya que este tipo de investigación busca describir el comportamiento de variables. Por su parte, Sabino (1992) caracteriza a este tipo de diseño como aquellos que describen características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos. En este trabajo se describieron las intervenciones de Terapia Ocupacional -con sus respectivos focos de intervención- en pacientes ambulatorios e internados que reciben tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. El objetivo de esta investigación fue explorar estas intervenciones e identificar cuáles son los focos de intervención utilizados en pacientes internados y cuáles en pacientes ambulatorios.

Conforme al tipo de trabajo, se trata de un diseño combinado ya que se realizó trabajo bibliográfico para la conformación del marco teórico y trabajo de campo para obtener los datos directamente de la realidad. De acuerdo a Sabino (1992), en toda investigación es indispensable la interacción entre teoría y datos empíricos. Este autor sostiene que el trabajo bibliográfico es necesario para obtener toda la información de referencia necesaria para la investigación. Por su parte, en el trabajo de campo los datos se obtienen de la experiencia empírica, en esta investigación estos datos fueron obtenidos a través de la implementación de un instrumento creado por el equipo de investigadores, este consistió en una Entrevista que fue realizada a los Terapeutas Ocupacionales para recabar información acerca de las intervenciones que realizan en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamiento de cuidados paliativos durante el año 2019, y posteriormente se identificaron los focos de intervención que utilizaron durante el proceso de intervención.

En relación a la posición del investigador, se trató de un estudio observacional o no experimental ya que el objetivo de esta investigación fue conocer el objeto tal como se presentaba en la realidad. Las variables no se manipularon de manera intencional, sino que se tomaron tal como ocurren en la empírea.

Con respecto al movimiento del objeto de estudio en el tiempo, se trató de un diseño transversal debido a que los datos fueron recolectados en un único momento o tiempo (Ynoub, 2009). El objetivo de esta investigación fue identificar las intervenciones y describir los focos de intervención de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en un contexto espacio-temporal definido, es decir, en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

Por último, teniendo en cuenta el enfoque metodológico, el trabajo de investigación fue mixto, es decir, se trató de un estudio tanto cualitativo como cuantitativo. Bottinelli (2003) sostiene que en el paradigma cualitativo no hay control exhaustivo de las variables, éstas cambian permanentemente y la realidad es un sistema dinámico. El investigador estudia "el mundo como se presenta". A su vez, considera que es un diseño flexible ya que el fenómeno se va construyendo en un constante ir y venir (de la información empírica a la construcción teórica). La autora refiere que los datos obtenidos no son generalizables ya que el objeto de estudio es complejo y cambiante. En el presente trabajo de investigación, las unidades de análisis fueron observadas tal como se presentaron en la realidad y se considera que éstas cambian constantemente a lo largo del tiempo y varían de acuerdo a cada terapeuta ocupacional y a cada paciente. Además, las escalas de valores (R) de algunas variables se fueron construyendo desde los datos empíricos a los datos teóricos; es decir, los investigadores no tuvieron un control exhaustivo de las variables ya que, a partir de la información obtenida de los Terapeutas Ocupacionales, se fueron modificando los valores de la variable. Un ejemplo de esto fue la variable Modelos o marcos de referencia utilizados o el año en que los terapeutas ocupacionales finalizaron su carrera de grado; en ambos casos las escalas de valores fueron construidas a partir de las respuestas brindadas por los terapeutas ocupacionales en sus discursos.

Por otro lado, es importante destacar que los métodos o estrategias que se utilizaron para el diseño corresponden tanto a métodos cualitativos como a métodos cuantitativos. El instrumento pensado para la recolección de datos fue la Entrevista; la misma se realizó a las Terapeutas Ocupacionales desde un enfoque cualitativo, ya que, como se desarrollará posteriormente, la información obtenida fue analizada a través del análisis del contenido. Sin embargo, a través de este instrumento también se recabaron datos cuantitativos (tales como edad, sexo, diagnóstico, etcétera), es decir que en esta investigación se combinaron ambos tipos de enfoques metodológicos. En la sección "Análisis de los datos" se especifica cómo se tomaron en cuenta tanto los datos cuantitativos como cualitativos del presente trabajo.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de la presente investigación estuvo conformado por todas las intervenciones de Terapia Ocupacional que se realizaron en pacientes internados y ambulatorios, mayores de 18 años, que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

El primer paso para la conformación de la muestra fue contactar a Terapeutas Ocupacionales que trabajan en cuidados paliativos. Inicialmente el equipo de investigación quiso incluir todos los dispositivos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que cuenten con TO en su equipo. Al comenzar a recabar datos empíricos, a través de contacto vía mail y whatsapp con diferentes profesionales, se pudo detectar que, por diferentes cuestiones, los Terapeutas Ocupacionales de CABA que realizaban intervenciones en cuidados paliativos no disponían del tiempo suficiente para participar de la presente investigación.

Para caracterizar la muestra de Terapeutas Ocupacionales que intervienen con pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019, es necesario mencionar sus lugares de residencia, éstos son los siguientes:

Residencia del T.O	Cantidad de Terapistas Ocupacionales
CABA	1
Coronel Suárez	1
San Miguel	1
La Plata	2
Tandil	1
TOTAL	6

Finalmente, el número de pacientes incluido en la muestra fue de un total de 16, ocho de ellos son pacientes internados (incluyendo internación hospitalaria y domiciliaria) y ocho pacientes ambulatorios. La cantidad de pacientes que cada Terapeuta Ocupacional brindo dependió de la disposición y disponibilidad de cada una. A continuación, se muestra la distribución:

		Cantidad de	Cantidad de
	Cantidad de	información	información
Residencia del T.O	Terapistas	brindada de	brindada de
	Ocupacionales	Paciente	Paciente
		Internado	Ambulatorio
CABA	1	1	3
Coronel Suárez	1	1	1
San Miguel	1	1	2
La Plata	2	4	1
Tandil	1	1	1
TOTAL	6	8	8

El equipo de investigación brindó pautas específicas (criterios de inclusión y exclusión) para la elección de los pacientes que conformaron la muestra. En base a estas características, las profesionales seleccionaron los casos que creyeron convenientes para intentar representar el universo. Es decir, se les pidió a las TO que hablen de las intervenciones, centrándose en un caso puntual, tanto en pacientes internados como en pacientes ambulatorios.

Tipo de muestra: la muestra incluida en este trabajo de investigación fue no probabilística (Padua, 1994) ya que no se conocían las probabilidades de cada intervención de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019 de ser incluidos en la muestra. Sabino (1992) sostiene que en este tipo de muestras el investigador procede "a ciegas" debido a que no tiene una idea del error que puede inducir en sus apreciaciones. En este trabajo de investigación, el número de intervenciones de Terapia Ocupacional que fueron incluidas en la muestra dependió de la elección que realizaron las terapeutas basándose en las pautas brindadas por el equipo de investigación.

En relación al *subtipo*, se trata de una muestra intencional. Según Sabino (1992) en este subtipo el investigador escoge sus unidades en forma arbitraria, designando a cada unidad características que considera relevantes. Padua (1994) establece que en las muestras no probabilísticas intencionales el investigador selecciona casos típicos del universo. En el presente trabajo de investigación, las unidades de análisis seleccionadas para formar parte de la muestra fueron las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. Estas unidades de análisis fueron seleccionadas de forma intencional por los terapeutas ocupacionales.

Según Sabino (1992) las muestras representativas son aquellas en las que sus unidades de análisis reflejan lo que ocurre en el universo. Este autor sostiene que en las investigaciones nunca se puede saber a priori si la muestra es representativa o no ya que para saber esto con absoluta certeza se debería investigar todo el universo y luego comparar ambos resultados. En esta investigación la muestra estuvo conformada por las intervenciones de terapia ocupacional en 16 pacientes (8 internados y 8 ambulatorios) que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. Sin embargo, el equipo de investigación no cuenta con la información precisa que determine si la muestra fue representativa o no del universo ya que existen una amplia gama de intervenciones en el área de cuidados paliativos y no todas fueron parte de este trabajo, debido a que sólo se incluyeron las intervenciones de las terapeutas que accedieron a participar en la investigación.

Criterios de inclusión:

- Intervenciones en pacientes que reciben tratamiento de cuidados paliativos.
- Intervenciones en pacientes internados y ambulatorios, mayores de 18 años.
- Intervenciones en pacientes que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional mínimo hace tres meses y que hayan recibido como mínimo seis sesiones de TO
- Haber aceptado y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se encuentren en agonía.

MATRIZ DE DATOS

***** UNIDAD DE ANÁLISIS I

Cada uno de los Terapeutas Ocupacionales que intervienen en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

VARIABLES NECESARIAS

• V1. Instancias de formación del Terapeuta Ocupacional en cuidados paliativos.

Definición operacional: refiere a los estudios específicos que realizaron los profesionales en el área de cuidados paliativos.

R:

- .Posgrado SI/NO
- . Residencia SI/NO
- . Curso SI/NO
- . Jornada SI/NO
- . Seminario SI/NO
- **I: Pregunta de la entrevista:** ¿Tiene formación en cuidados paliativos? En caso de ser así, ¿Podría contar su trayectoria en esta área? Incluyendo lugares en los que se formó y medios (cursos, jornadas, residencias, etc) utilizados en el transcurso de su formación.
 - V2. Antigüedad del Terapeuta Ocupacional en el campo de cuidados paliativos.

Definición operacional: refiere al periodo de tiempo desde que el profesional de Terapia Ocupacional inició a trabajar en el área de cuidados paliativos hasta la actualidad.

R:

- . 1-3 años
- . 4-6 años
- . 7-9 años
- . 10-12 años
- **I: Pregunta de la entrevista:** ¿Cuál es su antigüedad en el campo de cuidados paliativos, es decir, hace cuánto tiempo interviene en esta área?
 - V3. Modelos y marcos de referencia que utiliza el profesional de Terapia Ocupacional en su intervención en cuidados paliativos.

Definición operacional: refiere a los conceptos o teorías en lo que los Terapeutas Ocupacionales basan su práctica profesional durante el proceso de intervención.

R:

- . Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional SI/NO
- . Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) SI/NO
- . Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional SI/NO
- . Modelo persona-ambiente-ocupación SI/NO
- . Marco de referencia Biomecánico SI/NO
- . Marco de referencia Rehabilitador SI/NO
- . Marco de referencia de Adaptación Ocupacional SI/NO
- . Modelo Holístico de Cuidados Paliativos SI/NO

I: Pregunta de la entrevista: Sus intervenciones, ¿Se basan en algún modelo o marco teórico? ¿Cuál/cuáles?

VARIABLES SUFICIENTES

• V4. Edad del Terapeuta Ocupacional

Definición operacional: refiere a la edad en años del profesional de Terapia Ocupacional desde el momento del nacimiento hasta el momento en que se realiza la entrevista

R:

- . 25-35
- . 36-45
- . 46-55
- I: Pregunta de la entrevista: ¿Cuántos años tiene?
 - V5. Año en que el profesional de Terapia Ocupacional finalizó su carrera de grado.

Definición operacional: refiere al tiempo transcurrido desde que el profesional de Terapia Ocupacional obtuvo su título universitario de Lic. Terapia Ocupacional.

R:

- . 2006 -2007 -2008 -2009 -2010 -2011 -2012 -2013 -2014
- I: Pregunta de la entrevista: ¿En qué año se recibió/culminó sus estudios universitarios?

❖ UNIDAD DE ANÁLISIS II

Cada una de las intervenciones realizadas por los Terapeutas Ocupacionales en pacientes *internados y ambulatorios* que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

VARIABLES NECESARIAS

• V1. Modalidad de atención del paciente

Definición operacional: refiere al tipo de atención de la salud mediante la cual se brinda asistencia al paciente. Incluye internación (hospitalaria y domiciliaria) y atención ambulatoria.

R:

- . Paciente internado
- . Paciente ambulatorio

I: Pregunta de la entrevista: ¿Cuál es la modalidad de atención del paciente?

EJES DE ANÁLISIS NECESARIOS

• Eje de Análisis 1. Focos de intervención utilizados en paciente 1

Definición operacional: refiere a cuáles son los aspectos del Dominio del Marco de Trabajo, 3ª edición, 2014 en los que intervienen las Terapeutas Ocupacionales. Incluye Ocupaciones; Características del cliente; Destrezas de ejecución; Patrones de ejecución; y Contexto y entorno. Eje de análisis complejo.

Categorías:

- .Ocupaciones
- .Características del cliente
- .Destrezas de Ejecución
- .Patrones de Ejecución
- .Contexto y Entorno

I: Pregunta de la entrevista: ¿Sobre qué aspectos realiza sus intervenciones con este paciente desde Terapia Ocupacional?

- Dimensión 1. Intervención en ocupaciones

Definición operacional: refiere a las intervenciones en los tipos de actividades de la vida diaria en que las personas participan. Incluye Actividades de la Vida Diaria; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Descanso y Sueño; Educación; Trabajo; Ocio o Tiempo Libre; y Participación Social.

Categorías:

. Actividades de la Vida Diaria

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Descanso y Sueño

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Educación

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Trabajo

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Ocio o Tiempo Libre

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Participación Social

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

I: Pregunta de la entrevista: Con respecto a Ocupaciones, ¿Interviene en AVD, AIVD; Descanso y Sueño; Educación; Trabajo; Juego; Ocio y Tiempo Libre; Participación Social?

- Dimensión 2. Intervención en Características del cliente

Definición operacional: refiere a las intervenciones que realizan las Terapistas Ocupacionales en valores, creencias y espiritualidad; funciones corporales y estructuras corporales que residen en la persona e influyen en el desempeño de sus ocupaciones.

Categorías:

. Valores, Creencias y Espiritualidad

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Funciones Corporales

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Estructuras Corporales

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

I: Pregunta de la entrevista: Con respecto a Características del cliente, ¿Interviene en Creencias, valores, espiritualidad; Funciones Corporales; Estructuras Corporales?

- Dimensión 3. Intervención en destrezas de ejecución

Definición operacional: refiere a las intervenciones en los elementos observables de acción que tienen un propósito funcional implícito. Incluye destrezas motoras; destrezas de procesamiento; destrezas de interacción social.

Categorías:

. Destrezas Motoras

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Destrezas de procesamiento

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Destrezas de interacción social

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

I: Pregunta de la entrevista: Con respecto a Destrezas de Ejecución, ¿Interviene en destrezas motoras; destrezas de procesamiento; destrezas de interacción social?

- Dimensión 4. Intervención en patrones de ejecución

Definición operacional: refiere a las intervenciones en los hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el proceso de participación en las ocupaciones o actividades.

Categorías:

. Roles

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Rutinas

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Rituales

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Hábitos

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

I: Pregunta de la entrevista: Con respecto a Patrones de Ejecución, ¿Interviene en roles, rutinas, hábitos, rituales?

- Dimensión 5. Intervención en contexto y entorno

Definición operacional: refiere a las intervenciones en la variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente. Incluye contexto cultural; contexto personal; contexto temporal; contexto virtual; entorno físico y entorno social.

Categorías:

. Contexto Cultural

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Contexto Personal

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Contexto Temporal

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Entorno Físico

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

. Entorno Social

R:RECIBIÓ/NO RECIBIÓ

I: Pregunta de la entrevista: Con respecto a Contexto y entorno, ¿Interviene en contexto

Cultural; Personal; Temporal; Virtual; Físico; Social?

Las dimensiones de los siguientes ejes de análisis son iguales a las del eje de análisis 1 pero en diferentes pacientes.

- EA 2. Foco de intervención en paciente 2
- EA 3. Foco de intervención en paciente 3
- EA 4. Foco de intervención en paciente 4
- EA 5. Foco de intervención en paciente 5
- EA 6. Foco de intervención en paciente 6
- EA7. Foco de intervención en paciente 7
- EA 8. Foco de intervención en paciente 8
- EA 9. Foco de intervención en paciente 9
- EA 10. Foco de intervención en paciente 10
- EA 11. Foco de intervención en paciente 11
- EA 12. Foco de intervención en paciente 12
- EA 13. Foco de intervención en paciente 13
- EA 14. Foco de intervención en paciente 14
- EA 15. Foco de intervención en paciente 15
- EA 16. Foco de intervención en paciente 16

VARIABLES SUFICIENTES

• V2. Edad

Definición operacional: refiere a la edad en años del paciente desde el momento del nacimiento hasta el momento en que se realiza la encuesta al Terapeuta Ocupacional.

Variable simple.

R:

- . 18-30
- . 31-40
- . 41-50
- . 51-60
- . 61-70

- . 71-80
- . 81-90
- . 91-100

I: Pregunta de la entrevista: ¿Cuántos años tiene el paciente?

• V3. Sexo

Definición operacional: refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. Variable simple.

R:

- . Femenino
- . Masculino

I: Pregunta de la entrevista ¿Cuál es el sexo del paciente?

• V4. Diagnóstico:

Definición operacional: refiere al proceso médico por el cual se identifica una enfermedad, acción, lesión, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado de salud o enfermedad. Variable simple.

R:

- . Enfermedad oncológica
- . Esclerosis Lateral Amiotrófica
- . Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- . Otras

I: Pregunta de la entrevista: ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?

• V5. Tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento en cuidados paliativos

Definición operacional: período de tiempo transcurrido desde que el paciente comienza a recibir tratamiento paliativo hasta la actualidad. Variable simple.

R:

- . 1-3 meses
- . 4-6 meses
- . 7-9 meses
- . 10-12 meses
- . 13-15 meses
- . 16-18 meses

I: Pregunta de la entrevista: ¿Hace cuánto tiempo el paciente recibe tratamiento en cuidados paliativos?

• V6. Tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos

Definición operacional: período de tiempo transcurrido desde que el paciente comienza a recibir tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos. Variable simple.

R:

- . 1-3 meses
- . 4-6 meses
- . 7-9 meses
- . 10-12 meses
- . 13-15 meses
- . 16-18 meses

I: Pregunta de la entrevista: ¿Hace cuánto tiempo el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos?

• V7. Influencia del tratamiento oncológico en la intervención de Terapia Ocupacional.

Definición operacional: refiere a los procedimientos oncológicos que recibe el paciente y si los mismos se tienen en cuenta en la intervención de Terapia Ocupacional.

R:

- . INFLUYE
- . NO INFLUYE
- **I: Pregunta de la entrevista:** En caso de recibir un tratamiento oncológico, ¿influye el mismo durante la intervención de Terapia Ocupacional? Es decir, ¿se tiene en cuenta este aspecto a la hora de plantear objetivos o intervenciones?
 - V8. Cantidad de veces por semana que el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional

Definición operacional: refiere a la cantidad de días a la semana que el paciente asiste o recibe servicios del área de Terapia Ocupacional. Variable simple.

R:

- . 1 vez por semana
- . 2 veces por semana

. 3 veces por semana

. 4 veces por semana

I: Pregunta de la entrevista: ¿Cuántas veces por semana el paciente recibe tratamiento de

Terapia Ocupacional?

• V9. Duración de la sesión de Terapia Ocupacional

Definición operacional: refiere a los minutos que transcurren desde que comienza la sesión

hasta que termina la misma.

R:

. 10-15 minutos

. 16-30 minutos

. 31-45 minutos

. 46-60 minutos

. Más de 60 minutos

I: Pregunta de la entrevista: ¿Cuánto dura la sesión de Terapia Ocupacional?

FUENTES DE DATOS

Las fuentes que se seleccionaron para el presente trabajo de investigación consistieron

en fuentes primarias ya que los datos de terreno fueron generados por los investigadores. Según

Rubio y Varas (1997) se trata de informantes directos ya que la acción que se llevó a cabo para

obtener información precisa fue a través del instrumento creado (la entrevista), que se realizó a

las Terapeutas Ocupacionales que trabajaron en la Provincia de Buenos Aires durante el año

2019; es decir, los datos se obtuvieron exclusivamente de sus relatos.

Para la elección de las fuentes de datos, el equipo de investigación tuvo en cuenta la

factibilidad, viabilidad y accesibilidad de las mismas. La información fue obtenida de forma

accesible y las fuentes brindaron riqueza acerca de los datos; es decir que, la fuente primaria de

las Terapeutas Ocupacionales es la que mejor pudo reflejar la realidad que se estudió, debido a

que ellas realizaron las intervenciones de Terapia Ocupacional, a partir de las cuales se

identificaron los focos de intervención que utilizaron en pacientes internados y ambulatorios

que recibieron tratamiento de cuidados paliativos.

A su vez, la economía y oportunidad fueron criterios de selección que se encuentran

presentes en este trabajo, es decir, que los datos obtenidos fueron de costo accesible a la

investigación y la velocidad con la que se pudo acceder a ellos fue correspondiente al tiempo

de la investigación.

39

Los datos obtenidos fueron ricos en su contenido ya que el relato en primera persona de las terapeutas fue la información clave para identificar cuáles son los focos que predominan en sus intervenciones. Estos datos fueron analizados posteriormente a partir del análisis de contenido, lo cual será descripto en el apartado de Análisis de los Datos.

INSTRUMENTO

Se utilizó una entrevista (Rubio y Varas, 1997) como instrumento para recolectar los datos de las intervenciones realizadas en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. El mismo fue implementado a las Terapeutas Ocupacionales incluidas en la muestra. El equipo de investigación consideró que esta modalidad para recabar datos fue la más pertinente y representó una manera ágil de volcar la información que las terapeutas poseen acerca de sus intervenciones.

Resultó necesario confeccionar este tipo de instrumento ya que en el mismo se combinaron tanto datos cualitativos (se formularon preguntas de la Entrevista tales como: "¿Tiene formación en cuidados paliativos? En caso de ser así, ¿Podría contar su trayectoria en esta área?"; "Sus intervenciones, ¿se basan en algún modelo o marco de referencia? ¿Cuál/Cuáles?"; "¿Sobre qué aspectos realiza sus intervenciones con este paciente desde Terapia Ocupacional?") como cuantitativos (edad; tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento de cuidados paliativos, tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos; cantidad de veces a la semana que el paciente recibe tratamiento de TO; duración de la sesión de TO; entre otros).

Además, siguiendo con estos autores, Rubio y Varas, 1997, se utilizaron preguntas cerradas (por ejemplo edad, año de recibida del terapeuta ocupacional, diagnóstico del paciente, cuánto dura una sesión de Terapia Ocupacional, cantidad de veces que asiste a terapia ocupacional, etc), así como también preguntas abiertas (sobre qué aspectos realiza sus intervenciones, las instancias de formación en cuidados paliativos del terapeuta, los modelos o marcos de referencia que utiliza, entre otras).

En la sección "Anexos" se encuentra de forma detallada el informe de las modificaciones que se realizaron del instrumento (incluyendo informe del pilotaje) y el instrumento final.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Procesamiento

Los datos obtenidos de los instrumentos y fuentes fueron, por un lado cualitativos, es decir aquella información obtenida a través de la entrevista implementada a las Terapeutas Ocupacionales a partir de la cual respondieron preguntas sobre la intervención que realizó con cada paciente, el diagnóstico del mismo, el tipo de formación que tuvo la profesional en este área, los modelos o marcos de referencia que guían sus intervenciones, la modalidad de atención del paciente (internado-ambulatorio), entre otros; y, por otro lado, cuantitativos aquellos datos, también recabados a través de la misma entrevista, que refieren a las variables edad, tiempo transcurrido en el área de cuidados paliativos, tiempo transcurrido en el área de Terapia Ocupacional, duración de las sesiones, año en que el profesional de Terapia Ocupacional finalizó su carrera de grado, etc.

Se realizó una desgravación de las entrevistas y una transcripción de las respuestas que brindaron las terapeutas acerca de las intervenciones que realizaron en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamiento de cuidados paliativos. El equipo de investigación identificó de manera minuciosa y precisa, a partir del discurso brindado por las terapeutas acerca de las intervenciones realizadas con los pacientes, cuáles fueron los focos de intervención utilizados en cada uno de los pacientes.

Sistematización

Una vez obtenida toda la información a través del instrumento, se realizó una categorización de los datos.

Primero, para la organización de las entrevistas, se realizó una carpeta en Google Drive para cada terapeuta. En cada carpeta se incluyeron tres archivos de *software* Microsoft Word, en uno de ellos se volcó la información acerca de los terapeutas, en otro todo lo referido al paciente internado y en el último todo acerca del paciente ambulatorio. Sobre esta base de datos se utilizó la herramienta de resaltar texto para identificar los datos cualitativos referentes a las intervenciones: en color amarillo se resaltaron todas las intervenciones, con ayuda del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional 3ª edición, 2014, y en color celeste los relatos que aportaron las Terapeutas Ocupacionales acerca de su opinión personal.

De esta manera, se logró volcar y completar fichas de registro que fueron diseñadas por el equipo para organizar y clasificar la información de los seis Terapeutas Ocupacionales y los 16 casos, con sus respectivas intervenciones. A continuación, se detalla el contenido de dicha ficha de registro. En el apartado de anexos, se adjunta la misma.

Se realizaron dos fichas; una donde se volcaron los datos del Terapeuta Ocupacional entrevistado y otra donde se ubicó la información referida al paciente y la intervención realizada, además, en esta se hizo una anotación en la parte superior derecha sobre la modalidad de atención que recibía.

En la ficha de los Terapuetas Ocupacionales se ubicaron los siguientes datos:

- Edad
- Año en el que se recibió
- Tipo de formación recibida del área de cuidados paliativos
- El tiempo que se encuentra interviniendo en el área de cuidados paliativos
- Marcos/Modelos que utiliza en sus intervenciones

En la ficha de los pacientes e intervenciones se volcaron los siguientes datos:

- Sexo
- Edad
- Diagnóstico
- Influencia del tratamiento oncológico en la intervención de TO
- El tiempo desde que inició el tratamiento de cuidados paliativos
- El tiempo desde que inició el tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos
- Cantidad de veces por semana que recibe tratamiento de TO
- Duración de la sesión de TO
- Aspectos del foco *ocupaciones* en los que se intervino
- Aspectos del foco características del cliente en los que se intervino
- Aspectos del foco destrezas de ejecución en los que se intervino
- Aspectos del foco patrones de ejecución en los que se intervino
- Aspectos del foco contexto y entorno en los que se intervino

Los datos sintetizados en las fichas de registro de fueron organizados y volcados en la base de datos *software* Microsoft Excel, este archivo contó con nueve hojas: I "Terapeutas Ocupacionales"; II "Pacientes Internados"; III "Pacientes Ambulatorios"; y IV "Pacientes Internados y Ambulatorios", V "Foco de intervención: Ocupaciones", VI "Foco de intervención: Características de la persona", VII "Foco de intervención: Destrezas de ejecución", VIII "Foco de intervención: Patrones de ejecución", IX "Focos de intervención: Contexto y entorno".

En dicha planilla, cada hoja contaba con tablas y gráficos relacionados con el nombre de su hoja; en ellas se confeccionaron tablas de distribución de frecuencia para cada variable, donde cada fila correspondía a las escalas de valores de la variable y en la intersección entre columnas y filas se volcaron los valores obtenidos de las unidades de análisis correspondientes en relación a cada variable.

Análisis y presentación de resultados

Según Samaja (2002) los tipos de análisis se pueden realizar según su contenido, según el número de variables, según los objetivos y según el tipo de datos.

De acuerdo con estos criterios, se puede decir que el análisis según su contenido estuvo centrado en las respuestas que se obtuvieron de las entrevistas realizadas a las Terapeutas Ocupacionales. El objetivo de este análisis fue identificar qué temas aparecieron en las respuestas acerca de las intervenciones, para luego clasificarlas en los focos de intervención a los que pertenecían.

Según el número de variables, el presente trabajo de investigación fue multivariado, ya que se tuvieron en cuenta diferentes variables de cada unidad de análisis para relevar información sobre las mismas.

En cuanto a los objetivos, esta investigación pretendió explorar las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. De esta manera, se puede decir que se trató de un análisis exploratorio.

Como se ha mencionado anteriormente, los tipos de datos que fueron analizados fueron tanto cuantitativos como cualitativos debido a que la matriz de datos de la presente investigación contiene variables y ejes de análisis.

El análisis de datos cuantitativos que fue adoptado en este trabajo estuvo centrado en la variable. Según Samaja (2002) en este análisis cada variable o *eje de análisis* de la matriz de datos informa sobre el comportamiento de la población, es decir, de cada unidad de análisis respecto de uno de sus aspectos relevantes. Estos datos se vieron reflejados en las tablas del *software* Microsoft Excel que fueron detalladas anteriormente.

Por su parte, para el análisis de los datos cualitativos se utilizaron diferentes herramientas (tales como resaltar en color celeste las partes del discurso de las terapeutas en las que aparecieron aspectos subjetivos, esto se realizó en la base de datos *software* Microsoft Word correspondiente a cada TO) para analizar el contenido de las respuestas obtenidas de las entrevistas acerca de las intervenciones en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. Bottinelli (2003) sostiene que para el análisis de datos cualitativos es pertinente realizar anotaciones, recurrencias, ideas generales luego de varias lecturas de las desgravaciones, asociaciones entre los conceptos que aparecen reiteradas veces. Para organizar esta información

la autora considera necesario utilizar las variables de la matriz de datos como organizadores para analizar el contenido de las respuestas.

Inicialmente se clasificaron las variables necesarias y suficientes para la Unidad de Análisis I "Cada uno de los Terapeutas Ocupacionales que intervinieron en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019" de la siguiente manera:

Variables necesarias

- -V1: Instancias de formación del Terapeuta Ocupacional en cuidados paliativos. Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.
- -V2. Tiempo transcurrido desde que el Terapeuta Ocupacional interviene en cuidados paliativos. Variable cuantitativa continua. Escala de valores (R) de razón o cociente.
- -V3. Modelos/Marcos de referencia que utiliza el Terapeuta Ocupacional en su intervención en cuidados paliativos. Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.

Variables suficientes

- **V4. Edad del Terapeuta Ocupacional.** Variable cuantitativa. Escala de valores (R) continua de razón o cociente.
- V5. Año en que el profesional de Terapia Ocupacional finalizó su carrera de grado.
 Variable cuantitativa continua. Escala de valores (R) intervalar.

Por otra parte, para la Unidad de Análisis II "Cada una de las intervenciones realizadas por los Terapeutas Ocupacionales en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019" se dividieron las variables en necesarias y suficientes, y, además, se incluyeron ejes de análisis necesarios con sus respectivas dimensiones. Se clasificó de la siguiente manera:

Variable necesaria

-V1. Modalidad de atención. Variable cualitativa dicotómica. Escala de valores (R) nominal.

Ejes de Análisis necesarios

-EA 1. Focos de intervención en paciente 1. Variable cualitativa politómica. Escala de

valores (R) nominal. Vale aclarar que este eje de análisis se repite para cada paciente de la muestra.

- Dimensión 1. Intervención en ocupaciones. Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.
- -Dimensión 2. Intervención en Características del cliente. Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.
- **-Dimensión 3. Intervención en destrezas de ejecución.** Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.
- -Dimensión 4. Intervención en patrones de ejecución. Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.
- **-Dimensión 5. Intervención en contexto y entorno.** Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.

Variables suficientes

- V1. Edad. Variable cuantitativa continua. Escala de valores (R) de razón o cociente.
- V2. Sexo. Variable cualitativa dicotómica. Escala de valores (R) nominal.
- **V3. Diagnóstico.** Variable cualitativa politómica. Escala de valores (R) nominal.
- V4. Tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento en cuidados paliativos.
 Variable cuantitativa continua. Escala de valores de razón o cociente.
- V5. Tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos. Variable cuantitativa continua. Escala de valores (R) de razón o cociente.
- **V6.** Influencia del tratamiento oncológico en la intervención de Terapia Ocupacional. Variable cualitativa dicotómica. Escala de valores (R) nominal.
- V7. Cantidad de veces por semana que el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional. Variable cuantitativa discreta. Escala de valores (R) de razón o cociente.
- **V8. Duración de la sesión de Terapia Ocupacional.** Variable cuantitativa continua. Escala de valores (R) de razón o cociente.

Para lograr el objetivo general "Explorar las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019" se tuvieron que cumplir todos los objetivos específicos.

En primer lugar, fue necesario realizar una caracterización de la muestra de los seis Terapeutas Ocupacionales. Para esto se cumplió con el primer objetivo específico: Caracterizar los profesionales de Terapia Ocupacional que realizaron intervenciones en cuidados paliativos en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. Con el fin de dar cuenta de estos datos se utilizaron las variables de la UA I: edad, año en que se recibió, modelos y marcos de referencia que utilizan en su práctica profesional, instancias de formación realizadas y tiempo de intervención en el área de cuidados paliativos. Se recurrió a la hoja de Software Microsoft Excel llamada "Terapeutas Ocupacionales". En la misma, se realizaron tablas de distribución de frecuencia para cada una de las variables mencionadas, donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual. Estas son:

Tabla de Frecuencia para la Varial cuidados paliativo				-				venció	n en
Na dalaa yi Na waa		SI			NO		TOTAL		
Modelos y Marcos	SI	FR	F%	NO	FR	F%	FA	FR	F%
MDT									
МОНО									
СМОР									
P-A-O									
Biomecánica									
Rehabilitativo									
Adaptación Ocupacional									
Holístico									

Tabla de Frecuencia para la Variable Año en que el profesional de TO finalizó su carrera de grado de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)							
Año	FA	FR	F%				
2006							
2007							
2008							
2009							
2010							
2011							
2012							
2013							
2014							
TOTAL							
_							

Tabla de Frecuencia para la Variable Edad de las TO que intervienen en Cuidados Paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

Edad	FA	FR	F%
25-35			
36-45			
46-55			
TOTAL			

Tabla de Frecuencia para la Variable Instancias de formación del TO en cuidados paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

Tino do Formación		SI			NO		TOTAL			
Tipo de Formación	SI	FR	F%	NO	FR	F%	FA	FR	F%	
Posgrado										
Residencia										
Curso										
Jornada										
Seminario										

Se realizaron diferentes gráficos; un gráfico de barras superpuestos al 100% para la variable modelos y marcos de referencia utilizado a partir de la frecuencia absoluta; un gráfico de columnas superpuestas al 100% para las instancias de formación de los Terapeutas Ocupacionales a partir de la frecuencia absoluta y un gráfico de barras para la variable tiempo de intervención en el área de cuidados paliativos. Así mismo, se tuvieron en cuenta aspectos del discurso de los profesionales que el equipo de investigación consideró relevante destacar para dar cuenta de los resultados cualitativos.

En segundo lugar, para el análisis del objetivo específico dos: *Identificar características* de los pacientes -internados y ambulatorios- de Terapia Ocupacional que recibieron intervenciones de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019, se utilizaron las siguientes variables de la UA II: diagnóstico, influencia del tratamiento oncológico, tiempo transcurrido en cuidados paliativos, tiempo de ingreso al servicio de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos. La información se mantuvo dividida en pacientes internados y en pacientes ambulatorios, es por eso que se recurrió a las hojas de *software* Microsoft Excel llamadas "Pacientes Internados" y "Pacientes Ambulatorios". En las mismas, se realizaron tablas de distribución de frecuencia para cada una de las variables mencionadas, donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual.

A partir de estas tablas de frecuencia, se realizó un gráfico de torta para dar cuenta del diagnóstico de los pacientes, en el mismo se incluyó tanto a los pacientes internados como a los pacientes ambulatorios. Además, se hizo otro gráfico de torta para evidenciar la influencia del

tratamiento oncológico en las intervenciones de terapia ocupacional, en el mismo se incluyeron a ambas poblaciones (internados y ambulatorios), pero solo se tuvieron en cuenta aquellos pacientes que recibían tratamiento oncológico tales como radio o quimioterapia durante la intervención de TO. Por otra parte, se realizó un cruce de variables para el tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento en cuidados paliativos y tiempo transcurrido desde que el paciente inicia tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos. A partir de esta tabla de frecuencia absoluta se confeccionó otra tabla (una para pacientes internados y otra para pacientes ambulatorios) en la cual se evidenció los pacientes que iniciaron tratamiento de terapia ocupacional al ingresar al servicio de cuidados paliativos. Estas últimas tablas permitieron realizar un gráfico de torta que expresa la frecuencia absoluta de lo mencionado.

Tabla de Frecuencia para	a la Varia	able Infl	uencia					
del tratamiento oncológ	gico en la	a interve	ención					
de TO en Pacientes Internados y Ambulatorios								
de Cuidados Paliativos de la Prov. de BsAs								
durante el 2019 (N=12).								
Influencia del TTO								
oncológico en la	FA	FR	F%					
intervención de T.O								
SI								
NO								
TOTAL								

Tabla de Frecuencia para la Variable Diagnóstico de los Pacientes Internados y Ambulatorios de Cuidados Paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=16).

Diagnóstico	FA	FR	F%
Enfermedad oncológica			
E.L.A			
E.P.O.C			
Otras			
Total			

Tabla 1. Cruce de Variables Tiempo transcurrido desde que el paciente internado/ambulatorio inicia TTO en CP y Tiempo transcurrido desde que el paciente internado inicia TTO de T.O en CP en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8)

		Inicio de TTO de en CP (meses)							
		16 a 18	13 a 15	10 a 12	7 a 9	4 a 6	1 a 3	TOTAL	
	16 a 18								
Inicio de TTO de T.O en CP	13 a 15								
(meses)	10 a 12								
	7 a 9							·	

4 a 6				
1 a 3				
TOTAL				

Tabla de fred	uencia	de la					
coincidencia de com	ienzo d	le TTO d	le				
T.O y cuidados paliativos en pacientes							
Internados/Ambulatorios de la Prov. de							
BsAs durante el 2019 (N=8)							
BsAs durante el	el 2019 (N=8)						
BsAs durante el	2019 (I	N=8) FR	F%				
BsAs durante el			F%				

TOTAL

Para el análisis del tercer objetivo específico: Explorar frecuencia y duración de las intervenciones de los profesionales de Terapia Ocupacional que intervienen en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019, se utilizaron las variables de la UA II: cantidad de veces por semana que el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional y duración de la sesión de Terapia Ocupacional. A partir de las respuestas obtenidas, el equipo de investigación decidió no realizar tabla de distribución de frecuencia debido a la variedad de respuestas y a que cada una de ellas no solo era muy diferente con las demás, sino que también era muy propia y personal, porque dependen siempre del estado del paciente y sus necesidades. Es por esto que se decidió dar cuenta de este objetivo a partir de los aspectos cualitativos del discurso de los profesionales, para transmitir de forma más precisa cómo se caracterizan las intervenciones en cuanto a su duración y frecuencia.

Para lograr analizar los objetivos específicos de los focos de intervención (objetivos 4, 5, 6, 7 y 8) se utilizaron las dimensiones del Eje de Análisis "Focos de Intervención". Cada dimensión correspondía a cada foco de intervención por separado. Se recurrió a las hojas de Software Microsoft Excel mencionadas en la sistematización de datos. En cada hoja se realizaron dos tablas de distribución de frecuencia, una para los pacientes internados y otra para los pacientes ambulatorios, donde se calculó la frecuencia absoluta, relativa y porcentual. A partir de estas tablas se realizaron gráficos de barra superpuestos al 100% para ambas poblaciones. Además, se utilizaron relatos de los profesionales a través de los cuales se da cuenta el uso del foco de intervención representado por un cuadro.

Las tablas de frecuencia fueron las siguientes:

- Para el objetivo específico 4: *Identificar el foco de intervención OCUPACIONES en pacientes* internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Ocupaciones en Pacientes Internados/Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

OCUPACIONES (no signatos into uno dos)		SI		NO			TOTAL		
OCUPACIONES (pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%
AVD									
AIVD									
Descanso y Sueño									
Educación									
Trabajo									
Juego									
Ocio y Tiempo Libre									
Participación Social									

- Para el objetivo específico 5: Identificar el foco de intervención CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Características del cliente en Pacientes Internados/Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

CADACTEDÍSTICAS DEL CLIENTE (naciontos		SI			NO			TOTAL		
CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE (pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Valores, Creencias y Espiritualidad										
Funciones Corporales										
Estructuras Corporales										

-Para el objetivo específico 6: *Identificar el foco de intervención DESTREZAS DE EJECUCIÓN en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.*

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Destrezas de Ejecución en Pacientes Internados/Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

Destrezas de Ejecución (pacientes internados)	SI			NO			TOTAL		
	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%
Motoras									
De Procesamiento									
De Interacción Social									

- Para el objetivo específico 7: *Identificar el foco de intervención PATRONES DE EJECUCIÓN* en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Patrones de Ejecución en Pacientes Internados/Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

Patrones de Ejecución (pacientes internados)		SI			NO			TOTAL		
		FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Roles										
Rituales										
Rutinas										
Hábitos										

- Para el objetivo específico 8: *Identificar el foco de intervención CONTEXTO Y ENTORNO* en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Contexto y Entorno en Pacientes Internados/Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

durante et 2015 (17-0).									
Contoute u Futerre (masientes internedes)		SI		NO			TOTAL		
Contexto y Entorno (pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%
Cultural									
Personal									
Temporal									
Virtual									
Físico									
Social									

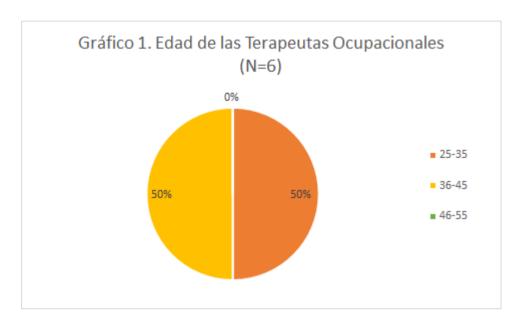
RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA TERAPEUTAS OCUPACIONALES

El número muestral de terapeutas ocupacionales incluidas en la presente investigación fue de seis.

Edad:

Tres terapeutas se encuentran en el rango de edad comprendido entre 25-35 años y las tres restantes tienen entre 36-45 años, es decir que la media de edad de la muestra es 33,8 años.



Año en que las terapeutas ocupacionales se recibieron:

El período comprendido es entre 2006 y 2014. Dos de las terapeutas se recibieron en 2006 mientras que las otras cuatro se recibieron en 2009, 2012, 2013 y 2014.

Instancias de formación:

Posgrados:

- -Posgrado Interdisciplinario en Cuidados Paliativos. Flacso Argentina, Programa Argentino de Medicina Paliativa Fundación FEMEBA. Práctica en Hospital Tornú. Realizado por una terapeuta.
- -Posgrado en Cuidados Paliativos y Psico-socio-Oncología, dictado por Instituto Pallium Latinoamérica - Medicina Paliativa, en Hospital Udaondo. Realizado por dos terapeutas.

Residencias:

-Residencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

-Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos, la cual dura 2 años y es específica del área de paliativos, como requisito para ingresar a esta residencia es necesario haber realizado la residencia general.

Ambas residencias fueron realizadas por la misma terapeuta

Cursos:

Realizado por cuatro terapeutas en los siguientes lugares:

- Hospital Penna
- Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
- Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP).

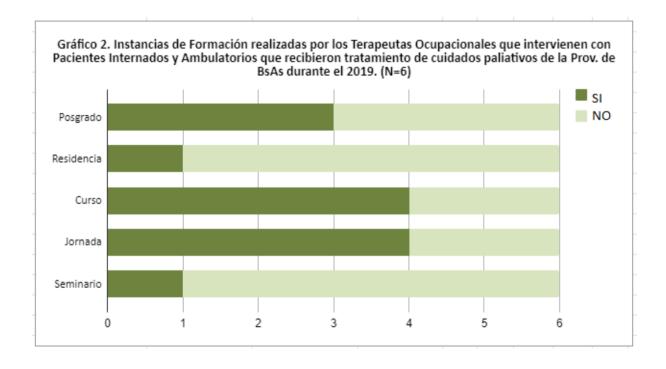
Jornadas:

- -Jornada de Rehabilitación en Cuidados Paliativos y Enfermedad Crónica Avanzada, organizada por la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. Realizado por dos terapuetas.
- -Mientras que otras dos terapeutas mencionaron distintas jornadas a las que asistieron.

Seminarios:

-"El arte de acompañar en el Buen Morir", realizado en la Fundación Paliar por una de las terapuetas de la muestra.

En el siguiente gráfico se pueden observar los resultados obtenidos: (Gráfico 2)



El gráfico presentado refleja que cuatro de las terapeutas ocupacionales incluidas en la muestra se formaron a través de cursos o jornadas. Además, tres de ellas realizaron un curso de posgrado; mientras que sólo una realizó residencias. Estos datos permiten observar la formación con la que cuentan los profesionales de terapia ocupacional a la hora de realizar sus intervenciones. También es menester destacar que todas las terapeutas de la muestra realizaron al menos una instancia de formación en el área de cuidados paliativos.

Por otra parte, los datos cualitativos obtenidos a partir de las entrevistas demuestran que los profesionales de Terapia Ocupacional consideran muy importante realizar instancias de formación para poder intervenir de forma adecuada en el área de cuidados paliativos. Entre sus relatos se pueden mencionar las siguientes frases:

"Necesitaba formarme, porque sentía que muchas veces me faltaban herramientas para hacer frente a los desafíos cotidianos que me demandaba este trabajo; desafíos no solo con los pacientes, sino también interiormente, el impacto que tenían en mí. Por eso considero fundamental la formación, como en todas las áreas en las que se puede desarrollar la Terapia Ocupacional, sin ésta, creo que hoy no podría ejercer en esta área".

"A nosotras nos dicen que podemos atender todo y salimos creyendo que podemos atender todo y cuando vos te empezás a focalizar realmente en un área te das cuenta que no, que no sabías nada, básicamente. Por eso creo que la residencia es una oportunidad que vale la pena, aprender en ese ámbito es impagable".

"En el año 2008-2009 integré la comisión en la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional, donde redactamos -con otro grupo de terapistas, de colegas- las Normas de funcionamiento de Terapia Ocupacional en Cuidados Paliativos para presentar en el Ministerio de Salud de la Nación. En 2011 formé parte (como representante de la AATO) de la comisión para la revisión de la Directriz de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos en el Ministerio de Salud de la Nación (Programa de garantía de la calidad de la atención médica) Resolución 357/2016. En ese año (2011) revisaron la norma y la aceptaron, y finalmente fue aprobada en el año 2016".

"Para trabajar en paliativos sí o sí tenes que hacer un curso o alguna especialización, sí o sí..."

Antigüedad en el área de cuidados paliativos 2

Tres terapeutas intervienen en el área de cuidados paliativos hace 4-6 años, es decir que dos de ellas comenzaron a intervenir en el año 2013 y una en el año 2015; dos de ellas

intervienen hace 7-9 años, los años en los que iniciaron su práctica en paliativos son los siguientes: 2011 una de las terapeutas y 2012 otra de ellas. Por último, una terapeuta interviene desde el año 2007, es decir que se encuentra en el período comprendido entre 10-12 años, esta profesional es la misma que participó en la redacción de las Normas de Funcionamiento de Terapia Ocupacional en Cuidados Paliativos. Gráfico 3.

paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

4

2

1-3

4-6

7-9

10-12

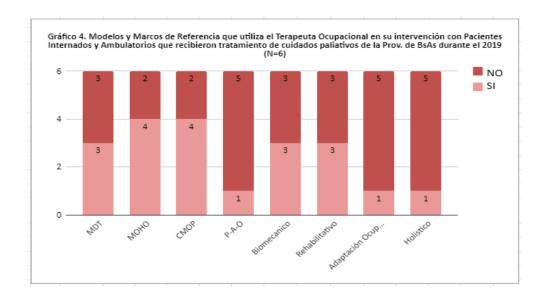
Gráfico 3. Antigüedad (años) del Terapeuta Ocupacional que interviene en cuidados paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

Años de antigüedad de intervención en Cuidados Paliativos

Modelos y Marcos de referencia utilizados

Tres terapeutas informaron en sus discursos que utilizan el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional; cuatro de ellas manifiestan que en sus intervenciones incluyen el Modelo de la Ocupación Humana y el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional; sólo una terapeuta utiliza el Modelo Persona-Ambiente-Ocupación; y otra de ellas utiliza únicamente el Modelo Holístico de Cuidados Paliativos. Por otro lado, los marcos de referencia más utilizados son el Biomecánico y el Rehabilitativo: tres terapeutas afirmaron utilizar el primero, mientras que tres terapeutas utilizan el Rehabilitativo. Además, una terapeuta utiliza el marco de referencia de Adaptación Ocupacional.

En el Gráfico 4, se expresan los valores correspondientes a esta variable:



En los discursos de los terapeutas ocupacionales se puede destacar que una de ellas expresó: "Me baso en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), utilizando la ocupación como una herramienta que le ayuda al paciente a seguir experimentando la vida, relacionándose con el ambiente y con su entorno. Este modelo me ayuda a visualizar a la persona como un ser único, donde sus características particulares, la volición y su capacidad de desempeño son las que me permiten direccionar la intervención. Teniendo en cuenta los valores e intereses de la persona, se busca que se involucre en algún área o en las diferentes áreas de la ocupación, para mantenerse activo y autónomo"; vale aclarar que esta misma terapeuta es quien utiliza el modelo Persona-Ambiente-Ocupación para el cual expresó: "Este modelo me permite entender cómo la persona, el ambiente y la ocupación interactúan continuamente en el tiempo y en el espacio, lo que a veces facilita o limita el desempeño del individuo. Tener en cuenta el ambiente en el que se encuentra la persona, es fundamental a la hora de plantear una intervención".

Otra de las Terapeutas Ocupacionales incluidas en la muestra destacó en su discurso: "Me baso siempre en el MOHO, porque digamos que engloba a todas las intervenciones de cuidados paliativos; siempre el abordaje se hace desde una perspectiva holística, desde un modelo de trabajo dinámico. En cuidados paliativos Cicely Saunders hablaba del dolor total, el cual comprende el dolor físico, dolor psicológico, dolor espiritual, dolor social (pérdida de roles, preocupación de qué va a pasar con su familia o con su situación laboral). El paciente necesita buscar estrategias y recursos para poder recuperar esos roles perdidos y ahí es donde aparece la intervención del TO, para cubrir todas esas necesidades"

Por su parte, otra profesional expresó "En la práctica de terapia ocupacional no hay un enfoque específico de TO y cuidados paliativos, por lo que termino haciendo una conjunción de modelos y marcos de nuestra disciplina para guiar mi práctica cotidiana a través de una

mirada holística". Cabe aclarar que esta terapeuta es quien también utiliza el marco de referencia de adaptación ocupacional durante sus intervenciones.

Este último discurso puede relacionarse con la opinión de la terapeuta que únicamente utiliza el Modelo Holístico de Cuidados Paliativos para guiar su práctica profesional, quien sostiene lo siguiente: "Yo creo que hace falta construir un modelo que se ajuste a las necesidades del campo de cuidados paliativos porque la verdad que es como un poquito de cada cosa, es como un mix que se arman con los modelos de terapia ocupacional. Cuando realicé la residencia post-básica en cuidados paliativos, tuve la experiencia de rotar un mes y medio en el exterior, y decidí ir a Inglaterra, que es la cuna de los cuidados paliativos; ahí se basan en un modelo que se llama modelo holístico que tiene bases teóricas y ve a la persona desde una perspectiva holística. Yo me baso en mi formación de posgrado, pero no en algo propio de la disciplina de terapia ocupacional"

Con respecto al Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional una profesional enunció: "Si bien este modelo me brinda herramientas similares al MOHO y al PAO, me permite ver el desempeño ocupacional del individuo durante el transcurso de la vida teniendo un enfoque centrado en la persona y en su historia de vida"

De las tres terapeutas que manifestaron utilizar el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, una dijo lo siguiente: "el Marco de Trabajo es la base de consulta a la hora de plasmar por escrito una intervención, me ayuda a organizarme para evaluar, plantear el tratamiento y para reevaluar continuamente los objetivos planteados"; las otras dos terapeutas lo mencionaron dentro de la pregunta del instrumento "Sus intervenciones, ¿se basan en algún modelo o marco de referencia? ¿Cuál/Cuáles?" pero no expresaron comentarios acerca de por qué utilizan este modelo de Terapia Ocupacional.

Teniendo en cuenta los marcos de referencia utilizados, se pueden destacar los siguientes fragmentos:

"El marco de referencia de Rehabilitación me permite compensar los déficits que ya no pueden remediarse. Este marco encuadra la intervención de las adaptaciones necesarias que, en conjunto con los recursos con que cuenta la persona, le permita continuar con su desempeño ocupacional lo más independientemente posible".

"Yo, por la modalidad de intervención, son muchas cosas que utilizo del marco biomecánico; no muchas veces, pero he hecho férulas, muñequera con friselina... es muy del momento con lo que uno se encuentre y lo que la persona necesita. En realidad, mi intervención es más a través de sugerencias 'no pensaste tal cosa' o 'mira te engrose esto para que pruebes'..."

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE PACIENTES INTERNADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

El número de pacientes incluido en la muestra fue de un total de 16, ocho de ellos fueron pacientes internados (incluyendo internación hospitalaria y domiciliaria) y ocho pacientes ambulatorios.

Diagnóstico

15 pacientes presentaban enfermedades oncológicas, mientras que sólo 1 paciente, presentó otro tipo de enfermedad: Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). Gráfico 5



Influencia del Tratamiento Oncológico

Para esta variable se descartó al único paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica y a tres pacientes con enfermedad oncológica porque no se encontraban en ese momento recibiendo ese tipo de tratamiento. Es por eso que se tuvo en cuenta a 12 pacientes para esta variable. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En diez pacientes, el tratamiento sí influía en la intervención de Terapia Ocupacional, por sobre todas las cosas por el estado de cansancio que este tipo de tratamiento genera en los pacientes y por el tiempo que les ocupa. Es por esto, que las sesiones de Terapia Ocupacional se suspendían por esa semana de tratamiento oncológico y los profesionales de TO consideraban esta variable a la hora de plantear objetivos y proponer actividades para cada sesión. Algunos de los fragmentos que aparecieron en las entrevistas fueron los siguientes:

"Claro que influye el tratamiento oncológico en la intervención de TO, cuando éste afecta el estado del paciente, con malestares físicos, decaimiento... se tiene en cuenta el horario del día en el que el paciente se encuentra con mayor energía, de pautar los días de visita que no sean justo el día que recibió la quimioterapia, como así también la disponibilidad de acceder a cambios de días y horarios en caso de que el paciente lo necesite. Los objetivos y las

intervenciones si bien se plantean con anterioridad, muchas veces se deben cambiar sobre la marcha, ya sea porque el paciente no puede realizar la actividad planteada o bien porque le ha surgido otra necesidad más urgente"

"...el último tiempo hizo ciclo de 10 sesiones de radioterapia, durante esas dos semanas sí tuvimos que interrumpir las sesiones de TO porque ocupaba su día y su energía en trasladarse para eso. Después tuvo sesiones de quimio también y hubo un par de sesiones que se suspendieron porque no se sentía bien; en ese sentido afectó al tratamiento de TO... a veces era necesario interrumpir la frecuencia que uno había sugerido, muchas veces teníamos que cambiar el rumbo, el foco de intervención actual..."

"Sisi, tuvo quimio y rayos antes, pero lo último fue quimioterapia. —Influyó en las intervenciones de TO? — claro que sí, cada vez que ella iba a hacer la sesión volvía con menos energía... re influía, cambiaba objetivos por sesión... de acuerdo a cómo ella venía era lo que trabajábamos..."

"Sí, esta paciente recibe tratamiento oncológico, hace cada quince días quimioterapia... por supuesto que se tiene en cuenta cuando se plantean los objetivos porque los días que ella hace la quimioterapia, por lo general la paciente la primer semana se encuentra con síntomas relacionados a la quimio como vómitos, dolores de cabeza, entonces ahí se va reestructurando el plan de tratamiento. Siempre se tiene en cuenta eso porque por ahí los pacientes no están de ánimo para asistir a TO"

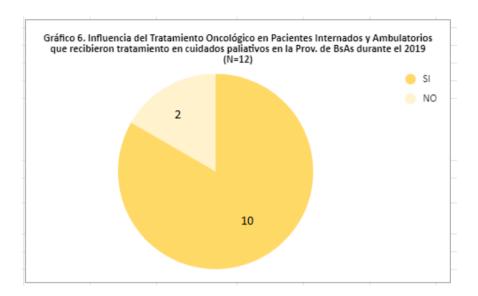
"Si, si influye porque los días que tiene quimio son dos o tres días en donde cambia el performance, cambian los objetivos de abordaje... Por supuesto que si se tiene en cuenta, se trabaja de manera anticipada con la paciente acerca que de que esto va a suceder, para que no se asuste pero... cuando hace la quimio, el día posterior a la quimio no, pero los otros dos días posteriores necesita descansar, se fatiga mucho, quizá tiene náuseas o vómitos, ha tenido algún episodio de diarrea, entonces bueno... todo lo que se viene trabajando esos 3 días no lo puede hacer, no lo puede sostener y después hay que darle tiempo al cuerpo que se recupere para poder volver al estado previo"

Por el contrario, sólo en dos pacientes no influía el tratamiento oncológico en las intervenciones de TO. En esto último es preciso aclarar por qué el tratamiento no se tenía en cuenta en las intervenciones, a continuación, el relato de las terapeutas que da cuenta de esto:

"... Y ahora está haciendo quimioterapia oral, pero no influye en el tratamiento, porque como es un tumor bastante grave, no tiene efectividad la quimioterapia, entonces hace como una quimioterapia más bien paliativa que no le trae síntomas."

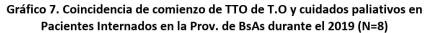
"...En esta paciente en particular, no se tiene en cuenta, porque es una quimio muy suave, tiene una Obra Social que le cubre un tratamiento oncológico muy bueno..."

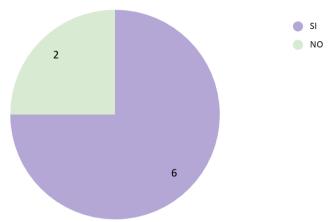
Gráfico 6:



Coincidencia de comienzo de tratamiento de Terapia Ocupacional y cuidados paliativos: (cruce entre "Inicio de tratamiento de cuidados paliativos" e "inicio de tratamiento de Terapia Ocupacional")

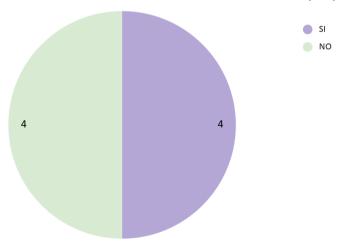
En pacientes internados, 6 pacientes iniciaron tratamiento de Terapia Ocupacional en el mismo momento en el que ingresaron al servicio de cuidados paliativos, mientras que 2 pacientes iniciaron antes el tratamiento de cuidados paliativos y posteriormente a ello el tratamiento de Terapia Ocupacional. Se deduce entonces que solo dos casos han iniciado el tratamiento de Terapia Ocupacional más tarde que su ingreso a los cuidados paliativos, y que en la mayoría de los casos cuando el paciente ingresó al servicio de cuidados paliativos inició simultáneamente su tratamiento en el servicio de Terapia Ocupacional. Gráfico 7.





En pacientes ambulatorios, se utilizaron las mismas referencias para evidenciar si existía o no diferencia de tiempo entre el ingreso al servicio de cuidados paliativos y al servicio de Terapia Ocupacional. En este caso, el gráfico demuestra que 4 pacientes, iniciaron el tratamiento de Terapia Ocupacional al mismo tiempo que ingresó al servicio de cuidados paliativos y que los 4 restantes, lo hicieron posteriormente. Gráfico 8.

Gráfico 8. Coincidencia de comienzo de TTO de T.O y cuidados paliativos en Pacientes Ambulatorios en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8)



CARACTERIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Cantidad de veces por semana que el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional:

Es pertinente plasmar algunos aspectos cualitativos que se obtuvieron de los discursos de las terapeutas en los cuales se expresó lo siguiente:

"No existe un número específico de sesiones semanales de Terapia Ocupacional. Se asiste al paciente durante el tiempo que permanece internado en el Hospital y, según necesidades específicas de cada caso, se determina la frecuencia de tratamiento. Al paciente de referencia se lo asiste actualmente 2 veces por semana en el sector donde se encuentra internado"

"La cantidad de sesiones de Terapia Ocupacional es de 3 veces por semana, pero si necesita algún equipamiento u otro requerimiento se lo puede ver más veces".

"Yo veo todos los días a esta paciente en el hospital, cuando está internada. Pero cuando el paciente está internado, la sesión no la llamo sesión, sino que la llamo visita... porque cuando están internados a veces los veo tres veces en un día, a veces dos veces o a veces una. Siempre es de acuerdo a la demanda del paciente". Este fragmento se puede aplicar tanto para esta variable (frecuencia) como para la variable siguiente (duración), ya que son dos aspectos que fluctúan constantemente de acuerdo a lo que el paciente necesita en ese momento.

Duración de la sesión de Terapia Ocupacional:

Se pudo identificar que los discursos de las terapeutas coincidían cuando hablaban del tiempo transcurrido en cada sesión, ya que las mismas dependen siempre de las necesidades del paciente y de su estado general. Algunas de las frases que expresaron las profesionales fueron las siguientes:

"Cada sesión de Terapia Ocupacional dura aproximadamente 30 minutos, dependiendo de los objetivos a trabajar puede variar; pero es muy relativo... hasta puede llegar a durar una hora... a veces la sesión se lleva a cabo con el familiar y una consulta puede ser de 15 o 40 minutos, siempre depende de lo que tengamos que trabajar."

"La duración de la sesión con este paciente y con los demás es depende de los pacientes y de cómo esté, a veces 1 hora o más de 1 hora, eso varía...según la tolerancia del paciente o no, se maneja el tiempo de la sesión y lo que se hace también"

"Depende del estado del paciente, hay días que puede durar media hora, mientras que otros días solo unos minutos, de acuerdo a su tolerancia".

"Nunca dura lo mismo, depende siempre del paciente. Generalmente es una hora, excepto la primera entrevista que suele durar un poco más, 90 minutos aproximadamente. Esto depende mucho del paciente y de su estado, si el paciente está de ánimo y se abre a la entrevista, suele durar más; pero si el paciente está dolorido o con malestar o es más introvertido, dura menos la sesión y es mejor ir de a poco ganándonos su confianza, sin que se sienta invadido".

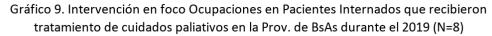
"La duración de la sesión es de 40 minutos o hasta 1 hora y media. Depende de lo que surge, si hay algún familiar presente o no, si el paciente se angustia y hay que darle tiempo, si había alguna situación de ahogo, falta de aire, fatiga, había que esperar a que se recupere para poder seguir. Ósea todo eso te va variando... por ahí hay un día que no quiere verte...

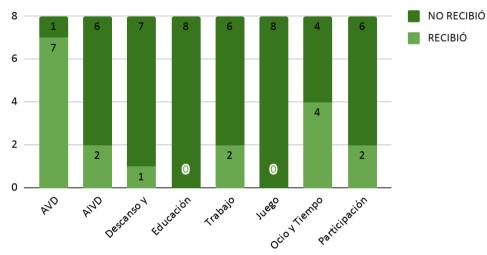
Los fragmentos seleccionados fueron de ambas poblaciones (pacientes internados y ambulatorios). Los resultados obtenidos no se pudieron cuantificar ni expresar en gráficos debido a la variabilidad de las respuestas. Este criterio se pudo aplicar a ambas variables (frecuencia y duración) ya que, como se expresó anteriormente, las terapeutas manifestaron que siempre dependía del paciente y de cada momento particular.

Foco de intervención OCUPACIONES

Pacientes Internados

Siete pacientes internados, recibieron intervenciones en el foco ocupaciones. De todos los datos obtenidos, se pudo extraer que todos los mencionados, recibieron intervenciones en AVD. Seguido a esto, cuatro pacientes recibieron en Ocio y Tiempo Libre. Con respecto a las áreas de AIVD, Trabajo y Participación Social se evidenció que, en cada área, dos pacientes recibieron intervención. En Descanso y sueño solo un paciente. Mientras que en Educación no se registraron intervenciones. Estos resultados se expresan a continuación en el Gráfico 9:





Algunas de las intervenciones en ocupaciones mencionadas por los profesionales de Terapia Ocupacional, que dan cuenta del presente foco de intervención, fueron las siguientes:

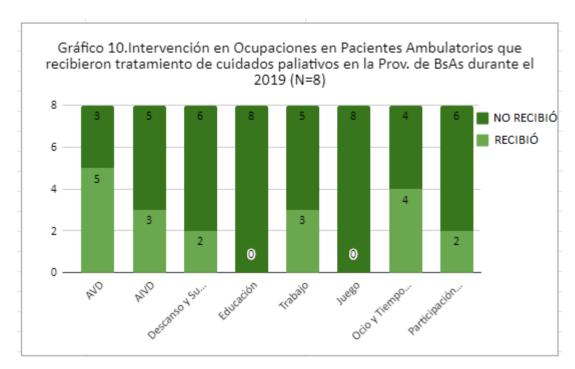
	Foco de Intervención OCUPACIONES en Pacientes Internados				
	Movilidad Funcional-	"tratamos de trabajar en la habitación como para que lo pueda utilizar para deambular "			
	transferencias-	"Yo estaba entrenando con ella las transferencias de la silla a un banco de transferencias para entrar a la ducha "			
AVD	Vestirse	"usamos una adaptación para ponerse las medias "			
		"empezamos a trabajar con la identificación de algunos objetos para que él se pueda desempeñar en actividades cotidianas como higiene menor, alimentación"			
	Deglutir/comer; Alimentación; Ir al baño e higiene en el inodoro	"que la paciente, dentro de sus posibilidades, pueda levantarse, ir al baño, comer, con la mínima ayuda posible"			

	Movilidad funcional- ambulación funcional y transportar objetos-	"maximizar los movimientos y minimizar la energíaal baño llévate todo, no te olvides nada porque antes iba de la habitación al baño cinco veces y ya después quedaba cansada"			
		"poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos; mis sesiones eran planificar una actividad lúdica de interés para los chicos"			
Ocio y Tiempo Libre	l Participación en el oció l	on en el ocio "en su tiempo libre se trabajaba para que disfrute, algo recreativo"			
		"en los momentos que él quiere se le pasa alguna película con alguna computadora"			
AIVD	Uso de la gestión financiera	" internet, homebanking , eso ahora lo empecé a trabajar, entonces trabajamos en delegar las AIVD"			
Trabajo Rendimiento en el trabajo		"si ella no está muy estresada también le permitimos que se lleve su computadora, porque ella hace el trabajo desde ahí"			
Participación Social	Participación con amigos	"También que pueda salir de la casa, que pueda participar de reuniones sociales con las amigas"			
Descanso y Sueño	Descansar	"se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal "			

Vale aclarar, el paciente que no recibe intervención en este foco es debido a que "con ella no porque toma distinta la sugerencia, toma más la actividad, evidenciar directo con la ocupación evidencia perdida".

Pacientes Ambulatorios

Todos los pacientes ambulatorios recibieron intervención en el foco ocupaciones. De todos los datos se pudo detectar que cinco recibieron intervenciones en AVD, cuatro en Ocio y Tiempo Libre, tres en AIVD y en Trabajo y dos en Participación Social y en Descanso y sueño. Mientras que en Educación no se registraron intervenciones. Estos resultados se ven reflejados en el Gráfico 10:



Los aspectos cualitativos presentes en los discursos de los Terapeutas Ocupacionales que hacen referencia a las intervenciones en ocupaciones fueron los siguientes:

	Foco de Intervención OCUPACIONES en Pacientes Ambulatorios				
	Ir al baño e higiene en el inodoro -manejo de cateterismo, control de necesidades de continencia y manejo de vejiga-	"AVD de autosondaje independiente se trabajó mucho y este paciente también usa pañal tipo apósito para mantener higiene a partir de esto, se trabajaron pautas para anticipar la evacuación " "trabajamos un poco sobre el uso correcto de este dispositivo de asistencia para la marcha , regulamos la altura porque el vino con hombros elevados"			
AVD	Movilidad Funcional	"tabla de transferencias que se coloca sobre la bañadera. Así que bueno, se le explica al paciente como podría ser la utilizaciónre contento de que se podía volver a bañar en la ducha"			
		"también le brinde sugerencias para las transferencias en cama "			
	Bañarse/Ducharse	" ducha para que solamente sea supervisión y no asistencia física"			
Ocio y Tiempo Libre	Participación en el ocio	"programamos 3 veces por semana con una chica de pintura porque a ella le gusta mucho pintarir incorporando actividades y que no pase todo el día			

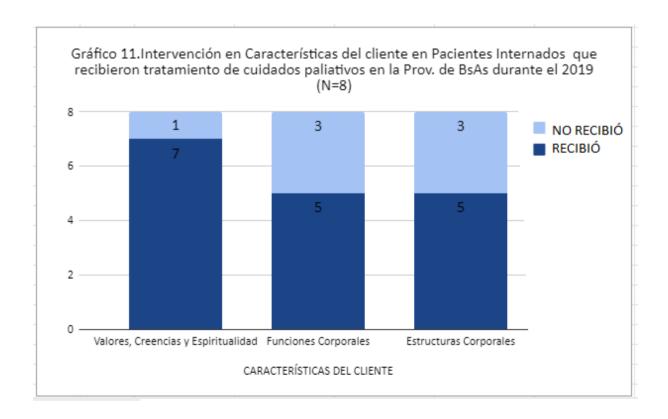
	tirada en la cama esperando la visita de algún familiar"
	"darle lugar a actividades de ocio y tiempo libretrabajar con la esposa ya que guiaba el grupo familiar: los fines de semana poder hacer una salida juntos, ir a una plaza, armar un plan entre todos que sea de esparcimiento"
	"ella antes tejía así lo que se trabajó es un poquito en eso no estar tan pendiente de la fístula, de la bolsita, del desastre de su casa así que bueno, volvió a tejer "
Exploración en el ocio- identificar intereses, oportunidades y actividades de ocio apropiadas	"el paciente se aburría , buscamos una ocupación , antes lustraba cosas de bronce de su ex negocio de platería, ahora es de su hijala esposa le preparó todoCuando voy la próxima semana, estaba levantado en la cocina lustrando los veladores de bronce y las cosas que tenía de bronce"
Compras	"se intervino para que planee las comidas que iba a hacer y arme una lista de compras con todo lo que pueda llegar a necesitar y salga solo una vez a realizar las compras"
Gestión de la comunicación	"Ella mostró desde siempre una prioridad para aprender a manejar el celularentonces le explico"
onducir v movilidad en	"tiene un señor acompañante así que empieza a hacer salidas a la comunidad"
la comunidad	"ahí seguimos laburando que pueda hacer, ya que le gusta tanto salir y tiene este acompañante, que pueda ir al negocio, a darse una vueltita "
	"armaron un microemprendimiento de venta de comida en su casa, y nosotras trabajamos qué actividades podría hacer él en esta nueva dinámica"
endimiento en el trabajo	"abordé bastante el tema laboral que es la inquietud más grande que él tieneporque no podía ir a su oficinay le adapté todo para que él pueda hacer todo desde la silla de ruedas"
Participación en la comunidad	"en estas visitas al negocio se encuentra con los vecinos del barrio y sus ex clientes "
	identificar intereses, oportunidades y actividades de ocio apropiadas Compras Gestión de la comunicación onducir y movilidad en la comunidad endimiento en el trabajo Participación en la

	Participación	"le da vergüenza que lo veanque no sea solo la visita desde el cuidado de este medio hermano y la hija, sino favorecer otro tipo de participación empezamos a indagar actividades de interés, qué es lo que le gusta para que pueda participar de forma activa"
	Descansar	"favorecer los tiempos de descanso adoptar inmediatamente descansos"
Descanso y Sueño	Preparación para el sueño-meditación u oraciones-	"los ataques de pánico eran de nochebuscar recursos internos más allá de la pastillita, el lorazepam que tenía en la mesita de luz, que otro recurso le servía, ella era muy creyente y le tranquilizaba rezar, pasa que a veces podía y a veces no, depende de la intensidad del ataque de pánico."

Foco de intervención CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE

Pacientes Internados

Todos los pacientes recibieron al menos una o más intervenciones en el foco características del cliente. Se observó que siete de ellos, recibió intervenciones en valores, creencias y espiritualidad, cinco en funciones corporales y cinco también en estructuras corporales. El gráfico que se presenta a continuación, Gráfico 11, expresa estos valores:



Los fragmentos para dar cuenta de estos valores fueron descriptos en el siguiente cuadro:

Foco de Inte	rvención CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE en Pacientes Internados
	"bueno después obviamente que trabajamos todo lo que es espiritualidad, porque la paciente se angustia mucho"
Valores, Creencias y Espiritualidad	" lo que tienen los cuidados paliativos es esto de ir acompañando el proceso de duelo, acompañar y respetar también los momentos del paciente"
	"Siempre va primero la persona, con quién me encuentro, eso es re importante la escucha atenta y ver a quién tengo enfrente: si la persona está abierta, si está cerrada, saber qué le gusta, que hace"
	"Mi tratamiento es individualizado y acorde a lo que cada paciente trae, a sus necesidades"
	"Primero conocer las características del cliente, eso es como saber quién es, qué le está pasando, quién fue en la vida, cómo reacciona ante situaciones adversas, osea necesito saber con qué recursos este paciente cuenta para ver a qué va a adherir y a que no"
	"Las intervenciones son para el dolor y para que solo pueda sentarse, ya que esta paciente no va a caminar más. Le brindó sugerencias, ejercicios para disminuir dolor, o estrategias de termoterapia, vendaje, taping, almohadillas, control de síntomas para su debilidad, estrategias de conservación de energía"
Funciones y	"los cuidados posturales, control postural en cama, los cuidados del hemicuerpo pléjico, todos los cuidados del linfedema, las posiciones, los ejercicios para evitar que el brazo se edematice"
Estructuras Corporales	"Lo que hago hoy en día con esta paciente es movilización pasiva de su hemicuerpo pléjico, también ejercicios de relajación porque la ayuda muchoTambién a esta paciente le hice una férula de reposo ante braquio crural para un posicionamiento funcional de su mano"
	"Las primeras intervenciones que se realizaron desde el área apuntaron a favorecer los cuidados posturales en cama"
	"lo convencimos de que la sedestación era importantepero el poquito tiempo que tolera lo sedestamos"

"...que se buscó también es el **confort**, todo lo que es el **equipamiento** para la cama..."

Pacientes Ambulatorios

Todos recibieron al menos una o más intervenciones en el foco características del cliente. Los mismos, es decir los ocho pacientes, recibieron intervenciones en valores, creencias y espiritualidad. En relación a funciones corporales, tres de ellos recibieron intervenciones y tres en estructuras corporales. El Gráfico 12 que se presenta a continuación, expresa estos valores:

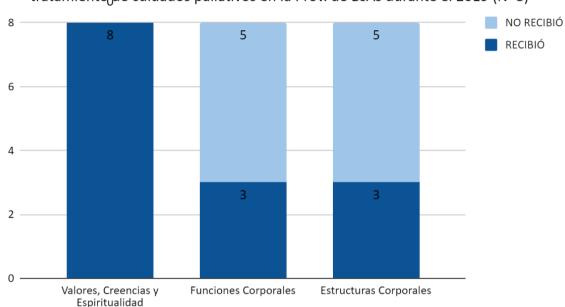


Gráfico 12. Características del cliente en Pacientes Ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8)

Los aspectos del discurso de las terapeutas ocupacionales que dan cuenta de la presencia de este foco de intervención son los siguientes:

Foco de Interv	Foco de Intervención CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE en Pacientes Ambulatorios		
	"La persona es lo primero que tengo en cuenta , quién tengo		
	enfrente, su personalidad , su historia entender que esta		
Valores, Creencias	paciente era profesora de historia medieval con todo lo que eso		
y Espiritualidad	implica para después planificar las intervenciones"		
	"hay un plan específico acorde a valores, creencias , modelos, o sea qué es lo que ese paciente quiere , qué es lo <i>importante</i> para él"		

	"prima mucho el aspecto emocional , el momento de la
	"Como el dolor interfiere en las actividades diarias, primero lo que
	hicimos fue trabajar en el control del dolor "
	"Yo en el consultorio al principio hacía más lo que es termoterapia, vibración, elongación poder movilizar para que después, al final de la sesión, pueda subirse la pierna solo y se ponga la media y la zapatilla"
Funciones y Estructuras Corporales	"ahora estamos trabajando toda esta cuestión con el tema de las movilizaciones , con el tema de que él pueda acostumbrarse a esta nueva falta de, o incapacidad"
	"No podía dormir por el dolor, no se podía acostar porque no podía apoyar la pierna, entonces empezamos a trabajar con la esposa - que era quien lo acompañaba- sobre las posiciones que él podía adoptar para dormir"
	"Trabajamos con lo que es la debilidad muscular, la hipotonía, astenia "

Foco de Intervención DESTREZAS DE EJECUCIÓN

Pacientes Internados

Se evidenció que tres pacientes reciben intervenciones en el foco destrezas de ejecución, específicamente en destrezas motoras. Mientras que en destrezas de procesamiento y de interacción social no se registraron intervenciones. Gráfico 13

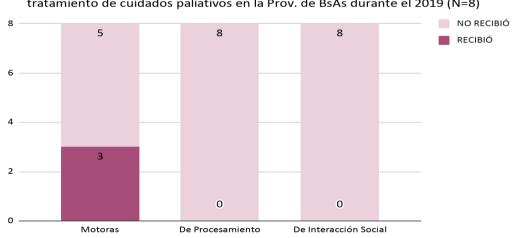


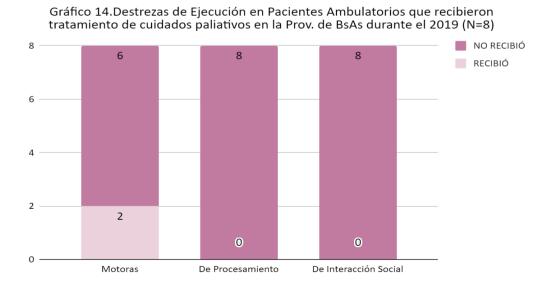
Gráfico 13. Destrezas de Ejecución en Pacientes Internados que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8)

Los relatos identificados de las terapeutas ocupacionales acerca de las intervenciones realizadas fueron los siguientes:

Foco de Interv	Foco de Intervención DESTREZAS DE EJECUCIÓN en Pacientes Internados					
	Alinear	"Las primeras intervenciones que se realizaron desde el área apuntaron a favorecer los cuidados posturales en cama, más que nada la alineación y confort."				
Destrezas Motoras	Apretar y Calibrar	"más que nada realizar ejercicios para favorecer habilidades gráficas, ya que este paciente refería dificultad para la escritura y angustia por pérdida de su letraes decir en cómo agarraba el lápiz, o cuánta fuerza hacía para escribir"				
	Alinear y Posicionar	trabajamosla correcta postura, alineación no se buscaba que lo haga perfecto sino que se veía "¿cómo estás? ¿cómo lo podes hacer?" y bueno, dale hagamos"				

Pacientes Ambulatorios

Dos pacientes recibieron intervención en en foco destrezas de ejecución, específicamente en destrezas motoras. Mientras que en destrezas de procesamiento y de interacción social no se han registrado intervenciones. Gráfico 14



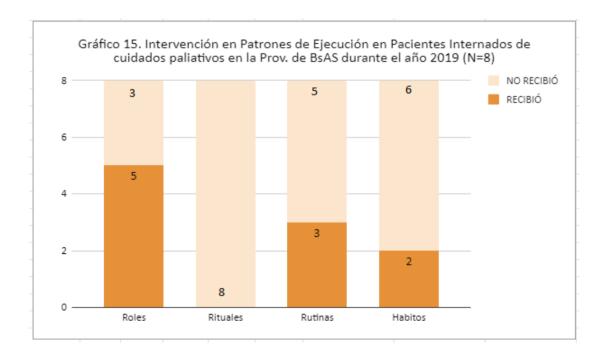
A continuación, se representan las intervenciones realizadas por las terapeutas ocupacionales:

Foco de Intervención DESTREZAS DE EJECUCIÓN en Pacientes Internados		
	Posicionar, Alinear y Estabilizar	"mientras se le aliviaba el dolor pensábamos en ver qué postura adoptar durante el día"
Destrezas Motoras	Alinear	"uso correcto de este dispositivo de asistencia para la marcha, regulamos la altura "
	Posicionar	"trabajar con la esposa que era quien lo acompañaba sobre las posiciones que él podía adoptar para dormir"

Foco de Intervención PATRONES DE EJECUCIÓN

Pacientes Internados

Se evidenció que seis pacientes recibieron intervención en el foco patrones de ejecución. En roles, recibieron cinco pacientes de la muestra, en rutinas tres y en hábitos dos. Mientras que no se registró intervención en los rituales. Gráfico 15.

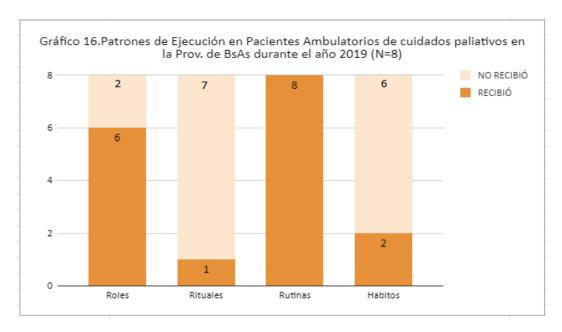


A continuación, se hará referencia de algunos relatos que dan cuenta de este foco de intervención:

"trabajaba mucho más desde lo simbólico, su lugar como integrante de la familia" "es una persona que quiere mantenerse activa, quiere seguir trabajando"también le permitimos que se lleve su computadora, porque ella hace el trabajo desde ahí" "lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos" "en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente" "se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables" "Otro hábito que incorporó son las siestas"	Foco de intervención PATRONES DE EJECUCIÓN en Pacientes Internados		
"es una persona que quiere mantenerse activa, quiere seguir trabajando"también le permitimos que se lleve su computadora, porque ella hace el trabajo desde ahi" "lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos" "en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente" "se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		"trabajaba mucho más desde lo simbólico, su lugar como	
Roles trabajando "también le permitimos que se lleve su computadora, porque ella hace el trabajo desde ahi" "lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos" "en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente" "se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "mero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "mero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "mero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "mero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		integrante de la familia"	
Roles "lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos" "en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente" "se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		"es una persona que quiere mantenerse activa, quiere seguir	
"lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos" "en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente" "se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		trabajando "también le permitimos que se lleve su	
### momentos de encuentro con sus hijos" "en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente" "se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" #################################	Roles	computadora, porque ella hace el trabajo desde ahí"	
"en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente" "se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		"lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente	
"se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		momentos de encuentro con sus hijos"	
"se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		"en cuanto a el rol , sería él como paciente y el derecho que esto	
una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		le implica, sí sería el rol de paciente"	
se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		"se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer	
tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente	
Tiempos y a este paciente le pasó eso" "pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"			
"pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce" "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"			
Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		tiempos y a este paciente le pasó eso"	
Rutinas "se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		"pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte	
"se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"			
horizontal" "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		rejuerce"	
"Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"	Rutinas	"se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso	
digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		horizontal"	
rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		"Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios	
organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza,	
lo podía procesar. "es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda	
donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no	
ejercicios" "bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables"		lo podía procesar. " es por esto que se pactó con ella una rutina	
"bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables ."			
Hábitos saludables"		ejercicios"	
Tidbl(03			
"Otro hábito que incorporó son las siestas "	Hábitos	saludables"	
		"Otro hábito que incorporó son las siestas "	

Pacientes Ambulatorios

Todos los pacientes recibieron al menos una intervención en el foco patrones de ejecución. Se evidencia que todos recibieron intervención en rutinas, seis en roles, dos en hábitos y uno en rituales. Gráfico 16



A continuación, se hará referencia de algunos relatos que dan cuenta de este foco de intervención:

Fo	oco de intervención PATRONES DE EJECUCIÓN en Pacientes Ambulatorios
	"que había dejado de trabajar desde su diagnóstico, no había retomado su trabajo hasta ese momento, de hecho no retomó su trabajo previo, sí hizo otras actividades laborales "
	"porque esta cuestión de volver a su trabajo , aunque sea, el tipo tiene en su oficina, tiene gente que labura con él lo ayudó ehh, en su rol de trabajador "
Dalaa	"antes su ocupación principal era el cuidado del esposo, rol de cuidadora "
Roles	"Él padeció primero la pérdida como rol de trabajador , el rol que ocupaba mayor tiempo en su vida cotidiana" " buscamos la manera de ver cómo adoptar este nuevo rol que para él era tan importante desde otra actividad , en este caso surgió este microemprendimiento"
	"está muy angustiado por su trabajo, porque es arquitecto y bueno abordé bastante el tema laboral" "Adaptamos el escritorio, la computadora, su lugar de trabajo, para que él pueda seguir yendo a trabajar que era lo que más le angustiaba"
Rutinas	"entonces trabajamos sobre eso, su estructuración de la rutina , una rutina que estaba como muy desbalanceada por el dolor" "tratamos de trabajar en esto de adoptar inmediatamente descansos , organizar las actividades"

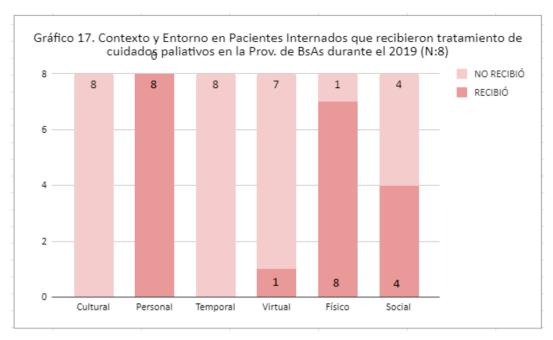
	"pero hacer esto de aunque sea ir un ratito a la oficina, aunque sea dos veces por día"
	"Después se lo incitó a levantarse, que por lo menos haga las cuatro comidas levantado"
	"así que se intervino para que planee las comidas que iba a hacer y arme una lista de compras"
	"Después se lo incitó a levantarse, que por lo menos haga las cuatro comidas levantado "
Hábitos	"así que anota todo lo que come en el desayuno, merienda, cena y si come algo extra y va haciendo un registro para que los médicos también vayan viendo cómo es la alimentación."
Rituales	"en sus ataques de pánico emmm y otra vez, nuevamente en recursos internos más allá de la pastillita el lorazepam que tenía en la mesita de luz, ehhh que otro recurso le servía, ella era muy creyente y le tranquilizaba rezar "

Foco de Intervención CONTEXTO Y ENTORNO

Cabe aclarar que el *contexto personal* siempre estuvo presente en las intervenciones de los profesionales ya que consiste en las características del individuo que no forman parte de su condición o estado de salud, es decir, edad, género, estatus socioeconómico, nivel educativo, etc. (Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, 3ª edición, 2014).

Pacientes Internados

Todos los pacientes recibieron al menos una intervención en el foco contexto y entorno. Como se mencionó anteriormente, todos recibieron intervenciones en contexto personal ya que es una característica inherente a cada individuo. Siete pacientes recibieron en el entorno físico, cuatro en el entorno social y uno en el contexto virtual. No se detectaron intervenciones en contexto temporal ni en contexto cultural. Gráfico 17



Los relatos de los terapeutas ocupacionales que hacen referencia a intervenciones en contexto y entorno en pacientes internados fueron los siguientes:

Foco de intervención CONTEXTO Y ENTORNO en Pacientes Internados		
	"Yo tengo una bolsita de agua caliente chiquita, le di yo una mia porque ella no tenia de donde calentares una paciente con bajos recursos"	
Contexto Personal	"Es una paciente mayor , por lo tanto, hasta ese momento no manejaba cuestiones de internet, homebanking, eso ahora lo empecé a trabajar"	
	" ella era una jubilada, y se trabajó con esta condición , porque ahora tenía más tiempo a causa de la jubilación"	
Entorno Físico	"En cuanto a trabajo pusimos un atril para que ella esté más cómoda con la computadora …"	
	"a la hora de trabajar con la mesa del hospital, con un atril , para cuidar también su postura"	
	"Adaptamos los cubiertos y algunos elementos de higiene como el cepillo de dientes" "Sugerimos algunas adaptaciones ambientales, cambiamos la cocina"	
	"terminó redundando en su temor a morir ahogado. Desde TO fue la postura, tener el llamador a mano para pedir rescate "	
	"adaptaciones para las AVD por dificultades referidas, barral para la cama."	

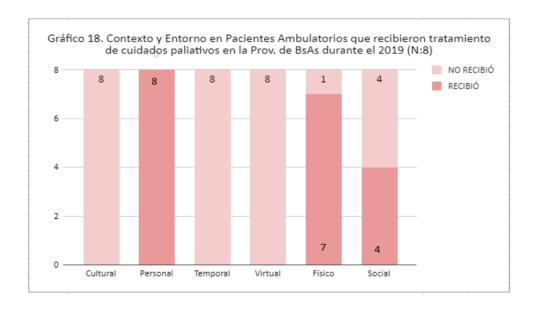
	chicos donde no los podía vestir, ni bañarlos; pero podía poner
	límites porque era la mamá era muy cognitiva, así que se
	encargaba de corregir las tareas escolares y establecer los límites.
	Trabajé mucho el rol de ella como mamá y cómo fue cambiando
Entorno Social	y en proporcionar los momentos de juego con sus hijos"
	(expectativas de las personas importantes,hijos, expectativas de
	rol y rutinas sociales)
	"pero con el novio había que trabajar un montón en cuanto a la

"...pero con el novio había que trabajar un montón en cuanto a la asistencia de ella...los hermanos no sabían y eso también recargaba un montón al novio asique trabajamos mucho con él"

"...también hubo un momento sobre su participación con los

Pacientes Ambulatorios:

Todos los pacientes recibieron intervenciones en el foco contexto y entorno. De igual manera que en pacientes internados, todos los pacientes ambulatorios recibieron intervención en el contexto personal debido a que éste representa las características inherentes a cada persona. Para agregar, se pudo contemplar que los datos fueron los siguientes: siete recibieron en el entorno físico y cuatro en el entorno social y uno en el contexto virtual. Mientras que no se detectaron intervenciones en el contexto virtual, cultural y temporal. Gráfico 18:



Algunos de los fragmentos mencionados por los terapeutas ocupacionales acerca de las intervenciones realizadas en pacientes ambulatorios fueron los siguientes:

Fo	co de intervención CONTEXTO Y ENTORNO en Pacientes Ambulatorios
Contexto Personal	"yo le pase contactos, que eso también fue una intervenciónle hice conexión con XX y se reunieron a hablar, le ofreció un laburo en esto de poder adaptar" (el paciente es herrero y realiza adaptaciones)
	"trabajamos también con este paciente el tema de las adaptaciones y todo lo que es el equipamiento funcional en el baño y en la habitación digamos "También trabajamos el tema laboral" "Adaptamos el escritorio, la computadora, su lugar de trabajo" Se intervino en tratar de organizar el ambiente, en mejorar la higiene" "desde el equipo consiguió que le pudieran colocar unos calefactores"
Entorno Físico	"se pidió y el hospital le mandó la tabla de transferencias " "entonces lo que hicimos fue armarle una adaptación al teléfono "
	"empezó a bañarse sentada, vimos el tema de donde poner los barrales "
	"en la cama pusimos unas sogas , entonces él se agarra de las sogas y se pasa solo a la silla"
	"también trabajamos con la familia " " los ayudamos todo lo posible para que no se estresen, para que puedan asistir al paciente dentro de las posibilidades que tiene cada uno"
Entorno Social	"Luego de trabajar tantos años en ese lugar y ahora hace como más de 8 meses que no va, volver al negocio, ver y sentir lo que él antes hacía, encontrarse con los vecinos del barrio y sus ex clientes le va a hacer bien"
	"empezamos a trabajar con la esposa que era quien lo acompañaba sobre las posiciones que él podía adoptar para dormir"

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del siguiente apartado, se hará una invitación al lector a realizar un recorrido por las diferentes temáticas abordadas a lo largo de la presente investigación con sus respectivas conclusiones. La misma tuvo como objetivo explorar las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019.

Como se mencionó en el planteamiento del problema científico, la pregunta que guió el presente trabajo fue: ¿Cuáles son las características de las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamiento de cuidados paliativos en la provincia de Buenos Aires durante el año 2019? Para responder a este interrogante, primero fue necesario caracterizar la muestra de Terapeutas Ocupacionales. En segundo lugar, se realizó una caracterización de los pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos y, por último, se caracterizaron las intervenciones propiamente dichas.

A continuación, serán detalladas las relaciones entre los resultados obtenidos y las apreciaciones, reflexiones y conclusiones a los que hemos llegado durante este proceso de investigación:

Características de la muestra de Terapeutas Ocupacionales

Con respecto a las *características de la muestra de TO's*, se incluyeron seis terapeutas ocupacionales con una media de 33,8 años de edad. Los resultados acerca de las instancias de formación realizadas reflejaron que todas ellas han tenido alguna instancia de formación específica en el área de cuidados paliativos, lo cual se corresponde con la experiencia con la que cuentan en el área. Además, todas las personas entrevistadas estuvieron de acuerdo y manifestaron la necesidad de que las terapeutas que se dedican a esta área de la salud deben recibir algún tipo de formación adicional específica de cuidados paliativos, ya que refirieron que los conocimientos adquiridos en la facultad eran escasos para poder involucrarse en este campo. Entre los aportes subjetivos, las terapeutas expresaron que era necesario especializarse para obtener herramientas, no solo debido al momento particular de la vida en que se encuentran los pacientes, sino también al impacto que las demandas cotidianas de este tipo de trabajo provocan en ellas y los desafíos internos a los que se enfrentan diariamente.

Considerando los Modelos y Marcos de referencia utilizados, los resultados evidenciaron que gran parte de las profesionales utilizan al menos un Modelo propio de Terapia Ocupacional y un Marco de referencia. Esta situación nos permite entender que sus intervenciones se encuentran atravesadas tanto por la filosofía propia de la profesión, la cual se

centra en una mirada holística, dinámica e integral que considera al ser humano como un ser indivisible, como por las herramientas que les brindan los marcos de referencia biomecánico y rehabilitativo. Cabe destacar que en los discursos se vio reflejado que las profesionales utilizan una 'mezcla' de modelos y marcos de referencia durante su práctica profesional, ya que el objetivo de sus intervenciones está enfocado en brindar estrategias y recursos para cubrir todas las necesidades de los pacientes. Por consiguiente, teniendo en cuenta la mirada reflejada por las terapeutas acerca de sus intervenciones, se puede mencionar que durante el trabajo de campo se llegó a la conclusión de que la participación activa de la persona es fundamental en la intervención de Terapia Ocupacional. En las entrevistas las Terapeutas Ocupacionales expresaron que en el área de cuidados paliativos la mirada está íntimamente ligada al momento particular en el que se encuentra el paciente, y las acciones que realizan son en base a las necesidades y prioridades que desea la persona en ese momento de su vida.

A modo de cierre de los resultados expresados con anterioridad, es menester mencionar que la mayoría de las terapeutas entrevistadas se encuentran hace pocos años desempeñándose en este campo de la salud. Esto refleja que la antigüedad en el área de cuidados paliativos y nuestro papel como profesionales en este campo es muy reciente, y es aquí donde se puede retomar lo planteado en el apartado de relevancia y justificación. En el mismo, expresamos que este trabajo ayuda a ampliar el conocimiento existente acerca de las intervenciones en pacientes que reciben tratamiento de cuidados paliativos y a caracterizar estas intervenciones. Esto es sumamente relevante para seguir aportando a este camino que se continúa abriendo, dando a conocer los aportes que la profesión de Terapia Ocupacional tiene para brindar en esta área.

Características de la muestra de pacientes internados y ambulatorios

El número de pacientes incluidos en la muestra fue de un total de 16 pacientes, 8 internados y 8 ambulatorios.

En cuanto al diagnóstico, la mayoría de ellos presentó enfermedades oncológicas. Teniendo en cuenta este aspecto, una variable fue la influencia del tratamiento oncológico en las intervenciones de TO. Los resultados reflejaron que en la mayoría de los pacientes al recibir tratamiento oncológico fue relevante a la hora de plantear objetivos y planificar las intervenciones y actividades de cada sesión. Las conclusiones que se pueden obtener a partir de estos resultados es que las profesionales consideran las características y necesidades de los pacientes ya que el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos se realiza de manera horizontal y simultánea, teniendo en cuenta todos los aspectos que involucran el bienestar de la persona y su calidad de vida.

Otra variable que se analizó fue la coincidencia de comienzo de tratamiento en terapia ocupacional y cuidados paliativos (cruce entre "Inicio de tratamiento de cuidados paliativos" e "inicio de tratamiento de Terapia Ocupacional"), en base a los resultados reflejados a partir de estos datos se obtuvo como conclusión que la mayoría de los pacientes iniciaron TO al mismo tiempo que ingresaron al servicio de cuidados paliativos. Esta situación da cuenta de que la disciplina actualmente está adquiriendo cada vez un lugar de mayor importancia en los equipos de esta área y relacionado a esto es relevante destacar que los profesionales de Terapia Ocupacional hablaron de la importancia del trabajo interdisciplinario y en equipo durante sus intervenciones. Así mismo, en la relevancia y justificación de esta investigación, se mencionó el concepto del trabajo interdisciplinario, el cual implica un "pensar juntos" que trae consigo la idea de una modificación mutua entre las distintas profesiones. A su vez, cuando se realiza el recorrido histórico de los cuidados paliativos en el marco teórico, se define a los cuidados paliativos como una práctica basada en la intervención de un equipo interdisciplinario, integrando el trabajo de diversos profesionales de la salud (Del Río y Palma, 2007).

Características de las intervenciones de Terapia Ocupacional

Durante el rastreo bibliográfico se pudo encontrar que algunos autores describen intervenciones de Terapia Ocupacional y las relacionan con promover el bienestar del paciente terminal en el final de la vida (Pavón y Catalá, 2010); éstos sostienen que la actividad ocupacional es lo primero que se compromete o se ve afectado durante el transcurso de una enfermedad y, ante esta situación, la Terapia Ocupacional se pone al servicio de la persona para adaptar su vida a medida que los déficits de su enfermedad se vayan instaurando.

En lo que respecta a los resultados obtenidos acerca de las intervenciones de terapia ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019, se puede mencionar lo siguiente:

Teniendo en cuenta la cantidad de veces por semana que el paciente recibe tratamiento de TO, las terapeutas ocupacionales coincidían -en su mayoría- acerca del número de sesiones que los pacientes recibían semanalmente. Algunas de ellas expresaron que las mismas dependen siempre de las necesidades y demandas de los mismos, y que muchas veces las sesiones deben suspenderse debido al estado de ánimo de los pacientes y el momento particular en el que se encuentra. Como reflexión, se puede apreciar que la disciplina suele ser flexible en esta área, moldeándose a lo que el paciente necesita y trabajando siempre en conjunto con la familia, su contexto social y las posibilidades del hacer ocupacional con la que cuenta la persona en dicho momento. En relación a lo antedicho, se pueden mencionar también los resultados obtenidos

acerca de la duración de estas sesiones. Las terapeutas coincidían cuando hablaban del tiempo transcurrido en cada sesión, ya que las mismas dependen siempre de las necesidades del paciente y de su estado general. Las intervenciones en esta área están atravesadas por la subjetividad tanto de los pacientes como de los profesionales, por lo que no se pudo establecer una diferencia en cuanto a la frecuencia y duración de la sesión de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios ya que un porcentaje notablemente alto de los profesionales resaltaron que no había nada estipulado en ello y que esto solía variar cada día.

Focos de intervención

Las conclusiones que se desarrollan a continuación son múltiples y variadas, y reflejan aspectos importantes a destacar de las intervenciones con el objetivo de lucir los resultados obtenidos durante el proceso de investigación.

Para comenzar, es pertinente mencionar que los supuestos planteados en este trabajo establecieron una diferencia entre las intervenciones que se realizan en pacientes internados y en pacientes ambulatorios. Los mismos sostuvieron que las intervenciones realizadas en las pacientes internadas tienen un mayor predominio en la intervención con foco en las características de la persona, específicamente en Valores, Creencias y Espiritualidad; Funciones y Estructuras Corporales. Mientras que para los pacientes ambulatorios supusimos que las intervenciones de TO tendrían predominio en la intervención con foco en: ocupaciones, específicamente en Actividades de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Participación Social. A su vez, se centran en Destrezas de Ejecución y Patrones de ejecución.

A lo largo de esta investigación fuimos descubriendo que en el área de cuidados paliativos se realizan intervenciones en todos los aspectos de forma simultánea, teniendo siempre en cuenta el momento del paciente y las necesidades que él mismo considera relevantes o prioritarias. Siguiendo esta línea, se puede decir que no es únicamente la condición de internado o ambulatorio del paciente lo que guía la intervención, sino que se considera que las intervenciones también están atravesadas por un por un sinfín de condiciones, entre las cuales se pueden mencionar el estado de ánimo en el que se encuentra el paciente a la hora de recibir dicha terapia, si ha recibido algún tipo de tratamiento oncológico que haya afectado en su estado físico y/o anímico, si se encuentra motivado o con actitudes positivas para enfrentar el momento de su vida, entre otras. Cabe aclarar que estas condiciones son muy variadas debido a la diversidad de personas que existen, ya que cada individuo tiene su historia ocupacional, su historia de enfermedad y una actitud diferente para enfrentar dicho momento. Es por todo esto que los profesionales consideran todos aquellos aspectos a la hora de plantear sus intervenciones.

Partiendo de lo mencionado anteriormente, podemos inferir que en cuidados paliativos las profesionales manifestaron en sus discursos que no se puede estipular ni dividir el foco de intervención que prevalece en cada población, porque esto dependerá de cada paciente y lo que este trae consigo: si cuenta o no con una familia que lo contenga y apoye, su situación económica, el lugar donde reside, su actitud frente a la muerte, sus creencias respecto de la misma, sus habilidades y condiciones físicas, su estado anímico, si se encuentra en actividad laboral o en condición de estudiante, su estado cognitivo y cuán consciente es de lo que le está sucediendo. A su vez, la persona que se encuentra cursando una enfermedad terminal atraviesa una situación compleja que aborda múltiples aspectos a considerar, es por esto que no resulta fácil intervenir en un foco dejando a los otros de lado; porque cuando damos cuenta de lo que esa intervención significaba en ese paciente en particular, también entendíamos que para trabajar sobre ese foco era necesario trabajar en conjunto con otros.

Los discursos de las Terapeutas Ocupacionales reflejaron esta cuestión durante las entrevistas realizadas, ya que manifestaron casi imposible dividir sus intervenciones, entendiendo al ser humano como un todo indivisible y al proceso de intervención de la misma manera; más aún en el área de cuidados paliativos que entiende a la disciplina y a los pacientes desde una mirada holística. Esto se relaciona con lo descrito en párrafos anteriores en cuanto a los modelos y marcos de referencia que guían la intervención de los teraputas entrevistadas, los mismos fueron desarrollados en la caracterización de los profesionales de TO.

Algunos de los resultados obtenidos en el foco ocupaciones reflejan que, de los 16 pacientes, se realizaron intervenciones en ocupaciones en 7 pacientes internados y en 8 pacientes ambulatorios. En ambas poblaciones, las intervenciones que más se repitieron fueron en movilidad funcional, específicamente en transferencias. A partir de estos datos se puede decir que esta coincidencia demuestra que no existen grandes diferencias en ambos tipos de pacientes. Sin embargo, una conclusión que puede surgir a partir de los datos obtenidos es que en pacientes internados los terapeutas trabajan más con la persona para que delegue algunas actividades y que acepte la situación en la que se encuentra. En cambio, en ambulatorios, las intervenciones están más centradas en la participación de la persona en la actividad. A partir de estos resultados, se podría decir que en las dos poblaciones se interviene por igual en los focos, es decir, se tienen en cuenta los mismos aspectos y que la intervención en cada uno de ellos dependerá de las necesidades que cada paciente manifieste. La diferencia radicó en el grado en que los pacientes internados y ambulatorios participaron en sus ocupaciones, con los primeros se trabajó en delegar ciertos aspectos ocupacionales a terceros que casi siempre se encontraban en la institución en la cual se estaban internados, mientras que los pacientes ambulatorios, debido a sus condiciones, se involucraron en mayor medida a las mismas, pero en esto radica

la diferencia, en el grado de complejidad con el que realizaban las ocupaciones y no en los aspectos en los cuales se intervino.

Por otra parte, en pacientes ambulatorios también se observaron intervenciones destinadas a un tercero (cuidador de la persona, pareja, hijos, etc) éstas estuvieron orientadas a brindar estrategias para la realización de actividades que el paciente no podía realizar por sí mismo, educar sobre posicionamientos o formas de organizar las rutinas y roles de la persona, entre otras.

En muchos discursos las profesionales mencionaron múltiples focos de intervención y resultó muy difícil separarlos ya que en la práctica profesional se manifiestan de forma simultánea y, en muchas ocasiones, estas intervenciones son indivisibles.

A partir de este trabajo de investigación, llegamos a la conclusión de que las intervenciones en esta área son integrales en varios aspectos ya que en medicina paliativa existe un modelo propio del campo de cuidados paliativos que es el modelo holístico, el cual habla de la intervención en forma transdisciplinaria para abarcar las múltiples necesidades de las personas y establece la importancia de abordar al paciente desde varias disciplinas.

Luego de realizar este amplio recorrido, podemos decir que no existe un camino a seguir que guíe las intervenciones de Terapia Ocupacional que marque una diferencia significativa entre la población que se encuentra internada y la población que se encuentra recibiendo tratamiento en forma ambulatoria. Si bien se ha observado, a partir del discurso de las Terapeutas Ocupacionales, que en muchos casos lo primero que se aborda cuando un paciente llega al servicio de Terapia Ocupacional es el tema del dolor, hay que tener en cuenta que cuando se habla de dolor en cuidados paliativos no se engloba al dolor en cuanto a las funciones corporales dentro de las características del cliente, definidas en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional; el dolor para esta área es uno de los conceptos primordiales introducido por Cicely Saunders, quien define el concepto de *dolor total*, el cual no solo refiere al dolor físico, sino que además incluye al dolor social, emocional, espiritual. Entonces, se puede decir que no siempre que se está interviniendo en el dolor del paciente se está interviniendo sobre las funciones del mismo, esto será propio y personal de cada ser humano y de lo que aquel dolor represente en él.

Cabe destacar una frase que dicha autora expresó en relación a los cuidados paliativos: "Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad". (Cicely Saunders, 2005).

Como se mencionó en el planteamiento del problema científico, Elmescany y Barros (2015) hacen principal énfasis en las actividades significativas de los pacientes, para que puedan

vivir con sentido, realizar sus proyectos de vida y morir con dignidad. En línea con los principios de los cuidados paliativos y en relación a lo mencionado anteriormente, la Terapia Ocupacional ayuda al individuo a vivir lo más activamente posible hasta su muerte. Durante el trabajo de campo esto se ha notado de manera significativa, ya que no se han evidenciado diferencias notables en las intervenciones de los pacientes que se encuentran internados y de los que se encuentran en la modalidad ambulatoria, más bien lo que ha guiado las intervenciones de los Terapeutas Ocupacionales han sido los mismos pacientes y, como mencionan estos autores, lo que ellos consideran como actividades significativas.

Como conclusión es pertinente agregar unos breves relatos de las terapeutas ocupacionales acerca de sus creencias sobre cuidados paliativos y sus intervenciones:

"Yo creo que en paliativos es difícil pensar en algo muy compartimental por el estilo de abordaje, vamos a la trascendencia, vamos a lo realmente importante, priorizamos... No intervenimos en todo en esa etapa de la vida... hay un plan específico acorde a valores, creencias, modelos; o sea qué es lo que ese paciente quiere, qué es lo importante para él"

"Yo intervengo en todo, en simultáneo, pero siempre mi prioridad va a ser la ocupación, digamos el objetivo último es eso. Lo que pasa es que vivimos asociando la ocupación a algo que tenga que ver con el hacer, con la capacidad funcional; y la ocupación tiene que ver con la identidad, tiene que ver con quién soy, cómo soy, qué hago, cuál es mi proyecto de vida, ósea la ocupación es mi identidad, es quién soy yo entonces no hay manera de rescindirlo, lo podés rescindir, pero la realidad es que si no ¿qué te diferencia de un kinesiólogo?

Para finalizar con este apartado y como conclusión final, el recorrido que implicó el presente trabajo de investigación nos dio una mirada amplia de lo que significan las intervenciones de Terapia Ocupacional en el área de cuidados paliativos. Las mismas se rigen desde una mirada holística del ser humano y piensan al mismo como a un ser activo e indivisible, lo consideran como sujeto de derechos, dándole un lugar en el tratamiento que lo ubica primero: primero el paciente y sus necesidades; el paciente y sus preocupaciones; el paciente y su familia; es decir que los Terapeutas Ocupacionales deben correrse de lo que ellos consideran óptimo para aquella persona, porque es el paciente quien guía la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- American Occupational Therapy Association. (1986). Occupational therapy and hospice (position paper). *American Journal of Occupational Therapy*, 40, 839-840.
 Disponible en: http://dx.doi.org/10.5014/ajot.40.12.839
- AOTA. Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, 3ª edición.*
- Argentina. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA); Ministerio de Salud;
 Dirección General de Regulación y Fiscalización; y Dirección de Capacitación
 Profesional y Técnica (2006). Programa Docente de Residencia Post-Básica
 Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos. Disponible en:
 https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/prog_cuidpal_0.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud (2016). Resolución 357/2016 "Directrices de organización y funcionamiento en cuidados paliativos". Disponible en: http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26683
- Barbagallo, S., González, A., Martínez Bottani, C., y Silva, M. (2007) *Internación Domiciliaria: Herramienta de la Auditoría Médica*. Hospital Alemán, Argentina.
 Disponible en: http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Internaciondomiciliaria.pdf
- Bertolino, M. (2011). Desafíos en Argentina en Cuidados Paliativos. En M. Martí & G. De Simone, Medicina y Cuidados Paliativos. Actas del Simposio Internacional sobre Cuidados Paliativos realizado por la Fundación Alberto J. Roemmers el día 11 de Mayo de 2011 en el Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina (Pág. 127-133). Buenos Aires. Disponible en: https://www.roemmers.com.ar/sites/default/files/Medicina%20y%20Cuidados%20Paliativos.pdf

- Bottinelli, M.M. y Cols. (2003). Metodología de la Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. 1º Edición. Buenos Aires. Grafika Hels.
- Briceño, C. (2011). Reflexiones en torno al razonamiento bioético en cuidados paliativos. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 11(2), Pág. 34 46. doi:10.5354/0719-5346.2011.17777
- Brown, C. (2011). Modelos ecológicos en terapia ocupacional. Capítulo 43. En Crepeau,
 E., Cohn, E., y Boytsch, B., Willard & Spackman Terapia ocupacional. 11^a ed., (Pág. 435-445). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Corregidor Sánchez, A., y Ávila Tato, R. (2010). Terapia Ocupacional en cuidados paliativos: ocupar antes de morir. *Revista De Terapia Ocupacional Galicia*, 7(3), 185-213. Disponible en: http://www.revistatog.com/mono/num3/paliativos.pdf
- De Antueno, P., y Silberberg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Persona Y Bioética*, 22(2), 367-380. doi: 10.5294/pebi.2018.22.2.12
- Del Río, M., y Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: Historia y Desarrollo. Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile, 32(1), 16-22.
 Disponible en: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf
- Dige, M. (2009). Occupational therapy, professional development, and ethics [Terapia ocupacional, desarrollo profesional y ética]. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 16(2), 88–98.doi:10.1080/11038120802409754
- Elmescany, É., y Barros, M. (2015). Espiritualidade e terapia ocupacional: reflexões em cuidados paliativos [Espiritualidad y Terapia Ocupacional: Reflexiones en Cuidados Paliativos]. Revista Do NUFEN, 7(2), 1-24. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci arttext&pid=S2175-25912015000200002&lng=en&tlng=en

- Filej, B., Breznik, K., Kaučič, B. and Saje, M. (2018). Holistic Model Of Palliative Care in hospital and community nursing: the example of South-Eastern Slovenia [Modelo holístico de cuidados paliativos en enfermería hospitalaria y comunitaria: el ejemplo del sureste de Eslovenia]. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 9(1), 773-780. DOI: 10.15452/CEJNM.2018.09.0004. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323584866 Holistic model of palliative care in hospital and community nursing The example of south-Eastern Slovenia
- Gómez Pavón, J., y Catalá, T. (2010). La Terapia Ocupacional en la atención al final de la vida. Revista De Terapia Ocupacional Galicia, 7(6), 145-160. Disponible en: http://www.revistatog.com/suple/num6/final.pdf
- Hackett, J. (2017). The Importance of Holistic Care at the End of Life [La importancia del Cuidado Holístico al final de la vida]. *Ulster Medical Journal*, 86(2), 143-144. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846001/
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J., Melton, J., y Dobson, E. (2011). El modelo de la ocupación humana. Capítulo 44. En Crepeau, E., Cohn, E., y Boytsch, B., Willard & Spackman Terapia ocupacional. 11ª ed., (Pág. 446-461). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Mercado Padín, R., y Ramírez Ríos, A. (2009) Tipos de intervención y estrategias de intervención: aplicando razonamiento clínico. Revista de Terapia Ocupacional Galicia, 6(10). Disponible en: http://www.revistatog.com/num10/pdfs/aota1.pdf
- Mertehikian, A. (2007). Historia de los Cuidados Paliativos. *MEDPAL*, *Interdisciplina Y Domicilio*, *0*(1), 7-9. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/8450
- Mok, E., Wong, F., y Wong, D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. [El significado de espiritualidad y cuidado espiritual entre los chinos de Hong Kong con enfermedades terminales] *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 360–370. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x

- Nicora, Y. (2010). Terapia ocupacional en el tratamiento del dolor del enfermo terminal.
 MEDPAL, Interdisciplina Y Domicilio, 2 (3), 22-23. Disponible en:
 http://hdl.handle.net/10915/8484
- Organización Mundial de la Salud. OMS definición de cuidados paliativos (2002).
 Disponible en: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
- Padua, J. (1994). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. FCE, Chile, 1994.
- Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C (2012).
 Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston: IAHPC Press.
- Polonio López, B. (2015). Modelos y marcos de referencia utilizados frecuentemente en disfunciones físicas. En *Terapia ocupacional en disfunciones físicas: teoría y* práctica. 2ª ed., (Pág. 11-62). España: Editorial Médica Panamericana
- Rogers, J., y Holm, M. (2011). Proceso Terapia Ocupacional. Capítulo 46. En Crepeau,
 E., Cohn, E., y Boytsch, B., Willard & Spackman Terapia ocupacional. 11^a ed., (Pág. 478-514). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Sabino, C. (1992). El proceso de investigación. Caracas: Panapo
- Samaja, J (2002) Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Colección Temas. Buenos Aires, EUDEBA. Parte 4
- Schejter, V., Selvatici, L., Cegatti, J., De Raco, P., Ugo, F., y Jesiotr, M. (2005).
 Imaginarizar el trabajo interdisciplinario en salud. *Revista Anuario De Investigaciones*,
 13, 195-200. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v13/v13a19.pdf
- Schkade, J., y Schultz, S. (1992). Occupational Adaptation: Toward a Holistic Approach for Contemporary Practice, Part 1 [Adaptación ocupacional: hacia un enfoque holístico

- para la práctica contemporánea, parte 1]. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 829-837. Disponible en: https://ajot.aota.org/Article.aspx?articleid=1875314
- Simó Algado, S., y Urbanowski, R. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño
 Ocupacional I. Revista de Terapia Ocupacional Galicia, 3, 1-27. Disponible en:
 https://www.researchgate.net/publication/26452515_El_modelo_canadiense_del desempeno_ocupacional_I
- Sulmasy, D. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life [Un modelo biopsicosocial-espiritual para el cuidado de pacientes al final de la vida]. *The Gerontologist*, 42(3), 24-33. Disponible en: https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. (1990). Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer: Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos 804. Disponible en: http://www.who.int/iris/handle/10665/41759
- World Federation of Occupational Therapy (2012). About Occupational Therapy. Disponible en: https://www.wfot.org/about-occupational-therapy.
- Ynoub, R. (2009). El diseño de la investigación: una cuestión de estrategia. Material de cátedra. UBA. UNMdP

ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de Consentimiento Informado a las Terapistas Ocupacionales

Por medio de la presente se solicita su autorización para la colaboración de usted en el presente trabajo de investigación, dada su experiencia en el área de Cuidados Paliativos la cual se está desarrollando en dicho trabajo; el mismo se titula: "Intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes internados y ambulatorios que reciben tratamientos de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019", que el equipo de investigación compuesto por: Biana, Pilar; Canil, Valentina; Davico, Mariana está llevando a cabo para presentar como Trabajo Final de Integración para obtener el título de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín.

Si usted accede a participar de dicha investigación se le realizará una entrevista de preguntas abiertas, donde usted podrá omitir alguna respuesta si así lo desea. Además, el grupo de investigación estará presente y dispuesto a responder cualquier duda que pueda surgirle respecto a la investigación.

La participación de dicho estudio es de carácter voluntario, pudiendo además abandonar la investigación cuando lo desee, sin esto causar perjuicios de ningún tipo. La información que usted nos brindará no se usará para ningún otro propósito que el explicado en párrafos anteriores. La misma será de carácter confidencial, utilizando para su decodificación un número de identificación. Se mantendrá el anonimato del entrevistado durante todo el proceso de investigación.

Si tiene dudas sobre este proyecto, podrá realizar preguntas sobre el mismo cuando usted lo necesite. Queda bajo vuestra decisión la elección del espacio en el cual será llevada a cabo la entrevista. Además, se le informa que a tal encuentro concurrirán por lo menos dos de las integrantes del grupo con el fin de poder tomar nota y realizar preguntas pertinentes en caso de creerlo necesario. También usted podrá acudir acompañado si así lo quisiese.

Se le notifica al entrevistado que el encuentro será grabado, la finalidad de esto radica en poder registrar de manera lo más precisa posible la información que allí se vuelque. Lo grabado en dicho encuentro será de uso exclusivamente interno entre las estudiantes que conforman el equipo de investigación.

	Manifestación	del	consentimiento	informad
--	---------------	-----	----------------	----------

Mediante la firma de este documento, yo	con D.N.I
doy mi consentimi	ento para participar en el trabajo de
investigación de las estudiantes Biana, Pilar; Canil,	Valentina; Davico, Mariana; en concepto
del Trabajo Final de Investigación para la Lice	nciatura en Terapia Ocupacional de la
Universidad Nacional de San Martín titulado "Inte	rvenciones de Terapia Ocupacional en
pacientes internados y ambulatorios que reciben	tratamientos de cuidados paliativos en
la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019	,
Entiendo que fui elegido para dicho trabajo p	or ser profesional de Terapia Ocupacional
y estar trabajando actualmente con pacientes que re	ciben tratamiento de cuidados paliativos.
Además, doy fe que estoy participando de manera v	oluntaria y que la información que aporto
es confidencial, por lo tanto, no afectará ni mi persor	na ni mi situación laboral. Además, sé que
la entrevista será grabada y acepto tal situación. A	simismo, sé que puedo abandonar dicha
participación si así lo quisiese.	
Firma	Aclaración
Fecha	

ANEXO II: INFORME VARIACIONES INSTRUMENTO

Inicialmente el instrumento fue una guía para la entrevista dirigida a los terapeutas ocupacionales, que constaba de los siguientes ítems:

- Fecha:
- Nombre del profesional:

PACIENTE INTERNADO

Preguntas:

- 1. ¿Cuál es el sexo y edad del paciente?
- 2. ¿Qué diagnóstico tiene?
- 3. ¿Hace cuánto el paciente se encuentra internado?
- 4. ¿Hace cuánto el paciente recibe tratamiento en cuidados paliativos?
- 5. ¿Recibe algún tratamiento oncológico? ¿Cuál? ¿Se tiene en cuenta este tratamiento en la intervención de Terapia Ocupacional?
- 6. ¿Hace cuánto el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos?
- 7. ¿Cuántas veces por semana el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Cuánto dura la sesión de Terapia Ocupacional?
- 8. ¿Cómo empezó a trabajar con el paciente? ¿En qué aspectos se centran sus intervenciones? ¿A qué se deben? ¿A las necesidades y expectativas del paciente o a las que el terapeuta cree convenientes?
- 9. ¿Fueron cambiando los mismos? ¿En qué trabaja con él actualmente?

PACIENTE AMBULATORIO

Preguntas:

- 1. ¿Cuál es el sexo y edad del paciente?
- 2. ¿Qué diagnóstico tiene?
- 3. ¿Hace cuánto el paciente recibe tratamiento en cuidados paliativos?
- 4. ¿Recibe algún tratamiento oncológico? ¿Cuál? ¿Se tiene en cuenta este tratamiento en la intervención de Terapia Ocupacional?
- 5. ¿Hace cuánto el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos?

- 6. ¿Cuántas veces por semana el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional? ¿Cuánto dura la sesión de Terapia Ocupacional?
- 7. ¿Cómo empezó a trabajar con el paciente? ¿En qué aspectos se centran sus intervenciones? ¿A qué se deben? ¿A las necesidades y expectativas del paciente o a las que el terapeuta cree convenientes?
- 8. ¿Fueron cambiando los mismos? ¿En qué trabaja con él actualmente?
- 9. ¿Quién o quienes se encargan de los cuidados del paciente por fuera del Hospital?

A partir de las correcciones efectuadas por la cátedra, el equipo de investigación decide agregar preguntas para caracterizar los profesionales de Terapia Ocupacional que realizaron las intervenciones en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019. De este modo, se agregaron al instrumento las siguientes preguntas:

DATOS DEL PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

Nombre del profesional:

Edad:

- 1. ¿En qué año se recibió/culminó sus estudios universitarios?
- 2. ¿Tiene formación en cuidados paliativos? En caso de ser así, ¿Podría contar su trayectoria en esta área? Incluyendo lugares en los que se formó y medios (cursos, jornadas, residencias, etc) utilizados en el transcurso de su formación.
- 3. ¿Cuál es su antigüedad en el campo de cuidados paliativos, es decir, hace cuánto tiempo interviene en esta área?
- 4. Sus intervenciones, ¿se basan en algún modelo o marco teórico? ¿Cuál/Cuáles?

Al agregar estas preguntas al instrumento, se agregó simultáneamente una nueva unidad de análisis en la matriz de datos con sus correspondientes variables. La misma es la UAI "Cada uno de los Terapeutas Ocupacionales que intervienen en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2019".

Posteriormente se unificó la unidad de análisis de pacientes internados y ambulatorios (UA II) con sus correspondientes variables, la misma fue la siguiente: "Cada una de las intervenciones realizadas por los Terapeutas Ocupacionales en pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos

Aires durante el año 2019". En esta unidad de análisis se comparten las variables y ejes de análisis para pacientes internados y ambulatorios.

Una vez efectuados estos cambios, se realizó la implementación del instrumento en los pilotajes.

INFORME PILOTAJE

El pilotaje fue realizado a tres Terapeutas Ocupacionales que intervinieron con pacientes internados y ambulatorios que recibieron tratamiento de cuidados paliativos en la Provincia de Buenos Aires durante el 2019. Previo a estos pilotajes, el equipo de investigación consideró pertinente modificar la pregunta "¿Cómo empezó a trabajar con el paciente? ¿En qué aspectos se centran sus intervenciones? ¿A qué se deben? ¿A las necesidades y expectativas del paciente o a las que el terapeuta cree convenientes?" por la siguiente pregunta: "Teniendo en cuenta los aspectos del dominio del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, 3ª edición, 2014 (Ocupaciones; Características del Cliente; Destrezas de Ejecución; Patrones de Ejecución; Contextos/Entornos) ¿De qué manera comenzó a trabajar con el paciente? ¿Fue cambiando su intervención a lo largo del tiempo? ¿Cómo y por qué? ¿En qué interviene actualmente?", es decir que en el pilotaje los terapeutas respondieron en base a esta última.

Al obtener las respuestas del pilotaje, los investigadores creyeron conveniente modificar nuevamente esa pregunta y ampliarla para obtener información rica acerca de cada foco de intervención; es decir que finalmente, la pregunta implementada en las entrevistas fue:

"¿Sobre qué aspectos realiza sus intervenciones con este paciente desde Terapia Ocupacional?"

A su vez, esta pregunta estuvo conformada por sub-ítems en los que los entrevistadores fueron indagando a medida que el profesional respondía durante la entrevista. La siguiente lista se corresponde con cada foco de intervención y, cuando ninguno de ellos aparecía en los discursos de los terapeutas, los entrevistadores preguntaban específicamente "se realizaron intervenciones en...?". Los sub-ítems fueron los siguientes:

- a) Con respecto a **Ocupaciones**, ¿Interviene en AVD; AIVD; Descanso y Sueño; Educación; Trabajo; Juego; Ocio y Tiempo Libre; Participación Social?
- b) Con respecto a **Características del cliente**, ¿Interviene en Creencias, valores, espiritualidad; Funciones Corporales; Estructuras Corporales?
- c) Con respecto a **Destrezas de Ejecución**, ¿Interviene en destrezas motoras; destrezas de

procesamiento; destrezas de interacción social?

- d) Con respecto a Patrones de Ejecución, ¿Interviene en Roles, rutinas, hábitos, rituales?
- e) Con respecto a **Contexto y entorno**, ¿Interviene en contexto Cultural; Personal; Temporal; Virtual; Físico; Social?

Por último, cabe destacar que, a partir de esta modificación en el instrumento, se modifica la matriz de datos y se agregan los indicadores a cada dimensión correspondiente. El instrumento final se encuentra a continuación, en el apartado INSTRUMENTO FINAL.

ANEXO III: INSTRUMENTO FINAL

<u>Guía para la entrevista</u> a los Terapeutas Ocupacionales: a completar respecto a la información sobre cada terapeuta y cada paciente con el cual interviene.

Fecha:

DATOS DEL DEL PROFESIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

Nombre del profesional:

Edad:

- 1) ¿En qué año se recibió/culminó sus estudios universitarios?
- 2) ¿Tiene formación en cuidados paliativos? En caso de ser así, ¿Podría contar su trayectoria en esta área? Incluyendo lugares en los que se formó y medios (cursos, jornadas, residencias, etc) utilizados en el transcurso de su formación.
- 3) ¿Cuál es su antigüedad en el campo de cuidados paliativos, es decir, hace cuánto tiempo interviene en esta área?
- 4) Sus intervenciones, ¿se basan en algún modelo o marco teórico? ¿Cuál/Cuáles?

DATOS DEL PACIENTE

5) ¿Cuál es la modalidad de atención del paciente? __________Sexo:

Edad:

Diagnóstico:

- 6) ¿Hace cuánto tiempo el paciente recibe tratamiento en cuidados paliativos?
- 7) ¿Recibe algún tratamiento oncológico? En caso de ser así,¿influye el mismo durante la intervención de Terapia Ocupacional? Es decir, ¿se tiene en cuenta este aspecto a la hora de plantear objetivos o intervenciones?
- 8) ¿Hace cuánto tiempo el paciente recibe tratamiento de **Terapia Ocupacional** en cuidados paliativos?

- 9) ¿Cuántas veces por semana el paciente recibe tratamiento de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos?
- 10) ¿Cuánto dura la sesión de Terapia Ocupacional?
- 11) ¿Sobre qué aspectos realiza sus intervenciones con este paciente desde Terapia Ocupacional?
- a) Con respecto a **Ocupaciones**, ¿Interviene en AVD; AIVD; Descanso y Sueño; Educación; Trabajo; Juego; Ocio y Tiempo Libre; Participación Social?
- b) Con respecto a **Características del cliente**, ¿Interviene en Creencias, valores, espiritualidad; Funciones Corporales; Estructuras Corporales?
- c) Con respecto a **Destrezas de Ejecución**, ¿Interviene en destrezas motoras; destrezas de procesamiento; destrezas de interacción social?
- d) Con respecto a Patrones de Ejecución, ¿Interviene en roles, rutinas, hábitos, rituales?
- e) Con respecto a **Contexto y entorno**, ¿Interviene en el contexto Cultural; Personal; Temporal; Virtual; Físico; Social?

ANEXO IV: FICHA DE REGISTRO

<u>Cuestionario</u> para el equipo de investigadores. Se completará con la información recabada en cada entrevista realizada a las Terapistas Ocupacionales.

Datos del Terapista Ocupacional

1)	Edad: 25-35
	36-45
	46-55
2)	Año de recibida:

3)

FORMACION		
EN CP	SI	NO
Posgrado		
Residencia		
Curso		
Jornada		
Seminario		

4)

TIEMPO (en años)	INTERVENCION DE T.O EN CP
Uno a tres años	
Más de tres-cinco años	
Más de cinco-siete años	
Más de siete-nueve años	
Más de nueve años	

5)

MARCOS/MODELOS	SI	NO
MDT		
МОНО		
CMOP		
Modelo P-A-O		
Marco Biomecánico		
Marco Rehabilitativo		
Marco Sensititvo Motor		
Marco Perceptivo - Cognitivo		
Holístico		

		Enfoque	e Adapt	ativo Ocup	•		
Datos del	<u>paciente</u>						
1) Se	exo: F	М					
2) Ed	dad: 18-30						
	31-40						
	41-50						
	51-60						
	61-70						
	71-80						
	81-90						
	91-100						
3)	DIAC	GNOSTIC	O	SI	NO		
	Enfermed	ad Oncológ	ica*				
	ELA					-	
	EPOC						
	Otro(espe	cificar)				-	
*						J	
**	INFL	UYE EL T	TO OT	NCO EN	I.A S	SI NO	
		RVENCIO		ivoo. Eiv			
4)							
	TIEM (mes		TR	INICIO RATAMIE CP		TRATA	ICIO DE AMIENTO DE O EN CP
	1-3						
7	7-9						
	10-12						
	13-15						
1	16-18						

5)

CANTIDAD DE VECES POR SEMANA QUE RECIBE TRATAMIENTO DE T.O	MARCAR CON X
1	
2	
3	
4	

6)

DURACIÓN DE LA SESION DE T.O (minutos)	MARCAR CON X
10-15	
16-30	
31-45	
46-60	
Más de 60	

7) <u>Especificar en qué aspectos de los focos se interviene</u>

a)

OCUPACIONES	SI	NO
AVD		
AIVD		
Descanso y Sueño		
Educación		
Trabajo		
Juego		
Ocio o Tiempo Libre		
Participación Social		

b)

CARACTERISICAS DEL CLIENTE	SI	NO
Valores, Creencias y Espiritualidad		
Funciones Corporales		
Estructuras Corporales		

c)

DESTREZAS DE EJECUCIÓN	SI	NO
Destrezas Motoras		
Destrezas de Procesamiento		
Destrezas de Interacción Social		

d)

PATRONES DE EJECUCIÓN	SI	NO
Roles		
Rituales		
Rutinas		
Hábitos		

e)

CONTEXTO Y ENTORNO	SI	NO
Contexto Cultural		
Contexto Personal		
Contexto Temporal		
Contexto Virtual		
Entorno Físico		
Entorno Social		

ANEXO V: TABLAS DE FRECUENCIA

Tablas de Frecuencia para el Análisis del Objetivo Específico I (Caracterización de los Terapeutas Ocupacionales)

Tabla de Frecuencia para la Variable Marcos/Modelos que utiliza el TO en su intervención en cuidados paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6).

Modeles y Marses	SI		NO		TOTAL				
Modelos y Marcos	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%
MDT	3	0.50	50%	3	0.50	50%	6	1	100%
МОНО	4	0.67	67%	2	0.33	33%	6	1	100%
СМОР	4	0.67	67%	2	0.33	33%	6	1	100%
P-A-O	1	0.17	17%	5	0.83	83%	6	1	100%
Biomecánico	3	0.50	50%	3	0.50	50%	6	1	100%
Rehabilitativo	3	0.50	50%	3	0.50	50%	6	1	100%
Adaptación Ocupacional	1	0.17	17%	5	0.83	83%	6	1	100%
Holístico	1	0.17	17%	5	0.83	83%	6	1	100%

Tabla de Frecuencia para la Variable Año en que el profesional de TO finalizó su carrera de grado de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

(11-0)						
Año	FA	FR	F%			
2006	2	0.33	33%			
2007	0	0.00	0%			
2008	0	0.00	0%			
2009	1	0.17	17%			
2010	0	0.00	0%			
2011	0	0.00	0%			
2012	1	0.50	17%			
2013	1	0.17	17%			
2014	1	0.17	17%			
TOTAL	6	1	100%			

Tabla de Frecuencia para la Variable Edad de las TO que intervienen en Cuidados Paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

Edad	FA	FR	F%
25-35	3	0.50	50%
36-45	3	0.50	50%
46-55	0	0.00	0%
TOTAL	6	1	100%

Tabla de Frecuencia para la Variable Tiempo transcurrido desde que el TO interviene en cuidados paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

Tiempo (años) de intervención en CP	FA	FR	F%
1-3	0	0.00	0%
4-6	3	0.50	50%
7-9	2	0.33	33%
10-12	1	0.17	17%
TOTAL	6	1.00	100%

Tabla de Frecuencia para la Variable Instancias de formación del TO en cuidados paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=6)

panativo	pandition de la Frov. de Boris darante el 2015 (N° 0)										
Tino do Formación		SI			NO		TOTAL				
Tipo de Formación	SI	FR	F%	NO	FR	F%	FA	FR	F%		
Posgrado	3	0.5	50%	3	0.5	50%	6	1	100%		
Residencia	1	0.17	17%	5	0.83	83%	6	1	100%		
Curso	4	0.67	67%	2	0.33	33%	6	1	100%		
Jornada	4	0.67	67%	2	0.33	33%	6	1	100%		
Seminario	1	0.17	17%	5	0.83	83%	6	1	100%		

Tablas de Frecuencia para el Análisis del Objetivo Específico II (Caracterización de los Pacientes Internados y Ambulatorios)

Tabla de Frecuencia para la Variable Diagnóstico de los Pacientes Internados y Ambulatorios de Cuidados Paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=16).

Diagnóstico	FA	FR	F%
Enfermedad oncológica	15	0.94	94%
E.L.A	1	0.06	6%
E.P.O.C	0	0.00	0%
Otras	0	0.00	0%
Total	16	1	100%

Tabla de Frecuencia para la Variable Influencia del tratamiento oncológico en la intervención de TO en Pacientes Internados y Ambulatorios de Cuidados Paliativos de la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=12).

Influencia del TTO oncológico en la intervención de T.O	FA	FR	F%
SI	10	0.83	83%
NO	2	0.17	17%
TOTAL	12	1.00	100%

Tabla de FA de Cruce de Variables Tiempo transcurrido desde que el Paciente Internado inicia TTO en CP y Tiempo transcurrido desde que el paciente internado inicia TTO de T.O en CP en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8)

				Inicio de TTO	de en C	P (mese	es)	
		16 a 18	13 a 15	10 a 12	7 a 9	4 a 6	1 a 3	TOTAL
16 a 18 13 a 15	16 a 18	1	0	0	0	0	0	1
	0	1	0	0	0	0	1	
Inicio de TTO de	10 a 12	0	0	0	0	0	0	0
T.O en CP	7 a 9	0	0	0	1	0	0	1
(meses)	4 a 6	0	0	0	0	1	0	1
	1 a 3	0	0	0	1	1	2	4
	TOTAL	1	1	0	2	2	2	8

Tabla de Frecuencia de Pacientes Internados que iniciaron TTO de T.O al ingresar al servicio de cuidados paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8)

	FA	FR	F%
SI	6	0.75	75%
NO	2	0.25	25%
TOTAL	8	1	100%

Tabla de FA de Cruce de Variables Tiempo transcurrido desde que el Paciente Ambulatorio inicia TTO en CP y Tiempo transcurrido desde que el paciente internado inicia TTO de T.O en CP en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8)

			Ini	cio de TT	O en CF	(mese	es)	
		16 a 18	13 a 15	10 a 12	7 a 9	4 a 6	1 a 3	TOTAL
	16 a 18	0	0	0	0	0	0	0
13 a 15	13 a 15	1	1	0	0	0	0	2
Inicio de TTO de	10 a 12	0	0	0	0	0	0	0
T.O en CP	7 a 9	0	0	0	0	0	0	0
(meses)	4 a 6	0	2	0	0	2	0	4
(1110303)	1 a 3	0	1	0	0	0	1	0
	TOTAL	1	4	0	0	2	1	8

Tabla de Frecuencia de Pacientes Ambulatorios que iniciaron TTO de T.O al ingresar al servicio de cuidados paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8))

	FA	FR	F%
SI	4	0.5	50%
NO	4	0.5	50%
TOTAL	8	1	100%

Tablas de Frecuencia para el Análisis del Objetivo Específico IV

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Ocupaciones en Pacientes Internados que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

OCUPACIONES	SI				NO		TOTAL			
(pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
AVD	7	0.88	88%	1	0.13	13%	8	1	100%	
AIVD	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	1	100%	
Descanso y Sueño	1	0.13	13%	7	0.88	88%	8	1	100%	
Educación	0	0.00	0%	8	1.00	100%	8	1	100%	
Trabajo	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	1	100%	
Juego	0	0.00	0%	8	1.00	100%	8	1	100%	
Ocio y Tiempo Libre	4	0.50	50%	4	0.50	50%	8	1	100%	
Participación Social	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	1	100%	

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Ocupaciones en Pacientes Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

OCUPACIONES	SI				NO		TOTAL			
(pacientes ambulatorios)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
AVD	5	0.63	63%	3	0.38	38%	8	1.00	100%	
AIVD	3	0.38	38%	5	0.63	63%	8	1.00	100%	
Descanso y Sueño	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	1.00	100%	
Educación	0	0.00	0%	8	1.00	100%	8	1.00	100%	
Trabajo	3	0.38	38%	5	0.63	63%	8	1.00	100%	
Juego	0	0.00	0%	8	1.00	100%	8	1.00	100%	
Ocio y Tiempo Libre	4	0.50	50%	4	0.50	50%	8	1.00	100%	
Participación Social	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	1.00	100%	

Tablas de Frecuencia para el Análisis del Objetivo Específico V

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Características del cliente en Pacientes Internados que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

		SI			NO		TOTAL			
(pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Valores, Creencias y Espiritualidad	7	0.88	88%	1	0.13	13%	8	1	100%	
Funciones Corporales	5	0.63	63%	3	0.38	38%	8	1	100%	
Estructuras Corporales	5	0.63	63%	3	0.38	38%	8	1	100%	

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Características del cliente en Pacientes Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE	SI				NO		TOTAL			
(pacientes ambulatorios)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Valores, Creencias y Espiritualidad	8	1.00	100%	0	0.00	0%	8	1	100%	
Funciones Corporales	3	0.38	38%	5	0.63	63%	8	1	100%	
Estructuras Corporales	3	0.38	38%	5	0.63	63%	8	1	100%	

Tablas de Frecuencia para el Análisis del Objetivo Específico VI

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Destrezas de Ejecución en Pacientes Internados que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

Destrezas de Ejecución	SI			NO			TOTAL		
(pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%

Motoras	3	0.38	38%	5	0.625	63%	8	1.00	100%
De Procesamiento	0	0.00	0%	8	1	100%	8	1.00	100%
De Interacción Social	0	0.00	0%	8	1	100%	8	1.00	100%

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Destrezas de Ejecución en Pacientes Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

Destrezas de Ejecución	SI				NO		TOTAL			
(pacientes ambulatorios)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Motoras	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	1	100%	
De Procesamiento	0	0	0%	8	1	100%	8	1	100%	
De Interacción Social	0	0	0%	8	1	100%	8	1	100%	

Tablas de Frecuencia para el Análisis del Objetivo Específico VII

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Patrones de Ejecución en Pacientes Internados que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

Patrones de Ejecución	SI				NO		TOTAL			
(pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Roles	5	0.63	63%	3	0.38	38%	8	1.00	100%	
Rituales	0	0.00	0%	8	1.00	100%	8	1.00	100%	
Rutinas	3	0.38	38%	5	0.63	63%	8	1.00	100%	
Hábitos	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	1.00	100%	

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Patrones de Ejecución en Pacientes Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

Patrones de Ejecución		SI			NO		TOTAL			
(pacientes ambulatorios)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	NO	
Roles	6	0.75	75%	2	0.25	25%	8	0.75	100%	
Rituales	1	0.13	13%	7	0.875	88%	8	0.38	100%	
Rutinas	8	1.00	100%	0	0	0%	8	1.88	100%	
Hábitos	2	0.25	25%	6	0.75	75%	8	0.25	100%	

Tablas de Frecuencia para el Análisis del Objetivo Específico VIII

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Contexto y Entorno en Pacientes Internados que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

1										
Contexto y Entorno	SI				NO		TOTAL			
(pacientes internados)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Cultural	0	0.00	0%	8	1.00	100%	8	1.00	100%	
Personal	8	1.00	100%	0	0.00	0%	8	1.00	100%	
Temporal	0	0.00	0%	8	1.00	100%	8	1.00	100%	
Virtual	1	0.13	13%	7	0.88	88%	8	1.00	100%	
Físico	7	0.88	88%	1	0.13	13%	8	1.00	100%	
Social	4	0.50	50%	4	0.50	50%	8	1.00	100%	

Tabla de Frecuencia para la Dimensión Intervención en Contexto y Entorno en Pacientes Ambulatorios que recibieron tratamiento de Cuidados Paliativos en la Prov. de BsAs durante el 2019 (N=8).

(1. 5).										
Contexto y Entorno	SI				NO		TOTAL			
(pacientes ambulatorios)	FA	FR	F%	FA	FR	F%	FA	FR	F%	
Cultural	0	0.0	0%	8	1.0	100%	8	1.0	100%	
Personal	8	1.0	100%	0	0.0	0%	8	1.0	100%	
Temporal	0	0.0	0%	8	1.0	100%	8	1.0	100%	
Virtual	0	0.0	0%	8	1.0	100%	8	1.0	100%	
Físico	7	0.9	88%	1	0.1	13%	8	1.0	100%	
Social	4	0.5	50%	4	0.5	50%	8	1.0	100%	

ANEXO VI: Relatos de las intervenciones de las Terapeutas Ocupacionales

Foco de Intervención Ocupaciones

PACIENTES INTERNADOS

-"Durante la internación, cuando el paciente estuvo con el dolor más controlado, en donde pudo empezar a cambiar de posición, a salir de la cama, a deambular por la habitación... él usaba un bastón común, un bastón que él tenía. Entonces tratamos de trabajar en la habitación como para que lo pueda utilizar para deambular, para orientarse con los objetos y demás; y empezamos a trabajar con la identificación de algunos objetos para que él se pueda desempeñar en actividades cotidianas como higiene menor, alimentación..." (foco de intervención en AVD: ir al baño e higiene en el inodoro; alimentación)

-"En este paciente más que nada trabajamos en ocupaciones de autocuidado que era donde más dependencia tenía, también en AVD básicas y algo de ocio y tiempo libre para que se le pasara un poquito el tiempo... Yo intervengo en todo, en simultáneo, pero siempre mi prioridad va a ser la ocupación, digamos el objetivo último es eso. Lo que pasa es que vivimos asociando la ocupación a algo que tenga que ver con el hacer, con la capacidad funcional; y la ocupación tiene que ver con la identidad, tiene que ver con quién soy, cómo soy, qué hago, cuál es mi proyecto de vida, ósea la ocupación es mi identidad, es quién soy yo entonces no hay manera de rescindirlo, lo podes rescindir, pero la realidad es que si no ¿qué te diferencia de un kinesiólogo?" (foco de intervención en AVD: higiene y arreglo personal; y en ocio o tiempo libre)

-"Entre las cosas que le gustan, le gusta escuchar la radio, escucha mucho la radio y ahí se mantiene actualizado... Y también, en los momentos que él quiere se le pasa alguna película con alguna computadora, esto como parte del ocio y tiempo libre. Este paciente es dependiente en todas las AVD, necesita asistencia para todo y lo que se busca, más que independencia en él, es su autonomía. 'Quiero esto, no quiero esto. Quiero ver una película, o no. Hoy no quiero película, quiero escuchar la radio'..." (foco de intervención en ocio o tiempo libre)

-"Yo estaba entrenando con ella las transferencias de la silla a un banco de transferencias para entrar a la ducha (AVD). Con esta paciente surgió que tenía dificultades para bañarse y entonces se empezó a trabajar en transferencias; después terminó con un corset por su fragilidad, era muy flaquita... en un momento manifestaba "me molesta el corset" bueno, a lo mejor podemos

modificar acá. eso, cómo colocárselo, cómo vestirse; tenía dificultades también porque el corset la limitaba en el vestido; me acuerdo que también usamos una adaptación para ponerse las medias. Cuando estaba cansada, cuando volvía de hacerse las quimio, o en su tiempo libre se trabajaba para que disfrute, algo recreativo como ver una peli o series con el novio, ese era como el momento que compartían o que seguía haciendo lo que antes hacían" (foco de intervención en AVD: movilidad funcional-transferencias-; bañarse/ducharse; vestirse. Y en ocio o tiempo libre)

- -"Con respecto a las ocupaciones también trabajamos todo lo que son las actividades de la vida diaria (AVD) en el hospital. Que la paciente -dentro de sus posibilidades- pueda levantarse, ir al baño, comer, con la mínima ayuda posible y si requiere ayuda, lo hace enfermería" (foco de intervención en AVD: deglutir/comer; alimentación; ir al baño e higiene en el inodoro)
- -"Esta paciente que es una mujer joven, es una profesional, ella es contadora... Entonces es una persona que quiere mantenerse activa, quiere seguir trabajando, así que tratamos que dentro del hospital y dentro de sus posibilidades, si ella no está muy estresada también le permitimos que se lleve su computadora, porque ella hace el trabajo desde ahí y posicionamos el brazo a la hora de trabajar con la mesa del hospital, con un atril, para cuidar también su postura y todo lo que es la mecánica corporal adecuada frente a las actividades que desempeña" (foco de intervención en trabajo)
- -"En un principio yo le daba estrategias de ahorro de energía y trabajaba con la familia en la organización de las AIVD porque ella no las podía hacer porque no podía salir de la casa. Es una paciente mayor, por lo tanto, hasta ese momento no manejaba cuestiones de internet, homebanking, eso ahora lo empecé a trabajar, entonces trabajamos en delegar las AIVD, en lo que es mandados, trámites, manejo de la plata; eso en un principio con la familia... fue todo un trabajo porque la paciente no quería perder la independencia en esas ocupaciones. Más allá de que ella delegaba hacer el mandado, la lista la hacía ella por lo que se trabajaba también en el sentido de control. Trabajaba mucho más desde lo simbólico, su lugar como integrante de la familia desde otro lugar, que no estaba acostumbrada y lo tuvo que tomar de un dia para otro..." (foco de intervención en AIVD: uso de la gestión financiera; compras; gestión de la comunicación)
- -"Después, con las AVD básicas se trabajó para maximizar los movimientos y minimizar la energía, se brindaron estrategias mínimas, que participe, pero siempre tener en cuenta el ahorro energético... por ejemplo, si vas al baño llévate todo, no te olvides nada porque antes iba de la habitación al baño cinco veces y ya después quedaba cansada" (foco de intervención en AVD: movilidad funcional-ambulación funcional y transportar objetos-)

- -"Lo que empezamos a trabajar es su participación en las actividades de esparcimiento y ocio (en su tiempo libre), porque hoy por hoy se fatiga, entonces, por ejemplo, caminar una cuadra le lleva todo un tiempo... se intenta que salga un poco de la casa, más allá que está en internación domiciliaria; que pueda también hacer una actividad fuera de su hogar, ahora yo quiero que arranque pilates terapéutico. Ella antes hacia eso y yoga, pero dejó pilates por su dolor de espalda, entonces también volver con esa ocupación es volver al dolor, pero se está trabajando para que entienda que ahora no hay dolor y pueda retomar" (foco de intervención en ocio o tiempo libre)
- -"También que pueda salir de la casa, que pueda participar de reuniones sociales con las amigas, es muy elegante, cuida mucho su imagen... la sigue cuidando muchísimo pero la disminución de peso hace que se tenga que comprar ropa y no está contenta, no acepta su nueva imagen, entonces en eso también, trabajamos... que quizá su ropa pueda ayudarla, ropa holgada para que no signifique tanto su pérdida de peso" (foco de intervención en participación social y en AVD: vestirse-seleccionar las prendas de vestir y accesorios adecuados)
- -"En una primera instancia, lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos (mellizos de 7 años); mis sesiones era planificar una actividad lúdica de interés para los chicos, pero teniendo en cuenta las habilidades motoras de ese momento de la paciente. Entonces, los chicos se apropiaron de ese espacio y sabían que una vez por semana yo iba a jugar y era lo único que hacía... jugábamos los 4: juegos de mesa, actividades artísticas, entre otras" (foco de intervención en ocio y tiempo libre)
- -"Otra ocupación que incorporó son las siestas, aunque ella no lo hacía... se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal, que es necesario para continuar el día, ya que su día es de 6am a 11 pm, es largo y por más que no se duerma la siesta es necesario ese descanso" (foco de intervención en descanso y sueño)
- -"Con esta paciente se interviene sugiriendo adaptaciones para AVD por dificultades referidas, se indican barrales para baño y para la cama, para favorecer rolados y movilidad en la cama. Además, se asesora sobre transferencias, postura en silla y postura ergonómica para desempeño de sus actividades cotidianas" (foco de intervención en AVD: movilidad funcional)

PACIENTES AMBULATORIOS

-"Como el dolor interfería en las actividades diarias, primero lo que hicimos fue trabajar en el control del dolor... en AVD de autosondaje independiente se trabajó mucho y este paciente también usa pañal tipo apósito para mantener higiene... a partir de esto, se trabajaron pautas para anticipar la evacuación" (foco de intervención en AVD: ir al baño e higiene en el inodoro -manejo de cateterismo, control de necesidades de continencia y manejo de vejiga-). "Además,

en todo lo que es AVD de transferencias, le hacía dar cuenta de que se podía sacar el apoyabrazos, y demás... también le brindé sugerencias para las transferencias en cama" (foco de intervención en AVD: movilidad funcional)

-"Ahora por ejemplo tiene una rutina de que se levanta, va con el andador al baño, trabajamos el tema de la ducha (AVD) para que solamente sea supervisión y no asistencia física, después programamos 3 veces por semana con una chica de pintura porque a ella le gusta mucho pintar, entonces tres veces por semana tiene programado un taller... se trabajó el tema de ir incorporando actividades y que no pase todo el día tirada en la cama esperando la visita de algún familiar, con mucho tiempo para pensar... (foco de intervención en AVD: bañarse/ducharse; y en ocio o tiempo libre -participación en el ocio-)

-"Lo que pensamos con él es en participación social, ya que dentro de su entorno puede manejarse y participa de sus actividades cotidianas sólo o con un nivel de asistencia aceptado por él... entonces ahí pudimos pensar en participación social, más que nada por esto que le da vergüenza que lo vean (tiene lesiones en la zona de los ojos, rostro cuello, cuero cabelludo), antes iban a visitarlo unos del hogar, entonces tratamos de ir por ese aspecto, para que no sea solo la visita desde el cuidado de este medio hermano y la hija, sino favorecer otro tipo de participación... empezamos a indagar actividades de interés, qué es lo que le gusta para que pueda participar de forma activa" (foco de intervención en participación social)

-"Al principio llegó por dolor, entonces una de las intervenciones por ahí que pensamos desde TO fue primero ver qué pasaba con sus muletas, porque él llegó y nos dijo que las agarró él... trabajamos un poco sobre el uso correcto de este dispositivo de asistencia para la marcha, regulamos la altura, porque el vino así (eleva hombros), si uno no interviene rápidamente en eso, después genera otras complicaciones asociadas... dolores, parestesias, un montón de cosas por compresión. Trabajamos entonces con la altura de las muletas, la marcha, que tenía que prestar atención" (foco de intervención en AVD: movilidad funcional-ambulación funcional; cuidado de los dispositivos de atención personal)

-"Después venía muy interferido con respecto al sueño, no podía dormir por el dolor, no se podía acostar porque no podía apoyar la pierna entonces empezamos a trabajar con la esposa que era quien lo acompañaba sobre las posiciones que él podía adoptar para dormir, todo en paralelo con la medicación, la medicación era para aliviar ese síntoma doloroso... desde TO lo que tratamos es favorecer las posturas, los tiempos de descanso... Tratamos de trabajar en esto de adoptar inmediatamente descansos, organizar las actividades..." (foco de intervención en Descanso y sueño; en AVD: movilidad funcional-moverse en la cama-; y en AIVD: gestión y mantenimiento de la salud-rutina de toma de medicamentos-)

-"...Él trabajaba como ayudante de albañil, y bueno no iba a poder hacer esto porque estaba con la marcha con muletas, y no podía hacer fuerza y empezó a aparecer esto de que estaba aburrido, que quería hacer cosas, que se sentía inútil en la casa... un desbalance bastante grande... la esposa empezó a trabajar pero no sostuvo ese trabajo; y armaron como una venta de comida desde su casa: empanadas y pizzas por su barrio... entonces armaron un microemprendimiento de venta de comida en su casa, y nosotras trabajamos qué actividades podría hacer él en esta nueva dinámica que se estaba desarrollando en su casa... él se encargaba de la preparación de muchos alimentos, pautamos que lo pueda hacer sentado. Eso fue bastante gratificante para él, volver a participar de una actividad productiva" (foco de intervención en trabajo)

-"Trabajamos en organizar la rutina, darle lugar a actividades de ocio y tiempo libre... si fuese por él, si se sentía bien, hacía cosas que tienen que ver con las AIVD: cuidados de la casa, limpieza, etc.. entonces fue intervenir más en que él trate de hacer espacio a estas actividades, tratamos de trabajar con la esposa ya que guiaba el grupo familiar: los fines de semana poder hacer una salida juntos, ir a una plaza, armar un plan entre todos que sea de esparcimiento y que no tenga que ver con el arreglo de una puerta etc, porque él las encaraba por ese lado.." (foco de intervención en ocio y tiempo libre)

-"El paciente ahora siente dolor... eso es importante porque es herrero y él hace lo que quiere con todo... no usaba nada de protección. Y siempre se quema, pero bueno le damos los consejos de protección que a veces usa y otras no. Pero al recuperar algo de sensibilidad, hace que tenga algún registro de si hay algo que le está molestando mientras trabaja, si se quemó, etc. En lo que refiere a actividad laboral está haciendo trabajos por encargue coordinados con otra persona, y además toma pedidos por fuera. Medidas de seguridad: usa faja para mayor estabilidad de tronco, eso sí, que al principio no lo usaba... Después se le dieron trapos para evitar quemaduras, que a veces usa y otras no. Se le ofreció una mesa de trabajo, pero no la usa porque no le resulta práctica, trabaja desde su silla de ruedas y está todo el tiempo agachándose, así que la faja sí, la está usando ahora... (foco de intervención en trabajo)

-"Este paciente, cuando llegó al servicio de TO estaba muy angustiado por sus limitaciones físicas, al estar en silla de ruedas él le costaba pararse, hacer las transferencias para la cama... entonces trabajé muchísimo los rolados en la cama; todo el entrenamiento en transferencias, la aceptación de la silla de ruedas digamos y en el entrenamiento de la silla de ruedas. También trabajamos con este paciente el tema de las adaptaciones y todo lo que es el equipamiento funcional en el baño y en el habitación digamos para incrementar la independencia funcional y para disminuir la sensación de sentirse una carga para la familia porque eso era lo que más lo angustiaba en un principio: que la esposa lo tenga que bañar, que la esposa lo tenga que ayudar a vestirse, entonces por eso trabajamos todo el entrenamiento en vestido, todo el entrenamiento

en el baño, la higiene, todas estas cuestiones... (foco de intervención en AVD: movilidad funcional-transferencias, movilidad en cama; vestido; bañarse/ducharse; higiene y arreglo personal)

-"Este paciente está muy angustiado por su trabajo, porque es arquitecto y bueno, yo abordé bastante el tema laboral que es la inquietud más grande que él tiene (...) trabajamos el tema laboral, como les decía, que a él lo tenía bastante angustiado, porque no podía ir a su oficina. Entonces yo un día lo que hice fue en lugar que el paciente vaya a consultorios externos, yo fui a la oficina, y le adapté todo para que él pueda hacer todo desde la silla de ruedas: adaptamos el escritorio, la computadora, su lugar de trabajo..." (foco de intervención en trabajo-rendimiento en el trabajo/empleo)

-"Y otra cosa que también hicimos (ella se desorganiza, para ella todo es mucho... si tiene que ir a la farmacia es un montón..) entonces por ejemplo iba a hacer las compras y se olvidaba algo y tenía que volver a salir; así que se intervino para que planee las comidas que iba a hacer y arme una lista de compras con todo lo que pueda llegar a necesitar y salga solo una vez a realizar las compras" (foco de intervención en AIVD: compras)

-"Ella mostró desde siempre una prioridad para aprender a manejar el celular porque todo su contexto (cuidadoras, gente del equipo) usan el celular y ella se siente afuera, así que quiso aprender a usar el celular. Yo pensé 'bueno, le va a costar, pero no hay capacidad mental en ella para aprenderlo' y el equipo lo sabe, pero entendemos que no importa el fin... y ella en la clase que le explico mientras está ahí está chocha porque siente como si está aprendiendo física cuántica... le llevé un cuaderno así que ahí va anotando: Whatsapp "1 tocar sobre (dibuja el ícono); 2... y así con cada paso" y cada vez que vamos repasamos lo anterior y no saben lo que es... necesita, además de ir leyendo, la indicación verbal mía, pero está chocha con este nuevo desafío..." (foco de intervención en AIVD: gestión de la comunicación)

"Cuando yo veo y evalúo el baño, y el señor pudiendo hacer transferencias (AVD), veo que se puede utilizar un banco de transferencias que se coloca con dos patas adentro de la bañadera y dos patas afuera, ósea que podría utilizar eso; o bien una tabla de transferencias que se coloca sobre la bañadera. Así que bueno, se le explica al paciente como podría ser la utilización, se le muestran fotos... chocho el viejo, re contento de que se podía volver a bañar en la ducha" (foco de intervención en AVD: bañarse/ducharse; movilidad funcional-transferencias)

-"También tenía una silla para adentro de la casa, que también era del hospital, porque ante tramos largos él se agitaba, era una silla de traslado y no se podía usar para la calle... entonces se pide un cambio de silla, tiene un señor acompañante así que empieza a hacer salidas a la comunidad... chocho, chocho porque hacía como 8 meses que no salía de la casa así que con el cambio de silla pudo salir... vive por recoleta así que se fue al cementerio y tuvo paseos re

lindos, chocho con eso..." (foco de intervención en AIVD: conducir y movilidad en la comunidad)

-"En las diferentes sesiones yo le decía ¿cómo estuviste esta semana? y.. más o menos, a veces me acuesto porque me aburro y le digo 'bueno, hay que buscar una ocupación'... él tenía un negocio de platería que ahora lo atiende la hija, entonces me cuenta que antes lustraba las cosas de bronce... ' y bueno, ¿y por qué no podemos hacer algo de eso?' y dice, bueno sisi podría ser... ahí escucha la esposa y dice 'vos queres lustrar bronce? ya te preparo todo', y le trajo todas las cosas de bronce que tenía en la casa (tienen una casa antigua), le puso arriba de la mesa y dijo 'ya tenés todo preparado'... Cuando voy la próxima semana, estaba levantado en la cocina lustrando los veladores de bronce y las cosas que tenía de bronce... nada, después también le traen del negocio algunas cositas para lustrar y por lo menos se siente un poco más activo y que todavía continúa haciendo cosas para el negocio que era su trabajo... ahí seguimos laburando que pueda hacer (ya que le gusta tanto salir y tiene este acompañante) que pueda ir al negocio, a darse una vueltita con la silla obviamente... Luego de trabajar tantos años en ese lugar y ahora hace como más de 8 meses que no va, volver al negocio, ver y sentir lo que él antes hacía le va a hacer bien, en estas visitas al negocio se encuentra con los vecinos del barrio y sus ex clientes... La última vez que fui me dijo que tenía que ir a la peluquería porque se tenía que cortar el pelo y al negocio" (foco de intervención en: ocio o tiempo libre: exploración en el ocio-identificar intereses, oportunidades y actividades de ocio apropiadas-; foco de intervención en AIVD: conducir y movilidad en la comunidad; foco de intervención en participación social: participación en la comunidad)

-"...descanso y sueño sí pero no desde lo farmacológico, pero sí porque los ataques de pánico eran de noche...por un lado brindando un poco de soporte, escucha y soporte en relación a qué cosas disparaban en sus ataques de pánico emmm y otra vez, nuevamente en recursos internos más allá de la pastillita, el lorazepam que tenía en la mesita de luz, que otro recurso le servía, ella era muy creyente y le tranquilizaba rezar, pasa que a veces podía y a veces no, depende de la intensidad del ataque de pánico."(foco de intervención en descanso y sueño: preparación para el sueño-meditación u oraciones-)

-"Cuando se busca sobre la historia ocupacional de la paciente, ella antes tejía... si bien más allá de la debilidad generalizada que tiene, ella puede tejer y usar los brazos así lo que se trabajó es un poquito en eso.. no estar tan pendiente de la fístula, de la bolsita, del desastre de su casa... así que bueno, volvió a tejer, teje precariamente, pero sabemos que eso no importa más que la actividad en sí. Volvió a tejerle a su hija, unos ponchitos que le hizo.."..."es como que encontró en el tejido un escape.. ella dice que con el tejido no piensa" (foco de intervención en ocio o tiempo libre)

Foco de Intervención Características del Cliente

PACIENTES INTERNADOS

-"Las intervenciones son para el dolor y para que solo pueda sentarse, ya que esta paciente no va a caminar más. Le brindo sugerencias, ejercicios para disminuir dolor, o estrategias de termoterapia, vendaje, taping, almohadillas, control de síntomas para su debilidad, estrategias de conservación de energía" (foco en funciones y estructuras corporales)

-"Las intervenciones se hacen desde varios aspectos. En este caso lo que yo trabajo con la paciente son los cuidados posturales, ósea todo lo que sea destrezas motoras... trato de trabajar todo lo que es el control postural en cama, los cuidados del hemicuerpo pléjico (foco de intervención en funciones y estructuras corporales), porque la paciente además tiene un linfedema, entonces trabajamos todo los cuidados del linfedema, las posiciones, los ejercicios para evitar que el brazo se edematice más y bueno después obviamente que trabajamos todo lo que es espiritualidad, porque la paciente se angustia mucho" (foco de intervención en valores, creencias, espiritualidad)

-"Lo que hago hoy en día con esta paciente es movilización pasiva de su hemicuerpo pléjico, tratamiento de su linfedema, ejercicios bimanuales; hacemos también ejercicios de relajación porque la ayuda mucho con su tema en los pulmones y esta falta de aire. Trabajamos diferentes técnicas para el manejo de la disnea, de la fatiga, técnicas para el ahorro de la energía, programas posturales. También a esta paciente le hice una férula de reposo (foco de intervención en funciones y estructuras corporales) ante braquio crural para un posicionamiento funcional de su mano"

-"Las primeras intervenciones que se realizaron desde el área apuntaron a favorecer los cuidados posturales en cama (alineación y confort). Se trabajó con el personal de enfermería y con el paciente mismo sobre la importancia de realizar cambios de decúbitos y rotaciones en cama siempre que sea posible, para aliviar presión sobre lesiones en piel existentes y minimizar riesgo de aparición de eventuales UPP por reposo en cama" en este relato se puede apreciar que el foco de intervención que utiliza el profesional de terapia ocupacional es en funciones y estructuras corporales.

-"Tuvo un tiempo en que no quería levantarse de la cama, hasta que lo convencimos de que la sedestación era importante, no sólo fisiológicamente, sino que no es lo mismo la vida en 180° que por lo menos en 90°, así que no tolera mucho tiempo, porque se cansa, pero el poquito tiempo que tolera lo sedestamos..." (Foco de intervención en funciones y estructuras corporales) -"En intervención lo que se buscó también es el confort, todo lo que es el equipamiento para la cama (foco de intervención en funciones y estructuras corporales), ya que pasa mucho tiempo

en cama. Se le hizo una almohadilla porque se lesionaba la oreja, se le hizo también para los pies, para los brazos. Además, tiene el colchón anti escaras, pero no tiene mucha movilidad ya" -"En un principio rechazaba esto que le estaba pasando, hubo momentos de enojo, momentos de aislamientos, pero bueno... lo que tienen los cuidados paliativos es esto de ir acompañando el proceso de duelo, acompañar y respetar también los momentos del paciente" (foco de intervención en valores, creencias y espiritualidad)

-"Yo lo que veo es primero la persona y la necesidad que tiene, lo que ella manifiesta como urgente o como importante... y ahí empiezo a trabajar. Ósea si manifiesta que, a lo mejor, tiene dificultad específicamente en AVD vas a las AVD, pero se evalúa y se trabaja en lo que el paciente tiene como prioridad. Siempre va primero la persona, con quién me encuentro, eso es re importante... la escucha atenta y ver a quién tengo enfrente: si la persona está abierta, si está cerrada, saber qué le gusta, que hace, el contexto en el que está, cuál es su círculo, qué es lo importante para ella" (foco de intervención en valores, creencias y espiritualidad)

-"Siempre arranco con una pregunta abierta que es: '¿Qué es lo que más te molesta? ¿Cómo te estás sintiendo en este momento?' y ahí empiezo a desandar un camino ... porque si empiezo con la típica pregunta con la que hubiera arrancado sin tener formación '¿qué te está costando hacer? ¿qué te gustaría hacer que no estás haciendo?' es como que limito mucho el hacer. A este paciente le pregunto eso, cómo te estás sintiendo, qué es lo que más te molesta y ahí, a través de la entrevista, una entrevista abierta, ir desandando esto que él me va contando en relación a cómo se siente, que a veces tiene que ver con la posibilidad de hacer o no hacer; y, a veces tiene que ver con su estado de ánimo, con otras cosas... Siempre los primeros encuentros van más a establecer un vínculo de confianza y de que nos conozcamos mutuamente. Mi tratamiento es individualizado y acorde a lo que cada paciente trae, a sus necesidades" (foco de intervención en valores, creencias y espiritualidad)

-"Primero conocer las características del cliente, eso es como saber quién es, qué le está pasando, quién fue en la vida, cómo reacciona ante situaciones adversas, ósea necesito saber con qué recursos este paciente cuenta para ver a qué va a adherir y a qué no" (foco de intervención en valores, creencias y espiritualidad)

PACIENTES AMBULATORIOS

"Bueno... obviamente como ya vieron otros casos, siempre se tiene en cuenta primero al paciente antes que sus destrezas, entorno y que se yo... sino bueno, es este paciente, en esta situación y en este contexto en el que se encuentra, y bueno... cómo intervenir a partir de esto" (foco de intervención en valores, creencias y espiritualidad)

- -"La persona es lo primero que tengo en cuenta, quién tengo enfrente, su personalidad, su historia... entender que esta paciente era profesora de historia medieval con todo lo que eso implica para después planificar las intervenciones" (foco de intervención en valores, creencias y espiritualidad)
- -"Como el dolor interfería en las actividades diarias, primero lo que hicimos fue trabajar en el control del dolor" (foco de intervención en funciones y estructuras corporales)
- -"Yo en el consultorio al principio hacía más lo que es termoterapia, vibración, elongación... poder movilizar para que después, al final de la sesión, pueda subirse la pierna solo y se ponga la media y la zapatilla" (foco de intervención en funciones y estructuras corporales)
- -"Actualmente cómo intervengo con él... con el dolor, porque ahora su tumor le produjo una hemiplejía faciobraquiocrural derecha, entonces ahora estamos trabajando toda esta cuestión con el tema de las movilizaciones, con el tema de que él pueda acostumbrarse a esta nueva falta de, o incapacidad" (foco de intervención en funciones y estructuras corporales)
- -"No podía dormir por el dolor, no se podía acostar porque no podía apoyar la pierna, entonces empezamos a trabajar con la esposa -que era quien lo acompañaba- sobre las posiciones que él podía adoptar para dormir" (foco en funciones y estructuras corporales)
- -"Trabajamos con lo que es la debilidad muscular, la hipotonía, astenia -hay astenia de base que es secundaria al cáncer- (que es este cansancio crónico para moverse, para concentrarse, para sostener una entrevista), esto tiene que ver con la enfermedad de cáncer, y después está la fatiga relacionada a la quimioterapia, entonces había que diferenciar bien de qué y en base a eso brindar un tratamiento. Hubo mucho ejercicio físico para tratar esto y las actividades de ocio que también ayudaron en la parte cognitiva, porque ella realmente necesitaba mucha precisión mucha concentración para pintar, pintaba cosas muy chiquititas, entonces eso servía" (foco de intervención en funciones y estructuras corporales)
- -"Yo creo que en paliativos es difícil pensar en algo muy compartimental por el estilo de abordaje, ósea ya desde un modelo que te dice que se llama modelo holístico, es como.. son muchos aspectos que vos consideras al momento de intervenir. Para mí lo que es más importante es que vos no consideras solamente el aspecto físico, que es donde solemos caer con mayor frecuencia, ósea, en paliativos prima mucho el aspecto emocional, el momento de la enfermedad, las necesidades puntuales que presenta el paciente que a veces no tiene que ver con el momento de la enfermedad en el que se encuentre... todo pesa mucho al momento de proponer algo que realmente sea significativo. Vamos a la trascendencia, vamos a lo realmente importante, priorizamos... No intervenimos en todo en esa etapa de la vida... hay un plan específico acorde a valores, creencias, modelos; o sea qué es lo que ese paciente quiere, qué es lo importante para él" (foco en valores, creencias y espiritualidad)

Focos de Intervención Destrezas de Ejecución

PACIENTES INTERNADOS

- -"Las primeras intervenciones que se realizaron desde el área apuntaron a favorecer los cuidados posturales en cama, más que nada la alineación y confort." (Foco de intervención en destrezas motoras: alinear)
- -"…las intervenciones en destrezas fueron a través de sugerencias, más que nada realizar ejercicios para favorecer habilidades gráficas, ya que este paciente refería dificultad para la escritura y angustia por pérdida de su letra…es decir en como agarraba el lápiz, o cuanta fuerza hacía para escribir…" (Foco de intervención en destrezas motoras: apretar y calibrar)
- -"ella estaba tan débil que al principio cuando trabajamos transferencias se trabajaba también con destrezas motoras: fuerza en los brazos, la correcta postura, alineación, cómo transferirse sin riesgos... trabajé la función a través de la actividad; y con ella no trabajamos puntualmente la función en sí, sino que capaz no lo hacía perfecto pero se buscaba realizar las transferencias para que lo haga de forma segura y sin riesgos... pero con ella no... no se buscaba que lo haga perfecto sino que se veía "¿cómo estás? ¿cómo lo podes hacer?" y bueno, dale hagamos" (Foco de intervención en destrezas motoras: alinear, posicionar)

PACIENTES AMBULATORIOS

- -"...trabajamos un poco en eso, mientras se le aliviaba el dolor pensábamos en ver qué postura adoptar durante el día, tratar de adecuar el dispositivo de marcha que él había como adoptado y que era funcional realmente" (Foco de intervención en destrezas motoras: posicionar, alinear y estabilizar)
- -"...vamos a trabajar sobre las destrezas con las habilidades ya que hay una afectación estructural en él y desde la función..." "...desde un enfoque más adaptativo e intervenir en destrezas porque no podemos intervenir en estructuras y funciones ya que no podemos intervenir desde la estructura porque es una lesión presente."
- -"...primero ver qué pasaba con sus muletas, porque él llegó y nos dijo que las agarró él. Trabajamos un poco sobre el uso correcto de este dispositivo de asistencia para la marcha, regulamos la altura, porque el vino así *eleva hombros*" (Foco de intervención en destrezas motoras: alinear y alcanzar)
- -"entonces empezamos a trabajar con la esposa que era quien lo acompañaba sobre las posiciones que él podía adoptar para dormir" (Foco de intervención en destrezas motoras: posicionar)

Focos de Intervención Patrones de Ejecución

PACIENTES INTERNADOS

-"...no podía compartir una comida con su familia, comiendo, lo compartía estando, ordenaba, también eso yo trabajaba, "bueno, ¿qué podés hacer vos por ese encuentro? no podés comer pero podes charlar..." "...trabajaba mucho más desde lo simbólico, su lugar como integrante de la familia, desde otro lugar, que no estaba acostumbrada y lo tuvo que tomar de un dia para otro, eso también pasa mucho. Revalorizar a ella como su lugar de poder, del hacer desde otro lugar, mucho más cognitivo y no tanto motor." (Foco de intervención en roles)

-"...Pero esta paciente que es una mujer joven, es una profesional, ella es contadora. Entonces es una persona que quiere mantenerse activa, quiere seguir trabajando, entonces tratamos que dentro del hospital, dentro de sus posibilidades, si ella no está muy estresada también le permitimos que se lleve su computadora, porque ella hace el trabajo desde ahí..." (Foco de intervención en roles)

-"...lo que trabajaba era en poder facilitarle a esta paciente momentos de encuentro con sus hijos..." "...invertía toda su energía en las AVD de ella y de sus hijos y no podía propiciar momentos de encuentro de otro tipo con los hijos, como son los momentos de juego. Por eso mis sesiones eran planificar una actividad lúdica de interés para los chicos, pero teniendo en cuenta las habilidades motoras de ese momento de la paciente." (Foco de intervención en roles) -"Roles lo trabajé en el sentido de ponderar la posibilidad de él de elegir, de decir bueno a ver , esto de la dependencia, del gran impacto que tenía la dependencia en otros, en que él pudiera elegir, por ahí la institucionalización le indica mucho porque no puede elegir el horario en que lo cambian etc, pero que él realmente pueda plantear ciertas preferencias al momento de los cuidados del cuerpo por ejemplo, entonces ponderarlo a él en ese rol y yo ser como una facilitadora intermediaria entre eso y el enfermero, entre eso y la médica, dejarlo registrado en la historia clínica y laburar con el equipo. Pero también ahí estás trabajando el rol, el rol que tiene en su autocuidado porque no puede desde lo físico, pero puede desde la decisión." "- ¿Cuál sería entonces el rol que trabajaste con este paciente? ¿Se podría decir entonces que también trabajaste la toma de decisiones en cuanto a sus rutinas de autocuidado?" "- emmmmm, yyyy en cuanto a el rol, sería él como paciente y el derecho que esto le implica, sí sería el rol de paciente..." "Si, totalmente se conversó con el paciente acerca de la necesidad de establecer una rutina y de cuando él prefería higienizarse. Cuando un paciente se encuentra internado es necesario este tipo de orden ya que este tipo de pacientes tiende a perderse en relación al horario y los tiempos y a este paciente le pasó eso" (Foco de intervención en roles y rutinas)

-"...bajó muchísimo de peso, ahora estamos otra vez en los hábitos saludables, eso también lo trabajamos, pero ella ya antes era así por su trabajo, no almorzaba, es parte de su historia

ocupacional, entonces bueno que las comidas las refuerce..." (Foco de intervención en rutinas y hábitos)

-"Otro hábito que incorporó son las siestas, aunque ella no lo hacía; se le indicaron por lo menos 20 minutos de descanso horizontal, que es necesario para continuar el día." (Foco de intervención en hábitos y rutinas)

-"uno en general, o la mayoría de veces, cuando uno lee cuidados paliativos se encuentra mucho con lo que es actividades significativas..." "Para esta persona era importante hacerse un plan de ejercicios digamos, por más que mi objetivo no era que incremente fuerza, rango, mi objetivo es que ella participe y se puede pueda organizar, porque justamente en ella las pérdidas era algo que no lo podía procesar. Si ella quería hacer ejercicios, y era algo que ella quería participar de eso. en este caso sí la intervención fue con ejercicios porque ella lo demandaba, ella manifestó que quería seguir realizando los ejercicios que realizaba antes de la internación, es por esto que se pactó con ella una rutina donde se le brindaron espacios para que siga realizando sus ejercicios" (Foco de intervención en rutinas)

PACIENTES AMBULATORIOS

-"ahora estoy interviniendo en que sostenga la rutina que logró, digamos con los altibajos de las quimios, pero que sostenga lo que logró porque más no puede y menos sería seguir perdiendo. Entonces, ahora por ejemplo tiene una rutina de que se levanta, va con el andador al baño, después programamos tres veces por semana con una chica, maestra no sé qué es, de pintura porque a ella le gusta mucho pintar, entonces tres veces por semana tiene programado un taller... ir incorporando actividades y que no pase todo el día tirada en la cama esperando la visita de algún familiar, con mucho tiempo para pensar" (Foco de intervención en rutinas)

-"...no está en condiciones de sostener una rutina laboral, pero sí trabajamos desde la organización de su rutina con los familiares. Y con él, la realidad es que primero organizamos el cronograma de asistencia con los familiares." (Foco de intervención en rutinas)

-"En ese momento me acuerdo que habíamos organizado, estructurado su rutina cotidiana, era una paciente de edad laboral activa que había dejado de trabajar desde su diagnóstico, no había retomado su trabajo hasta ese momento, de hecho no retomó su trabajo previo, sí hizo otras actividades laborales, entonces trabajamos sobre eso, su estructuración de la rutina, una rutina que estaba como muy desbalanceada por el dolor..." "...y a aliviar el dolor, tratamos de trabajar en esto de adoptar inmediatamente descansos, organizar las actividades..." (Foco de intervención en roles y rutinas)

-"Con este paciente trabajamos las rutinas, con los roles también. Ah porque esta cuestión de volver a su trabajo, aunque sea, el tipo tiene en su oficina, tiene gente que labura con él, pero

hacer esto de aunque sea ir un ratito a la oficina, aunque sea dos veces por día, a él lo ayudó ehh, en su rol de trabajador, y también en su rol de esposo de esto de, digamos para no sentirse una carga para la esposa, como yo les decía, esto de sentirse independiente y de disminuir la sensación de sentirse una carga, ehhhh, también digamos está trabajando el rol de esposo, porque él me refería vergüenza cuando su esposa lo tenía que bañar, que me tenga que limpiar el culo, así me decía, y es cierto no? Entonces, uno desde nuestro rol ayudamos a eso también." (Foco de intervención en rutinas y roles)

- -"antes su ocupación principal era el cuidado del esposo, rol de cuidadora, pero ella no es capaz de cuidarse a sí misma por lo que obviamente menos podía cuidar a su esposo; pero el equipo se ocupaba de mandarle las cuidadoras que necesitaban, las nutricionistas para el tema de la alimentación, kinesiólogo... como que el equipo se ocupaba de la atención de su esposo pero la hacíamos participar en esto para que ella sintiera que lo estaba cuidando, aunque no podía tomar ni una decisión, por ejemplo, decir me voy a comprar una tarta de acelga no puede.. no puede en realidad.. por eso se intenta que, si bien participe en la toma de decisiones, se la acompaña más que nada, pero el cuidado del marido siempre estuvo a cargo del equipo, ella creía que lo cuidaba, pero nunca lo cuidó ella." (Foco de intervención en roles)
- -"Él padeció primero la pérdida como rol de trabajador, el rol que ocupaba mayor tiempo en su vida cotidiana, hizo un duelo de este rol, surgió mucho esto de que quizá no pueda volver a trabajar entonces buscamos la manera de ver cómo adoptar este nuevo rol que para él era tan importante desde otra actividad, en este caso surgió este microemprendimiento" (Foco de intervención en roles)
- -"...Es un paciente emmmm que está muy angustiado por su trabajo, porque es arquitecto y bueno abordé bastante el tema laboral que es la inquietud más grande que él tiene..."
- -"...También trabajamos el tema laboral, como les decía, que a él lo tenía bastante angustiado, porque no podía ir a su oficina. Entonces yo un día lo que hice fue, en lugar que el paciente vaya a consultorios externos, yo fui a la oficina, y le adapte todo para que él pueda hacer todo desde la silla de ruedas. Adaptamos el escritorio, la computadora, su lugar de trabajo, para que él pueda seguir yendo a trabajar que era lo que más le angustiaba" (Foco de intervención en roles y entorno físico)
- -"Después se lo incitó a levantarse, que por lo menos haga las cuatro comidas levantado, en la cocina porque lo hacía de fiaca antes... y ahora hace las cuatro comidas levantado, lo cambió un montón.." (Foco de intervención en hábitos y rutinas)
- -"pero esta paciente come como un pajarito entonces le hice como un registro, que aparte cuadra perfecto con su personalidad porque anota todo, así que anota todo lo que come en el desayuno, merienda, cena y si come algo extra y va haciendo un registro para que los médicos también

vayan viendo cómo es la alimentación. Y otra cosa que también hicimos, ella se desorganiza, para ella todo es mucho... si tiene que ir a la farmacia es un montón .., entonces por ejemplo, iba a hacer las compras y se olvidaba algo y tenía que volver a salir; así que se intervino para que planee las comidas que iba a hacer y arme una lista de compras con todo lo que pueda llegar a necesitar y salga solo una vez a realizar las compras." (Foco en hábitos y rutinas)

-"escucha y soporte en relación a qué cosas disparaban en sus ataques de pánico emmm y otra vez, nuevamente en recursos internos más allá de la pastillita el lorazepam que tenía en la mesita de luz, ehhh que otro recurso le servía, ella era muy creyente y le tranquilizaba rezar, pasa que a veces podía y a veces no, depende de la intensidad del ataque de pánico" (Foco de intervención en rituales)

Foco de Intervención Contexto y Entorno

PACIENTES INTERNADOS

- -"En cuanto a trabajo pusimos un atril para que ella esté más cómoda con la computadora..."(Foco de intervención en entorno físico)
- -"...pero con el novio había que trabajar un montón en cuanto a la asistencia de ella, ya que los hermanos iban de visita y el novio la asistía para ir al baño etc, los hermanos no la llevaban al baño porque no sabían y eso también recargaba un montón al novio así que trabajamos mucho con él"(Foco de intervención en entorno social)
- -"...le permitimos que se lleve su computadora, porque ella hace el trabajo desde ahí y también posicionamos el brazo a la hora de trabajar con la mesa del hospital, con un atril, para cuidar también su postura y todo lo que es la mecánica corporal adecuada frente a las actividades que desempeña." (Foco de intervención en entorno físico)
- -"Lo que se hizo desde el equipo, no solamente desde TO, fue hacer una interconsulta con servicio social para empezar a armar una red de apoyo para la externación del paciente cuando estuvieran dadas las condiciones después de que mejoren las lesiones, y se pueda controlar el dolor" (Foco de intervención en entorno social)
- -"Desde TO específicamente para entrenarlo en cómo asistirlo y cuánto asistirlo. Entrenamos también a este medio hermano que se convirtió en cuidador principal para que en la externación pudiera asistirlo" (Foco de intervención en entorno social)
- -"Adaptamos los cubiertos y algunos elementos de higiene como el cepillo de dientes para que él pudiera reconocerlos por el tacto. Sugerimos algunas adaptaciones ambientales, principalmente fue quitar algunos muebles que iban a dificultar por ahí la deambulación del paciente en el hogar. Cambiamos la cocina, porque el paciente refería que le gustaba mucho tomar mates, que eso quería seguir haciéndolo, entonces buscamos que pudiera tener una pava

eléctrica para que no manipule encendedor ni fuego con las hornallas y eso pudiera hacerlo solo, eso se consiguió. Se adaptó la pava también y se le explicó al paciente como usarla porque no era un objeto que él usaba cotidianamente. Después se quitaron también algunos elementos de la habitación para que él se pudiera manejar y se identificaron algunos estantes para que él pudiera organizar su ropa e identificar dónde estaba cada cosa. Eso en el ambiente. Todo esto durante la internación." (Foco de intervención en entorno físico)

- -"Se intentó trabajar que esté más acompañado pero la hija laburaba un montón y la mujer tenía un antecedente psiquiátrico importante" (Foco de intervención en entorno social)
- -"...terminó redundando en su temor a morir ahogado. Desde TO fue la postura, tener el llamador a mano para pedir rescate..." (Foco de intervención en entorno físico)
- -"...también se trabajó en que pueda salir de la casa, que pueda participar de reuniones sociales con las amigas..." (Foco de intervención en entorno social)
- -"...cuando tuvo que usar andador trabajamos con las rampas; la casa no tenía así que las mandaron hacer a un carpintero... sí trabajé con la adaptación del baño: prescribí el elevador del inodoro, el duchador manual, para favorecer las AVD" (Foco de intervención en entorno físico)
- -"...también hubo un momento sobre su participación con los chicos donde no los podía vestir, ni bañarlos; pero podía poner límites porque era la mamá... era muy cognitiva, así que se encargaba de corregir las tareas escolares y establecer los límites. Trabajé mucho el rol de ella como mamá y cómo fue cambiando... y en proporcionar los momentos de juego con sus hijos" (Foco de intervención en entorno social: expectativas de las personas importantes -hijos-, expectativas de rol y rutinas sociales)
- -"...algo que también estuvimos trabajando mucho fue el uso de la computadora, aprendió a usar homebanking, que también es parte de las AIVD... costó mucho, pero con mis tutoriales y simples pasos pudo, entonces ahora ella maneja su plata y eso ya es un montón..." "después ella tiene un facebook y, aunque ella no le daba bolilla, poder socializar con el facebook es importante... también ella siempre escuchó radio, mira tele, es una paciente actualizada, le interesa la política y tiene un pensamiento muy crítico" (Foco de intervención en contexto virtual)
- -"se interviene sugiriendo adaptaciones para las AVD por dificultades referidas, barral para baño y barral para la cama." (Foco de intervención en entorno físico).

PACIENTES AMBULATORIOS

-"...trabajamos también con este paciente el tema de las adaptaciones y todo lo que es el equipamiento funcional en el baño y en la habitación digamos... para incrementar la

independencia funcional y para disminuir la sensación de sentirse una carga para la familia, porque eso era lo que más lo angustiaba en un principio, que la esposa lo tenga que bañar, que la esposa lo tenga que ayudar a vestirse..." (Foco de intervención en entorno físico)

- -"También trabajamos el tema laboral, como les decía, que a él lo tenía bastante angustiado, porque no podía ir a su oficina. Entonces yo un día lo que hice fue, en lugar que el paciente vaya a consultorios externos, yo fui a la oficina, y le adapté todo para que él pueda hacer todo desde la silla de ruedas. Adaptamos el escritorio, la computadora, su lugar de trabajo..." (Foco de intervención en entorno físico)
- -"Este paciente tiene una familia muy contenedora. Una familia que lo ayuda, que lo asiste, que lo acompaña en el tratamiento... eso es fundamental y también trabajamos con la familia porque la verdad que cuando hay una familia que se ocupa tanto del paciente, también esta familia se estresa y se angustia mucho, entonces nosotros como equipo también trabajamos con la familia del paciente... ehhhh los ayudamos todo lo posible para que no se estresen, para que puedan asistir al paciente dentro de las posibilidades que tiene cada uno y que no se angustien por no poder brindar más de lo que ellos pueden... hacemos un trabajo en conjunto al psicólogo y el médico" (Foco de intervención en entorno social)
- -"es especial el caso... viven en una casa muy humilde con el papá de la paciente, entonces viven la paciente, la hija y el papá de la paciente. Las condiciones de precariedad de la casa es... casi les digo inhumanas; las puertas de madera están comidas por ratones nono terrible.. terrible todo, casi que no se puede caminar por la casa de la mugre que hay, de las cosas tiradas en el piso. Se intervino en tratar de organizar el ambiente, en mejorar la higiene; esa casa que tiene calefón eléctrico, no estaba calefaccionada hasta hace un mes nada menos, pasó todo el invierno envuelta en frazada en esa casa... uno iba y no se sacaba la campera, para que vean.. ehh desde el equipo consiguió que le pudieran colocar unos calefactores así que por suerte eso se solucionó, pero igual la vivienda está en condiciones de precariedad total" (Foco de intervención en entorno físico)
- -"...cuando yo veo y evalúo el baño, veo que se puede utilizar un banco de transferencias o bien una tabla de transferencias... así que bueno, se pidió y el hospital le mandó la tabla de transferencias y ahora obviamente que el enfermero lo ayuda a transferirse y a entrar en la bañadera y se sienta en la tabla y se baña con el duchador sentado dentro de la bañadera"
- -"También tenía una silla para adentro de la casa, que también era del hospital, porque ante tramos largos el se agitaba, era una silla de traslado y no se podía usar para la calle... entonces se pide un cambio de silla" (Foco de intervención en entorno físico)
- -"...seguimos laburando que pueda hacer (ya que le gusta tanto salir y tiene este acompañante) que pueda ir al negocio, a darse una vueltita con la silla obviamente... Luego de trabajar tantos

años en ese lugar y ahora hace como más de 8 meses que no va, volver al negocio, ver y sentir lo que él antes hacía, encontrarse con los vecinos del barrio y sus ex clientes le va a hacer bien..." (Foco de intervención en entorno social)

- -"este medio hermano al principio no quería hacerse cargo de su cuidado, se lo asesoró desde el equipo. Tiene una hija que colabora en algunos aspectos del cuidado del paciente, pero con mucho sustento desde el equipo. Trabajamos un montón con esto sobre como asistirlo y hasta donde por lo menos desde TO, yo me estoy encargando ahora, principalmente para que él no pierda la independencia que logramos mientras el tiempo que estuvo internado que fue lo que trabajamos y para que el familiar que ya viene con una base de poco interés hacia el cuidado no se sobrecargue tan rápido y pueda hacer los cuidados básicos que el paciente necesita." (Foco de intervención en entorno social)
- -"trabajamos el uso del teléfono. Él tenía mucho miedo de descomponerse y no poder avisar, el medio hermano tenía un teléfono de línea que no usaba, entonces lo que hicimos fue armarle una adaptación al teléfono, uno de los botones." (Foco de intervención en contexto virtual y entorno físico)
- -"empezamos a trabajar con la esposa que era quien lo acompañaba sobre las posiciones que él podía adoptar para dormir" (Foco de intervención en entorno social)
- -"sí hubo un momento que vinieron todos los hijos, la esposa y él, una sesión familiar. Ellos pidieron si el equipo se podía encargar de informar a los hijos sobre su enfermedad, así que se programó esta reunión familiar. Se buscó que los hijos dijeran sus dudas, o que piensan de la enfermedad de papa, o como lo ven y se va trabajando por ahí sesión a sesión. Eso lo hicimos todos juntos desde el equipo, no una intervención de una disciplina sola." (Foco de intervención en entorno social)
- -"empezó a bañarse sentada, vimos el tema de donde poner los barrales pero más que nada para darle seguridad a ella" (Foco de intervención en entorno físico)
- -"...en la cama pusimos unas sogas, entonces él se agarra de las sogas y se pasa solo a la silla..."

 (Foco de intervención en entorno físico)