

2014

Características de la postura y conciencia postural en los estudiantes de terapia ocupacional : una evaluación enfocada desde la mirada de la educación postural activa

Enev, Ana Victoria

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/297>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN TERAPIA
OCUPACIONAL

Características de la postura y conciencia postural en los estudiantes de Terapia Ocupacional

*Una Evaluación enfocada desde la mirada
de la Educación Postural Activa*

Por:

Enev, Ana Victoria

Rolando, Soledad

MAR DEL PLATA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ARGENTINA. 2014.-

HOJA DE FIRMAS

Directora:

Lic. en Terapia Ocupacional

Porro, Sandra

Asesoría Metodológica:

Asignatura Taller de Trabajo Final

Autoras:

Enev, Ana Victoria

DNI: 35.043.057

Rolando, Soledad

DNI: 35.033.579

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS DE ANITA Y SOLE

A nuestra directora de tesis Sandra Porro, por su inagotable paciencia, por compartir con nosotras sus conocimientos y alentarnos a seguir construyendo.

A Norma Gordillo, por su guía, apoyo y dedicación para resolver cada duda que iba apareciendo. Por animarnos y estimularnos en cada paso de este trabajo.

A Luisa Fernández y Ana Auzmendis por su predisposición y dedicación.

AGRADECIMIENTOS DE SOLE

A mi mamá y mi papá, sin quienes nada de esto hubiera sido posible. Gracias por confiar en mí, por apoyarme incondicionalmente siempre y en todo lo que me he propuesto, por enseñarme a disfrutar y amar lo que hago. Por ser el ejemplo y guía que necesito, gracias por hacerlo con tanto amor.

Gracias a toda mi familia, Facu gracias por acompañarme y demostrarme con humildad y amor que todo es posible, gracias por estar siempre. Mis abuelos, que entre velas y rezos siempre confiaron en mí y estuvieron presentes acompañándome durante toda la carrera. A mi madrina, gracias por estar siempre en todos los momentos importantes, por bancarme y compartir mis logros.

A mi segunda familia, Lu, Mau, Agus, y Meme, gracias por ser mi mayor sostén durante estos años, por bancarme en todas, por contenerme y acompañarme siempre, gracias por tener siempre la palabra justa!!

Mi vida en Mar del Plata no hubiera sido lo mismo sin ustedes; Marie, gracias por enseñarme tantas cosas, sos un ejemplo para mí, gracias por todo tu apoyo. Gracias Bichi por hacerme ver siempre que nada es un obstáculo que no se pueda superar.

Además de todo lo que me brindó la carrera desde lo académico y personal, me cruzó con personas maravillosas que me acompañan y con quienes he compartido

tantos momentos hermosos, gracias a mis compañeras del alma, Mari, Ro, Manu, Sol, Evi, Gi, Macky, Nati, Nori, Fer.

GRACIAS INMENSAS a mi compañera de tesis, Nanu gracias por tu paciencia y predisposición, es un honor haber transitado esta última etapa con vos!

A Juani, mi gran compañero, gracias por bancarme, por tu paciencia, por compartir esta última etapa conmigo escuchándome, conteniéndome y aportando con tus conocimientos para lograr esta meta. Gracias por hacerme sentir siempre tan acompañada.

Y por último gracias a todas las personas que de alguna u otra manera me han acompañado en este camino; a todos ellos: ¡Muchas gracias!

AGRADECIMIENTOS DE ANITA

Después de tantos años, meses, semanas, días, horas, de leer kilómetros y kilómetros de libros, apuntes y resúmenes; de compartir mates, y días enteros de estudios, llegó el momento. Se cumple un ciclo, pero también un objetivo, un sueño.

Mi alegría es inmensa, y quisiera compartirla con mi gente linda y necesaria... No tengo más que palabras de agradecimiento en primer lugar para mis papás que incondicionalmente me acompañaron en cada paso de esta hermosa carrera y confiaron en mí, brindándome infinito amor siempre.

A mis hermanos y cuñados, Maiu, Vladi, Pepe, Cris, Ido y Mara, mis primos Lucas y Celi, a mi abuela Quita y a mi madrina por alentarme, compartir mis alegrías y contenerme en mis frustraciones. A mis sobrinos Oi, Luken, Markel, Martín y Jime que inundan mi vida del amor y energía más puro que puede existir: la de los niños.

A Fran, mi compañero de vida, por ser mi sostén, por complementarme en todos los aspectos y ayudarme a crecer. Y a su familia Fabi, Eduardo, Fausti y Nico por ser mi segunda familia.

A mi amiga y compañera de tesis Sole, por su complicidad, por hacer de cada tiempo de producción un tiempo ameno, descontracturado y positivo; por su apoyo, por su escucha, por empujarme.

A Jime, Guille, Flor y Sol, mis amigas de toda la vida, y a las que la Terapia Ocupacional me ha regalado, Manu, Mari, Macky, Evy, Gi, Ari, Guille, con las que fui creciendo desde lo académico y lo personal.

Y por último, pero no por ello menos importante, a las Terapistas Ocupacionales que más han marcado mi camino, desde lo intelectual, desde lo personal, desde lo emocional, contagiándome su pasión por esta enormemente humana profesión: Graciela Bacigalupo, Luisa Fernández, Mariel Partarrié, Silvina Oudshoorn, Romina Pendás.

Y a todos los que, de alguna u otra forma, me acompañaron en este bello camino.

A todos, ¡muchas gracias! Les comparto esta producción y mi alegría inmensa!

ÍNDICE

Hoja de Firmas	1
Agradecimientos	2
Introducción	9
Estado Actual de la Cuestión	11
Referencias Bibliográficas	19
MARCO CONCEPTUAL	21
CAPÍTULO I: EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA	22
Definición de la Educación Postural Activa	23
Desglosando conceptos	23
<i>Educación</i>	23
<i>Postural</i>	25
<i>Activa</i>	25
Orígenes y Fundamentos de la Educación Postural Activa	26
<i>Método Mézières</i>	26
<i>La Antigimnasia</i>	29
<i>Reeducación Postural Global (RPG)</i>	32
<i>Stretching Global Activo (SGA)</i>	34
<i>Método Rolfing</i>	35
<i>Eutonía</i>	36
<i>Método Feldenkrais</i>	38
Objetivos de la Educación Postural Activa	41
Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa.....	42

Educación Postural Activa y Niveles de Atención	43
Englobando conceptos: Educación Postural Activa y T.O	45
CAPÍTULO II:POSTURA	49
Definiendo Postura	50
Definición Tradicional	50
¿"Buena" postura, "mala" postura?	51
<i>La Morfología Perfecta</i>	52
Hacia una concepción global de la postura	54
<i>Cadenas Musculares</i>	55
<i>Integración de las estructuras del cuerpo humano</i>	59
<i>La influencia de la gravedad en la postura</i>	65
CAPÍTULO III:CONCIENCIA POSTURAL	68
Conciencia corporal.....	69
Percepción y sensación postural.....	70
<i>Sensación Postural</i>	70
Habitar nuestro cuerpo, tomar conciencia de él	72
CAPÍTULO IV:EVALUACIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL	74
Proceso de Evaluación	75
Métodos de Evaluación.....	76
ASPECTOS METODOLÓGICOS	78
Problema	79
Objetivos	79
<i>General</i>	79

<i>Específicos</i>	79
Variables de Estudio	79
<i>Variable I: Características de la Postura desde el enfoque de EPA</i>	80
<i>Dimensionamiento de la Variable I</i>	83
<i>Variable II: Conciencia Postural</i>	87
<i>Dimensionamiento de la Variable II</i>	90
Tipo de Estudio	95
Selección del Diseño de Investigación	95
Población	96
Muestra	96
Método de Selección de la Muestra	96
Criterios de Selección de la Muestra	96
<i>Criterios de Inclusión</i>	96
<i>Criterios de Exclusión</i>	97
Procedimiento de Recolección de Datos	97
Técnicas de Recolección de Datos	97
Análisis de Datos	98
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	100
Presentación de la muestra	101
Resultados obtenidos de la observación estructurada acerca de las características posturales de los estudiantes	104
Resultados obtenidos de la encuesta autoadministrada a estudiantes acerca de las características posturales y conciencia postural	122

Resultados comparativos entre la encuesta autoadministrada y la observación estructurada139

CONCLUSIÓN 154

BIBLIOGRAFÍA GENERAL..... 158

ANEXOS 162

Anexo I: Hoja de Consentimiento Informado163

Anexo II: Test de Observación Estructurada de las Características de la Postura164

Anexo III: Cuestionario Autoadministrado.....169

Anexo IV: Tablas175

INTRODUCCIÓN

La postura y la estructura corporal son temas que resultan de interés no sólo para la actualidad, sino que han constituido un desafío desde épocas remotas. El culto al cuerpo que han manifestado las distintas culturas y civilizaciones antiguas, como el pueblo griego, el chino y el indio, da cuenta de la importancia que se le otorgaba a la postura, desde tiempos impensados.

Sin estar ajenas a este interés, decidimos realizar el Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa, materia optativa de la currícula de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Realizarlo como estudiantes avanzadas de la carrera permitió contar con una visión más integral y holística de la persona, invitándonos a re-pensar el cuerpo y la postura, no solamente en aquellos a quienes puedan requerir nuestra atención; sino, poniendo énfasis en nuestro rol como futuras/os Terapistas Ocupacionales.

A partir de los temas tratados en dicho Seminario, surge como inquietud ahondar acerca de las características posturales y conciencia postural de los estudiantes de Terapia Ocupacional; poniendo énfasis en la importancia del cuerpo y su postura en dichas personas como futuros profesionales.

Como Terapistas Ocupacionales contamos con una “herramienta” fundamental para poder vincularnos y relacionarnos con el otro: el cuerpo. Ser conscientes de él, conocerlo, apropiarse, constituye el primer paso para entablar el vínculo y colaborar con el bienestar de quien se acerque, en un futuro próximo, al espacio de Terapia Ocupacional.

Consideramos que de poco servirá involucrarnos con el cuerpo del otro, sin conocer ni habitar el nuestro. La forma de conocer, y por ende, manejar esta herramienta tan preciada a través de las distintas posturas adoptadas, constituye una variable muy importante a tener en cuenta en la calidad de nuestro futuro accionar.

Bajo esta mirada, pensamos el rol tanto del Terapeuta Ocupacional como el del alumno como un agente de salud, que ha de comprometerse desde la educación y la

promoción de la salud de las personas. Para que esto sea posible, resulta imprescindible el conocimiento de nosotros mismos a partir de la percepción de nuestro cuerpo, su postura habitual, sus capacidades, y posibilidades de uso y modificación. Así, siendo conscientes del propio cuerpo, nos encontraremos frente a otro desafío: el de iniciar un aprendizaje corporal a partir del cual sea posible descubrir posturas saludables que promuevan un mejor desempeño en las actividades significativas y conlleven, así, a una mejor calidad de vida.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Luego de un rastreo bibliográfico llevado a cabo durante el período julio 2013, junio 2014 en el Centro Médico de la Ciudad de Mar del Plata, en la Biblioteca Central de la UNMDP (Hemeroteca), en la Biblioteca del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la UNMDP y en la Biblioteca de la Universidad Fasta Facultad de Ciencias Médicas, no se detectó información pertinente respecto a las características posturales y conciencia postural de los estudiantes de los últimos años de la carrera de Terapia Ocupacional de la UNMDP.

Sin embargo, entre los hallazgos se han localizado tesis de grado y publicaciones de artículos, que centran su investigación en el trabajo corporal y/o postural en diversas poblaciones de estudio:

En el año 2001, las autoras Barrios Mónica, Occhi María José, de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su tesis de grado: "Mecanismos Posturales para prevenir el dolor lumbar en Auxiliares de Enfermería" estudiaron en qué medida el conocimiento sobre los mecanismos posturales de las auxiliares de enfermería se relaciona con la aplicación de los mismos al movilizar pacientes. El estudio se realizó con 45 Auxiliares de enfermería de sexo femenino, que llevan a cabo movilizaciones a adultos en la ciudad de Mar del Plata en el Servicio de Medicina Preventiva SATE del Hospital Privado de la Comunidad.

El mismo contó con un equipo interdisciplinario en el que la educación, concientización corporal y aplicación de principios ergonómicos son áreas claves de la práctica de la T.O.

El diseño de dicha investigación fue exploratorio- descriptivo de corte transversal.

La técnica de recolección de datos fue un cuestionario con preguntas semiestructuradas.

Al finalizar la investigación concluyeron que el mayor porcentaje posee escaso conocimiento sobre mecanismos posturales. Para prevenir el dolor lumbar al movilizar al paciente, el 62,2% aplicó insuficientemente los mecanismos posturales. (1)

En el año 2003, las autoras Aguirre María José, Schmale Érica y Villareal Mariela Inés de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su tesis de grado: "Intervención del Terapeuta Ocupacional en una escuela de espalda" estudiaron cuáles son los efectos de la intervención del Terapeuta Ocupacional sobre la Mecánica Postural, Desempeño ocupacional y Dolor en 30 pacientes adultos (mayores de 20 años), que hayan presentado dolor de espalda y que concurran a dicha Escuela, del Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata durante el período enero-diciembre, años 2000, 2001, 2002 y en marzo del 2003.

El tipo de investigación fue exploratorio– descriptivo, no experimental con pre test y post test y control de un solo grupo.

La técnica de recolección de datos utilizada fue una entrevista semiestructurada.

Al finalizar la investigación concluyeron que la intervención de Terapia Ocupacional en esta escuela de espalda benefició a la población objetivo, ya que hubo adherencia terapéutica después de 6 a 18 meses de haber concluido el programa. La intervención favoreció el desempeño de las actividades de tiempo libre, el programa cumplió con las expectativas de la mayoría de los pacientes quienes mencionaban haber logrado un mejor manejo del cuerpo. (2)

En el año 2009 Espinoza Navarro Oscar, Valle Samuel, Berrios Gastón, Orta Javier, Rodríguez Héctor y Rodríguez Manuel de la Universidad de Tarapacá, Facultad de Ciencias, Arica, Chile, publican su trabajo: "Prevalencia de alteraciones posturales en niños de Arica, Chile. Efectos de un programa de mejoramiento de la postura".

Los objetivos del trabajo consistieron en calcular el índice de prevalencia de alteraciones posturales en una muestra de 120 alumnos de 4 años de edad en la

ciudad de Arica, Chile, y determinar el efecto de un programa de mejoramiento postural.

Las alteraciones posturales más frecuentes correspondieron a inclinación de hombros, escápula alada, escápula descendida, proyección anterior de hombros, pie plano, columna lumbar hiper lordótica e inclinación de la cabeza. A continuación se aplicó un programa de ejercicio muscular y reeducación postural de 8 meses y se realizó un análisis post test a todos los sujetos del estudio.

Los resultados mostraron disminución significativa de los índices iniciales de prevalencia en todas las alteraciones. Concluyeron que el alto porcentaje de alteraciones posturales presentes en niños de 4 años podría ser producto de actitudes viciosas que a futuro producen una estructuración inadecuada del cuerpo, por lo cual la aplicación de un programa de ejercicio muscular y reeducación postural disminuiría significativamente estas alteraciones. (3)

A mediados del año 2010 Contreras, Marlene y Martínez, Laura de la Universidad Nacional de Mar del Plata, presentaron su tesis de grado: "Construcción holística del rol profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional". El objetivo de dicho estudio consistió en conocer el significado que los Licenciados en Terapia Ocupacional, graduados entre los años 2000 y 2005 en la Universidad Nacional de Mar del Plata, le adjudican a la construcción holística de su propio rol profesional.

La investigación consistió en un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, transversal. Las técnicas de recolección de datos implicaron una entrevista semi-estructurada.

A través de los profesionales entrevistados se intentó observar la modalidad de transmisión de conocimientos teórico-prácticos que sustentan la Terapia Ocupacional y enmarcan la formación académica del futuro Licenciado en dicha profesión.

Al finalizar la investigación concluyeron que la internalización y valoración de la imagen creada acerca del proceso de construcción de su propio rol profesional no contempla completamente la formación holística del alumno como futuro agente de

salud, infiriendo como posible motivo la recepción pasiva de los conocimientos científicos que sustentan la disciplina y delimitan el rol de Terapeuta Ocupacional en el espacio de formación académica. (4)

En el año 2010, la autora Teruggi, Freda Ithati, de la Universidad Fasta, Facultad de Ciencias médicas, Lic. en Kinesiología en su tesis de grado "Actitudes Posturales en la Docencia" , estudió cuales son las actitudes posturales frecuentes que predisponen a dolores músculo esqueléticos en 100 docentes activos de la Educación Primaria Básica, de la Ciudad de Lobería.

El diseño de dicha investigación fue descriptivo, no experimental de corte transversal.

Al finalizar la investigación concluyó que la mayoría de las docentes adoptaban una postura incorrecta a la hora de trabajar, siendo esta la causal de dolor que se repite en la mayoría de los casos. Los sectores del cuerpo más afectados datan de la columna cervical y lumbar. Los tipos de dolores más frecuentes resultaron ser de tipo muscular en primer lugar, seguido por dolores de tipo articulares y nerviosos en menores proporciones.

No se observó relación entre los años de antigüedad en la docencia y presencia de dolor derivado de malas posturas. Así como tampoco se observó relación entre el conocimiento sobre los cuidados posturales y la presencia de dolor derivado de las posturas. (5)

En el año 2010, Grierson Cecilia publicó en la Revista Científica del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires. Año 2010 Nº 38 Enero Marzo 2011, un trabajo titulado: "Correcciones en los ejes Posturales en pacientes tratados con Tangoterapia Postural".

Se describió la Tangoterapia Postural como un método de re-educación de la postura estática y dinámica, que busca la corrección de los ejes posturales, la estabilización de la columna y la formación de un nuevo patrón postural que, a partir

de los pasos del tango, automatiza la correcta postura para trasladarla a la vida diaria. La finalidad de dicho estudio consistió en verificar el alcance del tratamiento "Tangoterapia Postural" en la corrección de los ejes de la postura. Se efectuó un estudio sobre 21 pacientes entre 18 y 79 años de edad, ambos sexos, que realizaron Tango Terapia Postural durante 10 sesiones con una frecuencia semanal de 90 minutos. Los pacientes presentaban dolores crónicos en su columna y la evaluación reveló una alteración de sus ejes posturales.

El equipo de trabajo fue conformado por una kinesióloga y un profesor de tango, que midieron la talla de los pacientes y la antepulsión de la cabeza y el cuello, antes y después de efectuarles el tratamiento postural. El mismo se basó en ejercicios globales, sensoperceptivos, de equilibrio progresivo, flexibilidad y fortalecimiento de la faja abdominal, incluyendo distintas variantes de pasos de tango. Al cabo de 10 sesiones de Tango Terapia Postural todos los pacientes evaluados disminuyeron la ante pulsión de cabeza y cuello, y las tallas corporales aumentaron. Por lo que se llega a la conclusión que la Tango Terapia Postural tiene un efecto correctivo de los ejes de la postura. Los pacientes tratados lograron, además, una disminución de sus dolores cervicales, mareos, cefaleas y lumbalgias destacando así una estrecha relación entre la alteración de los ejes posturales y los mencionados síntomas. (6)

En el año 2010, G. Galindo Moralesa, MP. Lalana Josab, MB. Sola Martínez, J. Sola Antónd publicaron su trabajo en la Revista Pediátrica de Atención Primaria, el mismo se tituló: "Aprendizaje de hábitos posturales y de ejercicio físico saludables en niños sanos con problemas leves de columna vertebral", Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza. España.

Se elaboró y desarrolló un programa que aumente los conocimientos de los niños y sus familias sobre una correcta higiene postural vertebral, establezca un hábito de ejercicio físico e implique a los niños en su autocuidado para prevenir futuras patologías de espalda.

Se incluyó a 13 niños en los que se detectaron problemas leves de espalda (con o sin dolor) en un programa elaborado conjuntamente por el Servicio de Pediatría y de Fisioterapia. El programa consistió en una valoración inicial con enseñanza individualizada de ejercicios y, posteriormente, tres reuniones grupales: en la primera se entregó una encuesta inicial y un cuaderno de actividades; en las dos posteriores, se valoraron las actividades realizadas, se mostró un vídeo de higiene postural y se pusieron en común los conocimientos adquiridos. A los tres meses se realizó una exploración final y una encuesta de satisfacción a los que completaron el programa.

Al finalizar el programa, el 100% mejoró la flexibilidad vertebral y muscular, y aumentaron sus conocimientos sobre higiene postural y actividad física. En todos los casos la encuesta de satisfacción fue favorable.

En los niños que completaron el programa se objetivó mejoría en la exploración.

La tasa de abandono es mayor a mayor edad. La mejor edad para aplicar el programa estaría entre los 10-12 años. (7)

A comienzos del año 2013, Gutiérrez M. Fernanda y Preckel Bárbara de la Universidad Nacional de Mar del Plata presentaron su tesis de grado: "Conocimiento y aplicación de la Educación Postural Activa en adultos mayores". A partir de la experiencia de campo de un taller de Educación Postural Activa, analizaron la adquisición de autoconocimiento corporal -necesaria para el cuidado de la propia salud- en un grupo de adultos mayores en el contexto del programa "Talleres Rotativos" de PAMI, en el centro de jubilados: "Volver a Vivir" de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo marzo-mayo del año 2012.

La investigación concierne a un tipo de estudio experimental, correspondiendo metodológicamente a una sistematización de una experiencia de campo.

Las técnicas de recolección de datos fueron la observación participante, los cuadernos de campo y las entrevistas posteriores a la implementación del taller.

Al finalizar la investigación concluyeron que la aplicación del taller fue altamente beneficiosa para los adultos mayores, en tanto y en cuanto, logró abrir interrogantes acerca del autocuidado corporal y de esta manera se iniciaron en un proceso de autoconocimiento que les dio la posibilidad de estar más abiertos, receptivos, disponibles, a los mensajes que emite el cuerpo; además de apropiarse de herramientas que permitieron ampliar sus posibilidades de potenciar el control sobre su propia salud y que contribuyen, con un estilo de vida más saludable. (8)

A fines del año 2013 Gasparri, Natalia y Bertocchi, Julia de la Universidad Nacional de Mar del Plata, presentaron su tesis de grado: “Una manera distinta de posicionarse en la vida, un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa”. A través de pre y post evaluaciones, analizaron la forma en la que las sesiones de Educación Postural Activa influyen en la calidad de vida de las personas que concurrieron a las mismas durante el período julio-agosto 2013 en Clínicas de Salud de la Ciudad de Mar del Plata.

La investigación concierne a un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, de campo y transversal.

Las técnicas de recolección de datos implicaron un cuestionario administrado por entrevista personal antes de comenzar el taller, y luego de haber transcurrido diez sesiones.

Al finalizar la investigación concluyeron que la aplicación de la Educación Postural Activa influye de manera positiva en la calidad de vida de las personas que concurren a dicho tratamiento, haciéndose visibles claras diferencias en la percepción de la calidad de vida. Luego de la intervención desde EPA se observó un marcado aumento respecto a la percepción de la mejoría de la calidad de vida. (9)

A mediados del año 2014 Paolinelli, Natalia de la Universidad Nacional de Mar del Plata, presentó su tesis de grado: “Un análisis de la actividad Tango desde Terapia Ocupacional. Entre giros y enrosques una posibilidad para el

autoconocimiento". La autora analizó mediante un cuestionario autoadministrado, cuáles son los aspectos que promueven el autoconocimiento corporal necesario para el autocuidado corporal en la vida cotidiana, en las personas que tomaron clases de tango salón en el espacio de tango "Menesunda" de la ciudad de Mar del Plata en el mes de marzo del año 2014.

La investigación concierne a un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, de campo y transversal.

Las técnicas de recolección de datos implicaron un cuestionario autoadministrado anónimo, conformado por preguntas abiertas y cerradas.

Al finalizar la investigación concluyó que, en general, las personas que toman clases de tango salón en Menesunda presentan un concepto corporal adecuado de los aspectos que se trabajan en el tango. No fue posible afirmar la existencia de un registro conciente del propio cuerpo, debido a que el estudio se llevó a cabo en un único momento, y que el proceso de autoconocimiento requiere un período de tiempo particular para cada persona. Se concluyó que la actividad tango facilita el camino al auto-conocimiento y al desarrollo de la conciencia corporal del funcionamiento del propio cuerpo, por lo cual podría ser utilizado como medio terapéutico en todos los niveles de atención de la salud con el propósito de promover una salud integral. (10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Barrios Mónica, Occhi María José, *“Mecanismos posturales para prevenir el dolor lumbar en Auxiliares de enfermería”* Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2001. Material suministrado por la Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata, 2012.

(2) Aguirre María José, Schmale Érica y Villareal Mariela Inés: *“Intervención del Terapeuta Ocupacional en una escuela de espalda”*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2003.

(3) Espinoza Navarro Oscar, Valle Samuel, Berrios Gastón, Orta Javier, Rodríguez Héctor y Rodríguez Manuel: *“Prevalencia de alteraciones posturales en niños de Arica, Chile. Efectos de un programa de mejoramiento de la postura”*. Universidad de Tarapacá, Facultad de Ciencias, Chile, 2009. Material suministrado por la Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata, 2014.

(4) Contreras, Marlene; Martínez, Laura; *“Construcción holística del rol profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional”*; Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, junio de 2010

(5) Teruggi, Freda, Ithati. *“Actitudes Posturales en la Docencia”*. Tesis de grado. Universidad Fasta, Facultad de Ciencias Médicas, 2010.

(6) Grierson, Cecilia. *“Correcciones en los ejes Posturales en pacientes tratados con Tangoterapia Postural”*. Revista Científica del Colegio de Kinesiólogos de la provincia de Buenos Aires. Año 2010 N° 38 Enero Marzo 2011

(7) G. Galindo Moralesa, MP. Lalana Josab, MB. Sola Martínez, J. Sola Antónd. *“Aprendizaje de hábitos posturales y de ejercicio físico saludables en niños sanos con problemas leves de columna vertebral”* .Revista Pediátrica de Atención Primaria” Vol. 7, N°46 .Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza. España, 2010. Material suministrado por la Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata, 2012.

(8) Gutiérrez M. Fernanda, Preckel Bárbara: *“Conocimiento y aplicación de la educación postural activa en adultos mayores”*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2013.

(9) Bertochi Julia, Gasparri Natalia: *“Una manera diferente de posicionarse en la vida. Un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa”*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2013.

(10) Paolinelli Natalia: *“Un análisis de la actividad Tango desde Terapia Ocupacional. Entre giros y enrosques una posibilidad para el autoconocimiento”*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2014.

Marco Conceptual



Capítulo I: Educación Postural Activa



DEFINICIÓN DE LA EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA

La Educación Postural Activa (EPA) es un método de tratamiento desarrollado por la licenciada en Terapia Ocupacional Sandra Porro, que intenta proveer las herramientas necesarias para que cada persona, mediante la auto-observación del funcionamiento corporal, encuentre por sí misma la fluidez que su cuerpo ha perdido.

Este método de tratamiento está basado en el fundamento pedagógico, enmarcado dentro de la atención primaria de la salud de la Terapia Ocupacional y se encuentra conformado a partir de diversas disciplinas y teorías que tienen en común el trabajo somático consciente y global.

La EPA constituye así, un abordaje educativo y preventivo concebido para tratar a la persona desde una perspectiva holística y global, mediante un trabajo postural basado en ejercicios de estiramientos activos globales, devolviendo el equilibrio del conjunto del sistema articular, actuando también sobre otras estructuras metabólicas (como el sistema linfático, la circulación sanguínea y la respiración), despertando las “zonas adormecidas” del cuerpo y ayudando así a cada persona a encontrar o reencontrar su equilibrio morfológico.¹

DESGLOSANDO CONCEPTOS

EDUCACIÓN

*“La prevención a través de la educación
es el mejor camino para construir una sociedad más sana”
Dr. René Favalaro*

Entendiendo a la educación como un proceso optimizador y de integración, y a la salud como bienestar físico, psíquico y social; podemos definir la educación en salud

¹ <<http://www.clinicasdesalud.blogspot.com.ar/>>_{Consulta: Noviembre, 2013.}

como “el proceso de educación permanente orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que lo rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y saludable”.²

El aprendizaje se integra a lo largo de nuestra vida de modo permanente y como un continuo. Siempre se está reflexionando sobre las experiencias y buscando sus significados. “Así, una educación participativa, sustentada en la crítica, procura el cuestionamiento, empezando por el proceso educativo mismo, busca el desarrollo de capacidades que, basadas en la reflexión, tiendan al aprendizaje autónomo, es decir, que él, el educando, por iniciativa propia, por su pasión de aprender o de aclarar situaciones, se dé a la búsqueda del conocimiento, sopesando su calidad, optando por aquello que más le convence.”³

En EPA se utiliza el movimiento consciente como principal herramienta de aprendizaje bajo la premisa de que el cuerpo es la base del ser, por lo cual con él y en él la persona tiene todas las experiencias de vida. En tanto enseñar a cuidar la salud es un objetivo primordial.

Aprender a vivir en equilibrio y armonía es un proceso que dura hasta el último día, y cuidar la salud significa conocer y respetar los ritmos naturales generales y particulares que rigen el funcionamiento del cuerpo de cada persona. Para conseguirlo es necesario sentirlo y escucharlo.⁴ Es aquí donde la educación cobra importancia, en tanto colabora en el proceso de concientización y aprendizaje.

Se busca *aprender a moverse mejor, con mayor fluidez y equilibrio*. El dolor indica que algo falla y para corregirlo se tiene que elegir la mejor de las opciones de movimiento entre las posibilidades que existen. No se trata de dar indicaciones sobre lo “correcto” o “incorrecto”, sino buscar la manera de que cada persona experimente

² Perea Quesada, Rogelia. “Educación para la salud: reto de nuestro tiempo”. España. Díaz de Santos, 2004. Pág.: 28.

³ Alarcón, E.; Atzimba, P.; Nuñez Bong, M.; “Desarrollo de postura ante la educación en profesores de personal de salud”; Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social; Vol. 41 Número 4; julio agosto 2003; Pp.: 289-297.

⁴ Vishnivetz, Berta; “Eutonía: educación del cuerpo hacia el ser”; Editorial Paidós, Buenos Aires, 1994. Pág.: 167.

sobre su propio cuerpo cuáles son los efectos de las diversas pautas que se van dando, para llegar así a sus propias conclusiones acerca de qué patrón de movimiento es más favorable para él.⁵

POSTURAL

No se ahondará en este concepto en este subtítulo, debido a que el mismo se encuentra definido en profundidad en el capítulo siguiente.

ACTIVA

“Intento despedirme de lo que aprendí. Intento olvidarme del modo de recordar que me enseñaron y borrar la tinta con que me pintaron los sentidos, desencajonar mis emociones verdaderas, desenvolverme y ser yo...”

Fernando Pessoa, fragmento del poema XLVI

La Educación Postural Activa, a diferencia de otros métodos de tratamiento donde las soluciones provienen únicamente de un profesional, de un tratamiento, de un medicamento, incentiva a la persona que concurre a las sesiones a convertirse en *protagonista* de su propio proceso de salud. Lejos de apelar a la hegemonía del profesional, se intenta promover un compromiso activo, un “hacerse cargo” donde el sujeto que concurre a EPA ocupa el lugar fundamental para su propio proceso de sanación.

Como dice Mézières: “nuestro trabajo consiste en convertir al sujeto en autónomo, en dueño de su cuerpo”.⁶ La realidad, es que las personas pueden lograr esta independencia únicamente haciéndose conscientes de la organización de sus movimientos, conociéndose a sí mismos y aceptando la responsabilidad de conocerse más que nadie. Si no se trabaja de esta manera, brindándole a la persona la posibilidad de ser protagonista de su propio proceso de cambio, siempre buscará la autoridad en

⁵ Romero, D.; *“Introducción al Método Feldenkrais: el arte de crear conciencia a través del movimiento”*; Editorial Lumen; Buenos Aires, 2003.

⁶ Bertherat; T; *“El cuerpo tiene sus razones”*; Ed. Paidós; 2ª edición, Buenos Aires, 2011.

otra parte: en un profesional, en un medicamento, en un tratamiento. El cuerpo no pertenecerá nunca a nadie que no tome posesión de él.

Por esta misma razón, también se concuerda con el Método de Feldenkrais, en donde lo que se promueve en las clases se relaciona con un aprendizaje orgánico. Todo aprendizaje implica una actitud activa por parte de quien enseña, pero también por parte del que aprende, para poder incorporar nuevos conocimientos. Así, en el método Feldenkrais se habla de un aprendizaje que permita encontrar una manera sana de encontrarse a uno mismo para emplear cualquier facultad. (Feldenkrais, 1995, p. 23).⁷

ORÍGENES Y FUNDAMENTOS DE LA EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA

A continuación se describen las distintas teorías y fundamentos filosóficos que aportaron en la conformación del marco de la Educación Postural Activa.

MÉTODO MÉZIÈRES⁸

Françoise Mézières (1909-1991) fue una fisioterapeuta francesa, creadora del concepto de cadenas musculares y del Método Mézières. Para muchos profesionales, su forma de trabajo supone una revolución para el mundo de la rehabilitación y aporta una nueva visión de la mecánica corporal humana. Mézières militó durante más de cuarenta años por una *aproximación global al paciente*, oponiéndose a la concepción corriente analítica contemporánea. Esto le permitió poner a punto un método de

⁷ Romano, D; "Introducción al Método Feldenkrais, el arte de crear conciencia a través del movimientos", Ed, Lumen; Buenos Aires; 2003; Pág.: 40.

⁸ Denys-Struyf, G; "El manual del mezierista" Tomo I; Editorial Paidotribo; 3ª Edición; Barcelona, 2004.

reeducación que abre nuevos horizontes a la fisioterapia y contribuye a la evolución de los conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo humano.

Así, el método Mézières, es un método que revoluciona. Clásicamente, se ha admitido que el cuerpo “comprimido” por la gravedad, debe reforzar su musculatura para resistir. Pero el cuerpo, dice Mézières, también se ve comprimido por las *propias fuerzas musculares, la hipertonia, los estados de tensión, la contracción, la pérdida de elasticidad, la retracción y el acortamiento de los grandes grupos musculares.*

Con Mézières, el trabajo se empieza con las extremidades: los pies, las manos y también la cabeza, para englobar, progresivamente, el conjunto del cuerpo. No se trata de estirar aquí y allá un músculo aislado, sino que el trabajo consiste en dialogar con las líneas de tensión que afectan los grandes grupos musculares, alineando el cuerpo y restaurando su elasticidad global. Estas posturas alineadas y estiradas están consolidadas normalmente:

- A nivel de los miembros por la adquisición y la aplicación de la dinámica espiroidea de los huesos, las articulaciones y los músculos que caracterizan las cadenas articulares de los miembros.
- A nivel del tronco por las contracciones estáticas a partir de la longitud muscular adquirida, al tiempo que la respiración moviliza y mantiene la elasticidad.

F. Mézières constata que la tensión y la retracción muscular afecta principalmente *los músculos posteriores del tronco y de los miembros inferiores, los rotadores internos de las caderas y el diafragma.*

CONSIDERACIONES ESENCIALES QUE CARACTERIZAN AL MÉTODO MÉZIÈRES

- A.** *La tensión de los músculos posteriores determina a nivel de la columna vertebral la exageración de las curvaturas sagitales y de la escoliosis.*
- B.** *La lordosis es siempre primaria, la cifosis y la escoliosis son deformaciones secundarias.*
La falta de longitud de los músculos posteriores provoca lordosis. Si se amplifica este

proceso, el cuerpo se ve forzado a encontrar compensaciones. Es por esto entonces, que la tensión posterior es primaria y genera las deformaciones; la cifosis y la escoliosis están provocadas por un proceso de compensación secundaria a la tensión muscular posterior.

C. *Las lordosis, las rotaciones internas y el bloqueo diafragmático en inspiración.* El descubrimiento de los mecanismos compensadores muestra sólo una fuerte tensión de los grupos musculares provocada por la rotación interna de los miembros y un bloqueo diafragmático en inspiración. Esto es, por un lado, porque los rotadores internos son solidarios con los músculos posteriores. En cuanto al diafragma, los puntos de apoyo diafragmáticos (D12-L1-L2-L4), son comunes a los del psoas, que se inserta también en L5 y se une al íliaco. Así, el diafragma forma parte de los músculos lordosantes en tanto atrae a las lumbares hacia adelante y hacia arriba, el psoas íliaco actúa hacia adelante y hacia abajo sobre los lomos y la pelvis.

Para Mézières las lordosis son móviles. De nada sirve estirar una única curvatura lordótica, ya que se desplazará. Por ejemplo, las lordosis que son lumbares en la posición de pie, se desplazan hacia la zona dorsal en posición sentada. Así se puede enunciar la siguiente ley:

***“Todo acortamiento parcial de la musculatura posterior
implica un acortamiento de todo el conjunto de esta musculatura,
ya que el estiramiento de la curvatura se traduce por un acortamiento de la curvatura
cervical.***

***La ley es que el alargamiento de un músculo posterior cualquiera
implica el acortamiento del conjunto de la musculatura posterior”.***

Por esta razón, es necesario ***estirar todas las lordosis al mismo tiempo*** para recuperar la longitud del conjunto muscular en pérdida de elasticidad.

Así, todo es lordosis. Lordosis cervicales, dorsales, lumbares, coxofemorales, tibiotarisanas, incluyendo los miembros inferiores. La tensión existente en los

músculos posteriores se concentra en los talones, en la cadera, en la espalda, en la nuca. Negocia con las estructuras óseas la elasticidad que carece. Subordinada a la rigidez articular, a los imperativos del equilibrio en posición de pie o en las diversas posiciones adoptadas por el cuerpo, determina la variedad de las deformidades según el resultado de las adaptaciones y de los compromisos.

Por lo tanto, y concluyendo, según Mézières, sólo se debe combatir:

- Las lordosis
- Las rotaciones internas
- Los bloqueos diafragmáticos en inspiración

LA ANTIGIMNASIA

Thérèse Bertherat, creadora de la Antigimnasia, nació en Lyon en 1931. Luego de casarse se muda a París donde comienza a tomar clases con Suze L., durante el desarrollo de las mismas observa que no se trataban de clases de gimnasia convencional.

Intrigada por esta nueva modalidad, y sumado a desafortunados hechos personales, decide emprender la carrera de Fisioterapia, pero lo limitado de la enseñanza le decepciona. “Se estudiaba el cuerpo músculo a músculo, hueso por hueso, pero nunca en su conjunto: siempre por partes, y lo mismo ocurría con los tratamientos”.⁹

Por esta razón continua su búsqueda, la cual la lleva hasta Françoise Mézières, (descrita anteriormente) una fisioterapeuta que había elaborado un enfoque revolucionario de la anatomía; una visión de conjunto, que mira el cuerpo como un todo en el que cada elemento depende de los demás.

⁹BUENA SIEMBRA.RED

<<http://buenasiembra.com.ar/salud/terapias-alternativas/therese-bertherat-creadora-de-la-pedagogia-corporal-1213.html>> [Consulta: Marzo, 2014]

Thérèse Bertherat se forma en su método, pero no se detiene ahí; sigue adelante con su propia investigación. Estudia y analiza otras terapias corporales: la Bioenergética, la Eutonía, el Rolfing, la Gestalt, la Acupuntura y las teorías de la medicina china, que vienen a completar su conocimiento de los grandes psicoanalistas, de Freud a Jung, pasando por los trabajos de Wilhelm Reich. Pero, sobre todo, trabaja con sus pacientes y pone a punto, poco a poco, su propio método, la anti-gimnasia.

Bertherat parte de la idea de que la gran mayoría de personas no habita el cuerpo que posee; lo paradigmático es que el cuerpo es lo que somos. No se opone a la inteligencia, a los sentimientos, al alma. Los incluye, los alberga. Por ello, tomar conciencia del propio cuerpo significa abrirse el acceso a la totalidad del propio ser.¹⁰

Los fracasos, frustraciones y emociones negativas dejan sus huellas en algún rincón oculto de la cadena muscular posterior y el cuerpo se acostumbra a convivir con ellas, a costa de contracturas, rigideces y dolor.

Esta cadena muscular posterior es una sucesión articulada de músculos que recorren toda la región posterior del cuerpo, desde la nuca hasta los pies. La misma “actúa en las personas como un tigre vivo, potente y astuto que se aferra a la espalda con todas sus garras y puede hacer mucho daño. El único remedio para mantenernos de pie, conservando la flexibilidad y utilizando todas nuestras potencialidades, es aprender a adiestrar a nuestro tigre.”¹¹

Más allá de que estas contracturas, rigideces y dolores existen, Bertherat plantea que “nunca es demasiado tarde para liberarse de la programación del pasado para hacerse cargo del propio cuerpo, para descubrir posibilidades todavía insospechadas.”¹²

¹⁰ Bertherat, T.; *“El cuerpo tiene sus razones, autocura y antigimnasia”*. Ed. Paidós; 2da edición; Buenos Aires; 2011. Pág.: 13.

¹¹ De Biase; Tesy. *Antigimnasia: una herramienta que libera el cuerpo de tensiones*. 30 de julio de 2006. [en línea]. La Nación en Internet. <<http://www.lanacion.com.ar/827405-antigimnasia-una-herramienta-que-libera-el-cuerpo-de-tensiones>> {Consulta: Noviembre, 2013}

¹² Bertherat, T.; *“El cuerpo tiene sus razones, autocura y antigimnasia”*. Ed. Paidós; 2da edición; Buenos Aires; 2011. Pág.: 13.

Para este proceso se requiere convertir en perceptible para la sensación lo que hay de defectuoso en las actitudes y en los movimientos ejecutados involuntariamente y desde tiempo atrás, es decir, buscar la experiencia sensorial del cuerpo.

Cuando el alumno consigue al fin tomar conciencia de la torpeza de un movimiento o de la inmovilidad de una parte del cuerpo, experimenta un sentimiento desagradable, casi de malestar. Su cuerpo desea aprender una mejor manera de moverse, una mejor postura. El cuerpo está construido para funcionar al máximo, en caso contrario, se deteriora. Y no solo los músculos, sino también los órganos internos.

Las personas sienten la rigidez de su cuerpo, las restricciones que les impone el malestar e incluso hasta el sufrimiento. Sin embargo, les resulta prácticamente imposible analizarse y conocer las causas reales de ese malestar. Su origen queda enmascarado por un detalle que retiene la atención: un vientre prominente, un hombro más alto que el otro, un dedo del pie que duele.

De aquí se deduce la existencia de una percepción parcial del cuerpo. Las personas se basan principalmente en el testimonio de los ojos, en las sensaciones de dolor y en el tacto para informarse sobre ellas mismas.

Las percepciones corporales solo pueden desarrollarse mediante la actividad. *"Sentirse bien en su cuerpo ¿no significa ante todo poder sentirse, admitir, percibir y desarrollar sus sensaciones?"*¹³

En la práctica propone comenzar con el trabajo de flexibilización de la musculatura posterior, para proporcionar al cuerpo la posibilidad de encontrar una distribución más justa de sus fuerzas.

Dentro de su teoría propone el termino *premonición* para nominar aquellos movimientos que preparan al cuerpo, el ser en su totalidad, para vivir plenamente.

"La persona necesita conocerse a sí misma, ser dueña de su cuerpo. En caso contrario buscará siempre la autoridad en otra parte: un médico, una droga, un tratamiento. Los descubrimientos hechos desde el interior de uno mismo llevan hacia cambios profundos y evolutivos." Asegura Bertherat.

¹³ Ibíd. Pág.: 75.

Una vez despierto, el cuerpo toma iniciativas, ya no se contenta con recibir, padecer, con “encajar”. Al tomar conciencia de nuestro cuerpo, le concedemos una influencia sobre la vida.

Así, la antigimnasia intenta ayudar al sujeto a encontrar sensaciones reprimidas y adormecidas de su cuerpo, a encontrar de nuevo su unidad, y a través de ella, el bienestar y la salud.

REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL (RPG)¹⁴

La Reeducción Postural Global es un método de terapia manual, creada por el Fisioterapeuta francés Philippe Souchard en el año 1980, orientada al abordaje de problemas que afectan al sistema músculo esquelético.

La Reeducción Postural Global, denominada RPG, es un método científico de evaluación, diagnóstico y tratamiento de patologías que afectan al sistema locomotor.

Por la posibilidad de adaptar el tratamiento a cada persona y su problemática específica, la RPG puede ser aplicada a un gran número de casos, siendo en líneas generales una herramienta eficaz en el tratamiento y corrección de alteraciones posturales y de alineación corporal, recuperación de la flexibilidad muscular, eliminación del dolor y restablecimiento de la función.¹⁵

Las tres bases de este método son individualidad, causalidad y globalidad. Estructurado sobre la base de la organización muscular en cadenas y la interrelación existente entre las partes del sistema locomotor, permite abordar la problemática de cada paciente de manera única.

La RPG aborda a la persona como una unidad funcional, utilizando posturas de tratamiento, en forma global y progresiva, con el objetivo de actuar sobre las cadenas musculares tónicas, logrando una terapia que permite descubrir el origen del problema y eliminarlo.

¹⁴ Souchard; Ph. E; *“Stretching Global Activo: de la perfección muscular a los resultados deportivos”*; Editorial Paidotribo; Barcelona, 2003.

¹⁵ ADIFI RED. <http://www.adifi.com.ar/rpg_sga.html> {Consulta: Diciembre, 2013}

Para entender la fisiología del cuerpo, hay que partir de las necesidades funcionales a las que responde y buscar cómo las ha resuelto la naturaleza. Así estudia la biomecánica humana, estableciendo las particularidades del comportamiento estático y dinámico basado en las características anatómicas y fisiológicas del hombre, a través de las cadenas musculares (términos que se encuentran desarrollados en profundidad en el capítulo siguiente).

Por otra parte, Souchart sostiene que el cuerpo obedece a tres leyes¹⁶: *Equilibrio, Economía y Confort* (no dolor).

En el esquema fisiológico, el *equilibrio*, con toda su dimensión parietal, visceral, hemodinámica, hormonal, neurológica es prioritaria y las soluciones adoptadas son económicas. Como el esquema de funcionamiento es fisiológico, es naturalmente confortable. En el esquema adaptativo (curvado), la organización del cuerpo tratará de conservar el equilibrio, pero concediendo prioridad al no dolor. El hombre está dispuesto a todo para no sufrir. Hará trampas, se curvará, disminuirá su movilidad en la medida en que sus adaptaciones defensivas, menos económicas, le harán recuperar el confort.

El confort y el equilibrio de la persona se pagan con un gasto superior de energía, que se traduce en un estado de fatiga más importante. Si el juego de compensación muscular no es suficiente para disimular, la persona no podrá mantener su verticalidad.

Teniendo en cuenta estos conceptos, el fin de la terapia consiste en actuar sobre la continuidad del tejido conectivo (fascia, aponeurosis, tendones, etc.) y dentro de esta continuidad, sobre el tejido muscular contráctil.

El tratamiento de las cadenas musculares es, en realidad, un trabajo de las fascias. Los músculos están contenidos en vainas interdependientes. El reequilibrio y las tensiones pasarán por el tratamiento de estos envoltorios. El músculo no es más que un “peón” al servicio de la organización general, es decir, al servicio de las fascias.

¹⁶ Busquet, Léopold. “*Las cadenas musculares. Tomo I*” (4° Edición). España. Paidotribo, 2007. Pág.: 21.

Las fascias son de origen mesodérmico, todas las estructuras conjuntivas (aponeurosis, vainas, tendones, ligamentos, cápsulas, periostio, pleura, peritoneo, etc.) forman parte, en el plano funcional, de una única fascia. Ésta forma el envoltorio superficial del cuerpo y, por sus ramificaciones, penetra en la profundidad de las estructuras hasta el envoltorio de la célula.

Las fascias ligan las vísceras al cuadro músculo-esquelético. Se percibe la importancia de la buena relación articular, de la buena estática y de la buena movilidad de este cuadro.

Toda demanda de longitud en un sentido necesitará de un préstamo del conjunto de la tela fascial. Es preciso que la resultante de las tensiones que se aplica sobre ella esté en una constante fisiológica. Si este crédito de longitud no se puede conceder, se produce una tensión dolorosa, desencadenando por vías reflejas tensiones musculares (no dolor).

STRETCHING GLOBAL ACTIVO (SGA)

Este método se relaciona íntimamente con la RPG debido a que consiste, precisamente, en la aplicación de posturas de la Reeducción Postural Global (RPG), donde las mismas son llevadas a cabo de forma activa por el propio paciente, y no mediante la manipulación de un examinador.

Esta disciplina busca restablecer la armonía músculo-esquelética, liberar las articulaciones, eliminar rigideces musculares y por sobre todas las cosas corregir los vicios posturales. A diferencia del Stretching tradicional, el SGA, se basa en posturas prolongadas, progresivas, suaves y sobre todo globales, es decir, que involucran a todo el cuerpo al mismo tiempo, y que van acompañadas constantemente de la respiración.

El método se sostiene principalmente en **5 Principios Teóricos**¹⁷:

-
- ¹⁷ Gilbello, Raúl. Los cinco principios del Stretching Global Activo. [en línea] <<http://www.serfuncional.com/2012/03/20/los-5-principios-del-stretching-global-activo-i/>> [Consulta: Febrero, 2014]

- A)** *Los músculos se organizan y funcionan en forma de cadenas musculares.*
- B)** *Cada músculo tiene varias fisiologías o direcciones de trabajo.*
- C)** *El estiramiento muscular sigue los mismos principios de la física que los materiales visco-elásticos.*
- D)** *Los estiramientos deben ser siempre activos y globales (posibilitado mediante la tracción en los dos extremos de la cadena muscular que se está estirando).*
- E)** *La respiración es el motor del estiramiento.*

MÉTODO ROLFING

El método Rolfing es una forma de terapia desarrollada por la doctora Ida P. Rolf, que consiste en la manipulación y educación del tejido conectivo y se basa en el hecho de que el cuerpo humano es moldeable. Esta plasticidad del tejido permite liberar los componentes del cuerpo y reestructurarlos en torno a su eje vertical, consiguiendo así integrarlos en un todo completo y equilibrado.

El Rolfing es una forma de restablecer el equilibrio corporal que, utilizando la presión física, manipula el tejido conectivo, elemento esencial de la postura y la movilidad.

El cuerpo es para Rolf una unidad, un complejo, una consolidación de diversos segmentos cuya piedra angular es la pelvis. Las percepciones, respuestas y comportamientos de este complejo integrado no dependen de las unidades individuales que hay dentro de la envoltura sino de su relación (integración de estructuras).

El cuerpo humano es una materia sorprendentemente plástica que puede cambiar con rapidez y asumir una estructura más ordenada y económica en cuanto al gasto de energía. La clave de los cambios se encuentra a cargo de *experiencias vitales de movimiento*. En la estructura humana, el movimiento se expresa en las articulaciones y el componente miofascial (combinación de la fascia con el músculo

que ésta envuelve) determina la adecuación de la articulación. Por esta razón, al cambiar las miofascias y normalizarlas, se suscita un movimiento más normal.

Entonces, para que la función mejore se debe crear una forma adecuada; para Rolf, sólo se alcanza una salud ideal cuando el cuerpo se aproxima más a su propio patrón. Así, de una forma más apropiada puede resultar una función más perfecta para cada individuo.

Todos los comportamientos de los seres humanos se expresan por mediación del sistema músculo esquelético. Es así como en el estado emocional de un ser humano se puede ver la proyección de sus equilibrios emocionales; como así también a medida que se acerca al equilibrio estructural, los esquemas psicológicos varían. En conclusión, a medida que la estructura se vuelve más apropiada, las respuestas emocionales pueden ir modificándose.

EUTONÍA¹⁸

“Suelo definir a la Eutonía como la disciplina que facilita a la persona el camino y los recursos para estar en contacto consigo mismo. Insisto en decir que estar en contacto consigo mismo es una experiencia no solo fundamental sino necesaria para poder establecer un contacto real y equilibrado con el otro.”¹⁹

Dra. Berta Vishnivetz. Eutonista

Eutonía es una palabra cuya etimología proviene del griego *eu*, bueno, óptimo, armonioso y *tonus*, tensión.

La Eutonía consiste en una educación psicofísica creada y desarrollada por Gerda Alexander en 1959, cuyo objetivo es despertar y cultivar la conciencia de la unidad psicofísica que cada individuo es. Esto se logrará desarrollando una conciencia más profunda de la realidad corporal y espiritual como verdadera unidad, orientando

¹⁸ Vishnivetz, Berta; *“Eutonía: educación del cuerpo hacia el ser”*; Editorial Paidós, Buenos Aires, 1994.

¹⁹ *Ibíd.* Pág.: 55.

la exploración del cuerpo hacia el descubrimiento de sí mismo y de los vínculos internos que existen entre la tonicidad y lo vivo consciente e inconscientemente, e intentando adquirir un tono adecuado para la vida.

La Eutonía está de acuerdo con dos teorías que sostienen el hecho de que las experiencias psicológicas y/o físicas quedan impresas en la estructura y en la memoria del cuerpo. Estas disciplinas son la aproximación somatopsíquica y la psicósomática. La perspectiva somatopsíquica, sostiene que el estado del cuerpo afecta al funcionamiento emocional, intelectual y reflexivo, a la conciencia y a todas las actividades psicosociales del individuo y por ende, los influencia. Por otro lado, las teorías psicósomáticas sostienen que las emociones y los diversos procesos psicológicos afectan a las funciones físicas del cuerpo. Estas experiencias anteriores son visibles a través de las posturas, gestos y diversos movimientos, y afectan a toda la vida de cada persona.

Como se dijo anteriormente, uno de los objetivos más importantes de la Eutonía en el nivel físico es que la persona logre la regulación del tono muscular. Así podrá actuar con el tono y la energía adecuados y necesarios para cada situación de su vida. El equilibrio del tono compromete a toda la persona en sus aspectos tanto físicos como psicológicos. En el nivel físico se percibe el propio funcionamiento orgánico, el conocimiento de las leyes biológicas y cómo estas funcionan en el sujeto único e individual. En el nivel psicológico, la práctica de la Eutonía lleva a la persona al contacto consigo misma y con ello al autoconocimiento. La observación atenta y minuciosa de los procesos corporales personales facilita el camino al autoconocimiento.

Para desarrollar y profundizar en el camino del autoconocimiento la persona atraviesa un proceso de ampliación de la percepción.

Aunque originalmente, la Eutonía nace dentro del campo de la educación del movimiento, pronto sobrepasa sus fronteras, dadas las características de su pedagogía y los resultados tales como el crecimiento psicológico y artístico de las personas que la practicaban, pero, por sobre todo, debido a los frutos recogidos en los casos de

rehabilitación. La práctica de la Eutonía, en tanto regula el tono muscular y sus variables; previene, alivia, recupera y mejora problemáticas posturales y sus correspondientes alteraciones (rigidez articular, artrosis, escoliosis, cifosis, etc.).

La práctica de la Eutonía lleva a la persona a estar más atenta en lo que hace y en cómo lo hace. Y de esta manera aprende a cuidarse y a darse cuenta de qué significa mantener su salud. La persona se torna independiente en lo que se refiera a cuidados personales, ya que confía en la percepción de sí para saber qué le está pasando en ciertos momentos y cómo enfrentarlos cuando sea necesario encontrar una solución. Independencia y confianza en sí mismo son aspectos fundamentales con que la Eutonía contribuye al crecimiento personal de cada uno.

MÉTODO FELDENKRAIS^{20 21}

Moshe Feldenkrais, doctor en Física de la Universidad de la Sorbona (París), creó su método a través de la propia investigación y experimentación sobre los patrones de movimiento. Intrigado por una dolencia propia, por su origen y respuesta al movimiento, Feldenkrais comenzó a estudiar el desarrollo motriz de los bebés, interiorizándose en la filogenética y la ontogenética. Se concentró en analizar la esencia del movimiento de los seres humanos, sus funciones y diversos modos de operatividad; a aplicar ciertos principios de mecánica y a estudiar neurofisiología para modificar sus patrones neuromusculares. Gracias a ello, logró volver a caminar. Desde entonces, fue aplicando el método a otras personas afectadas por dolencias físicas, que vieron mejorar su calidad de vida gracias a sus pautas.

²⁰ Romero, D.; *Introducción al Método Feldenkrais: el arte de crear conciencia a través del movimiento*; Editorial Lumen; Buenos Aires, 2003.

²¹ Liaskowsky, Roberto. "¿Qué es el Método Feldenkrais?".

<<http://robertoliaskowsky.blogspot.com.ar/>> {Consulta: Febrero, 2014}

El Método Feldenkrais puede ser incluido dentro de las llamadas escuelas de Educación Somática como lo es la Eutonía. Una de las características que las agrupa, es la posibilidad de explorar el movimiento desde adentro. Para esta corriente, el soma es el cuerpo vivo donde se interrelacionan la conciencia, el funcionamiento biológico y el entorno. Feldenkrais incluye el campo gravitatorio como un elemento clave en la interrelación de los tres aspectos antes mencionados. Además, el movimiento es considerado como la base fundamental del conocimiento, y el medio privilegiado para percibir el modo en que se aprende, y así comprender el modo en que se realizan las acciones. Es la experiencia total del cuerpo vivido desde el interior y ligado a la conciencia, la que constituye el centro neurálgico del Método.

Es entonces como este método constituye una herramienta valiosa para el desarrollo del propio ser. Permite acercarse a un conjunto de sutiles movimientos gracias a los cuales se puede transitar el camino del aprendizaje orgánico. Así, al aprender, analizar y jugar con el movimiento, se facilita la diferenciación y la integración de las distintas partes del cuerpo humano y el entorno, la ampliación de conexiones y la apropiación del propio caudal de habilidades y creatividad.

El ser humano dispone del sentido kinestésico que permite percibirlo en el momento de la acción. Las terminaciones propioceptivas, distribuidas en todo el organismo, son las encargadas de proporcionar información de la actividad muscular, el peso y la ubicación espacial del cuerpo. Los movimientos innecesarios pueden ser percibidos y eliminados si se desarrolla la sensibilidad necesaria. La habilidad para detectar y percibir pequeñas diferencias en las sensaciones corporales está ligada al tono muscular. Un tono muscular parejo facilita la percepción y alerta acerca de los esfuerzos innecesarios que se realizan en cualquier acción, así como también orienta sobre los pequeños cambios que pueden operarse para eliminar esfuerzos sobrantes.

La observación del modo en que una acción comienza y se despliega da la pauta de la organización de diferentes patrones de movimientos. El método propone lecciones orientadas a refinar el movimiento y crear conciencia sobre él.

A partir de su estudio, Feldenkrais descubre que cada persona tiene su propia manera de moverse, sus *propios patrones de movimiento*. Advierte que, por lo general, se trata de movimientos estereotipados, con pocas variantes y opciones. Esta pobreza de repertorios en los movimientos conduce al predominio de respuestas compulsivas en el accionar, y a la constitución de cuerpos desorganizados. Esto contribuye a que los movimientos puedan provocar dolencias.

La mayoría de las personas no son conscientes de cómo se mueven, ya que el proceso por el cual aprenden a hacerlo es muy arbitrario y está sometido a un gran número de condicionantes. En ocasiones, además, para aliviar determinadas molestias del sistema locomotor, se tiende a alterar los movimientos para compensarlas, originando nuevos focos de dolor cuyo origen es, por lo tanto, una cadena de movimientos poco eficientes y poco ventajosos.

Detrás de este patrón de comportamiento suele estar la falta de conciencia sobre el mismo: pocas personas son capaces de darse cuenta cómo se originan estos hábitos de movimiento y, por lo tanto, no son capaces de encontrar alternativas mejores. Este es el punto de partida del Método Feldenkrais. Se trata de un método para **aprender a moverse mejor**. El dolor indica que algo falla y para corregirlo se tiene que elegir la mejor de las opciones de movimiento entre las posibilidades que existen. El trabajo del instructor de Feldenkrais es crear las condiciones para que estas posibilidades sean mayores. No se trata, por lo tanto, de dar indicaciones sobre lo “correcto” o “incorrecto”, sino que se buscará la manera de que cada alumno experimente sobre su propio cuerpo cuáles son los efectos de las diversas pautas que se van dando, para llegar así a sus propias conclusiones acerca de qué patrón de movimiento es más favorable para él.

Así, uno de los objetivos del Método consiste en desbloquear los automatismos que rigen el comportamiento. Por lo tanto, se trabaja con la reprogramación de las pautas de movimiento pero siempre como un aprendizaje “desde adentro”, desde la propia experiencia del alumno. Por este motivo, los expertos en el Método Feldenkrais hablan de “**aprender a aprender**”, ya que se trata

de incorporar una nueva forma de adquirir conciencia de gestos y acciones que se suelen ejecutar de manera mecanizada. En este aprendizaje se busca eliminar el componente de tensión, de apuro. Y, lógicamente, para poder aprender algo nuevo antes se tiene que “desaprender” el hábito menos beneficioso, de ahí que Feldenkrais trabaje en el análisis personal de cómo afronta cada uno el movimiento.

El desarrollo de habilidades y el dominio de los movimientos predisponen a la generación de actividades diferentes de las habituales, produciendo nuevas capacidades para la resolución de problemas y posibilitando la apertura de nuevos espacios de creatividad. El logro de una nueva disposición corporal trae aparejado un cambio fundamental en la auto-imagen, y ello a su vez modifica la relación de la persona con el mundo que lo rodea.

OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA

El objetivo de la Educación Postural Activa se basa en dos pilares:

- Acompañar a la persona en el re-descubrimiento de su cuerpo, la toma de conciencia de la existencia de zonas de dolor que conducen a los vicios naturales o vicios de función.
- Actuar sobre el sistema músculo-esquelético, a través de auto posturas de elongación de las diferentes cadenas musculares estáticas, que son las que al estar acortadas, actúan como frenos en las articulaciones. La flexibilización de las defensas musculares procura al cuerpo una experiencia de placer y bienestar que rápidamente es incorporada por el sistema nervioso central.²²

²² RED-Clínicas de Salud. <<http://www.clinicasdesalud.blogspot.com.ar/>> {Noviembre, 2013}

SEMINARIO DE INTRODUCCIÓN A LA EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA²³

Dado que la población en la que se realizará la investigación será los alumnos participantes del Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” se considera pertinente realizar una breve descripción del mismo.

Este Seminario es una materia optativa de la currícula de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la UNMDP. Su objetivo principal consiste en introducir al alumno avanzado en el conocimiento y aplicación de los principios de la Educación Postural Activa.

El mismo se fundamenta en el modelo de intervención de Anderson, en el que la educación de la persona es el objetivo primordial. Por esta razón, la propuesta del seminario se basa específicamente en un trabajo vivencial realizado a partir de un grupo operativo. Se trabaja en función de un proceso de cambio, y sobre la base de un conocimiento científico-práctico: la anatomía, y sus diferentes abordajes, que deben ser integrados: mediante la vivencia y la biomecánica descriptiva.

El alumno como futuro profesional de la salud, será un promotor de la misma y por ende un educador. Tiene necesidad de tomar conciencia de su rol profesional como agente de cambio en la prevención y mejoramiento de la salud. Para ello, le es imprescindible el conocimiento de sí mismo, la calidad de su funcionamiento profesional dependerá del uso que decida hacer de su propio cuerpo.

Dentro de la dinámica del Seminario el docente propondrá la realización de ejercicios que apunten a una mayor percepción de músculos, articulaciones, espacios internos, densidades, calor-frío, etc. para ir generando nociones más abstractas como

²³ De Falco, Rosanna; Porro, Sandra; *Plan de Trabajo Docente PTD Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa”*; UNMDP; 2013.

las de eje del cuerpo, la conciencia de la distribución de los pesos en el cuerpo, entre otras.

Luego de realizar los ejercicios, el alumno aportará al grupo sus vivencias durante el trabajo como forma de construir conocimiento a partir de las diferencias o de las coincidencias.

En resumen, el Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa propone en primer lugar, el aprendizaje teórico acerca de cómo funciona el equilibrio postural. Pero por más que esto quede claro en el nivel del pensamiento, será necesario consecuentemente complementar este conocimiento teórico, en cada caso, con el de la propia percepción y la experiencia en el propio cuerpo.

EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA Y

NIVELES DE ATENCIÓN

Los niveles de atención en salud se dividen en tres ámbitos: **primario**, **secundario** y **terciario**. La Terapia Ocupacional, en tanto constituye una disciplina del área de la salud, puede intervenir en estos tres niveles.

La **prevención primaria** está diseñada, a través de la consulta y el aprendizaje, con el fin de acompañar a los miembros de la sociedad en su proceso de salud, tratando de evitar la aparición de la enfermedad o de una afección particular. Se intenta, mediante la educación, promover la salud, reducir al mínimo los factores de riesgo y recomendar cambios tanto del comportamiento como del entorno.

Este tipo de prevención tiene elementos en común con todas aquellas disciplinas interesadas en la eliminación de accidentes, enfermedades y discapacidad. Los programas de **prevención secundaria** se piensan para personas que han desarrollado los primeros síntomas de una enfermedad concreta y son identificados como miembros de un grupo de riesgo que puede padecer lesiones, enfermedad o

incapacidad. Aquí, la prevención de la enfermedad o la lesión se realiza a través de la modificación de las conductas poco saludables.

Las revisiones periódicas están enfocadas a identificar las afecciones lo antes posible, así se tiene la oportunidad de comenzar el tratamiento o prevenir el empeoramiento.

Gracias a la implicación de la persona como protagonista en la solución de sus propios problemas de salud, se logra que interiorice la causa y su solución fomentando la capacidad y la seguridad en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, además de en otras ocupaciones, que le sean significativas.

Por último, los programas de **prevención terciaria** se ponen en marcha una vez que la invalidez ya ha tenido lugar y están diseñados para propiciar al máximo la participación y prevenir la discapacidad.

Tradicionalmente, los terapeutas ocupacionales ejercen prevención terciaria en servicios de rehabilitación, en unidades de subagudos y atención domiciliaria.²⁴

Como se puede apreciar, la Terapia Ocupacional puede ser llevada a cabo en los tres niveles de atención. En cada uno variarán los enfoques de intervención, dependiendo de los objetivos a cumplir.

Sin embargo, cabe resaltar que la Educación Postural Activa, como técnica educativa y preventiva, y medio terapéutico de la Terapia Ocupacional, debido a sus bases conceptuales y concepciones filosóficas, se encuentra pensada principalmente para ser desarrollada como parte de la prevención primaria: promoción de la salud.

Con la finalidad de garantizar el derecho a la salud para todas las personas se crea la Carta de Ottawa, la cual es considerada como el marco conceptual en el arte de la promoción de la salud. La misma, según la OMS (1996), es un proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla.²⁵

²⁴ Miller, P.; *"Home Safety, The expanding role of O.T."*; O.T. Practice. AOTA. (2003). 8 (1). 10-14.

²⁵ Spackman; Willard; *"Terapia Ocupacional"*; Ed. Panamericana; 11^º ed., Buenos Aires, 2011, Pág.: 169.

Teniendo en cuenta que la promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se podría asegurar que la promoción de la salud implica un concepto dinámico y evolutivo que involucra a las personas en el contexto de sus vidas diarias, y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

La educación para la salud puede interpretarse como un elemento de promoción de la salud. La promoción y la educación para la salud, tienen como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios, con el fin de que las personas obtengan un mayor control sobre su propia salud y bienestar.²⁶

Basada en el fundamento Pedagógico de la Terapia Ocupacional, la EPA, defiende y promueve la Educación para la Salud, concibiendo a la persona, desde una perspectiva holística y global, como protagonista de su propia salud, intentando proveerle las herramientas necesarias para generar un estilo de vida más saludable que potencie su calidad de vida.

ENGLOBANDO CONCEPTOS:

EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA Y TERAPIA OCUPACIONAL

Como profesión arraigada en valores holísticos y humanísticos, la Terapia Ocupacional cuenta con una oportunidad única de colaborar con las personas a reestablecer el significado de sus vidas, una tarea de importancia vital y esencialmente espiritual.²⁷

²⁶ Bertochi Julia, Gasparri Natalia: *“Una manera diferente de posicionarse en la vida. Un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa”*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2013.

²⁷ Spackman; Willard; *“Terapia Ocupacional”*; Ed. Panamericana; 11^º ed., Buenos Aires, 2011, Pág.: 96.

Uno de los conceptos relevantes que forma parte de la incumbencia de la Terapia Ocupacional es el de **Actividades de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria**. Las actividades de la Vida Diaria se definen como actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo (AOTA, 2002, pág. 620). Por otro lado, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, se definen como actividades que están orientadas hacia la interacción con el entorno y a menudo son de naturaleza compleja.²⁸

Otro concepto fundamental dentro de la disciplina es el de **Medios Terapéuticos**. Según Berenice Francisco estos hacen referencia a “los recursos que dispone el TO para intervenir profesionalmente”. Por otra parte, Liliana Paganizzi, define a los medios terapéuticos como una de las estrategias de las que se vale el T.O para mejorar el rumbo de una determinada situación subjetiva, comunitaria o social.²⁹ Para las autoras del presente trabajo, los medios terapéuticos constituyen vías, puentes, estrategias, intermediarios, que permiten al Terapeuta Ocupacional intervenir. Por esta razón los medios no se encuentran conformados únicamente por actividades, como normalmente se cree, sino que conforman un término más abarcativo en donde se puede incluir: la comunicación, el vínculo y el hacer significativo.

El hombre a partir del hacer, transforma y se transforma. Las actividades del hombre le permiten expresarse a través de un estilo particular, el hacer del sujeto nos habla tanto de él como de su entorno.

Sin embargo, a pesar de que estas actividades atraviesen cada día de la vida de las personas; en lo cotidiano, no es tarea habitual que las personas se cuestionen la calidad en la que realizan las mismas. Las Actividades de la Vida Diaria (de ahora en más AVD), se tratan de funciones que envuelven al ser humano en sentido general, en cualquier cultura que se considere. Son funciones relacionadas con la continuidad de la especie. Todas estas involucran a los movimientos de modo fundamental. Pero

²⁸ *Ibíd.* Pág.: 539.

²⁹ Paganizzi, L; “*Actividad, lenguaje particular*”; Buenos Aires: s.n., 1997.

¿alguien se ha interesado en verificar si la calidad de las posturas responde del mejor modo a las necesidades del accionar diario?

Probablemente el lograr más o menos satisfactoriamente estos objetivos en la vida cotidiana, lleve a pensar que todo lo que “hay que saber” sobre la postura ya está incorporado. Pero, como se observa en la experiencia cotidiana, ésta está lejos de ser fluidos en grado satisfactorio. El padecimiento de contracturas y limitaciones corporales es habitual y generalizado, y esto provoca una sensación, no siempre verbalizada, de malestar e incomodidad con el propio funcionamiento y la propia capacidad de dar respuestas satisfactorias y eficaces a los desafíos del entorno.³⁰

La Educación Postural Activa, en tanto medio terapéutico, actuará como una vía que colaborará, a través de sus sesiones, en modificar y concientizar las posturas y movimientos que permitirán al ser humano desenvolverse en forma fluida en el entorno, volviendo más efectivas las actividades de la vida diaria y ocupaciones de cada persona.

Acercándonos al fin del presente capítulo, y habiendo desarrollado diferentes términos que hacen a la Terapia Ocupacional y la Educación Postural Activa, se hace visible la integración de dichos conceptos. Es así como la práctica de la Terapia Ocupacional a través de la Educación Postural Activa no se limita a meras clases de postura, como se explicó anteriormente.

La Educación Postural Activa propone colocar a la persona como protagonista del cuidado de su propia salud, posicionándola en un lugar central, invitándola a tomar una actitud activa y a “hacerse cargo”. Darle este lugar de protagonismo a la persona, conlleva a un hacer significativo, en tanto, como ser autónomo, decidirá acerca de lo que para él, resulta significativo. Constituye un medio terapéutico en tanto funciona como un puente que genera cambios que tienen alcance en todas esferas de la vida de la persona, entre las que estarán incluidas, sin duda alguna, las AVD.

³⁰ Romero, D.; *“Introducción al Método Feldenkrais: el arte de crear conciencia a través del movimiento”*; Editorial Lumen; Buenos Aires, 2003.

Concluyendo, el desempeño del T.O, tomando como método de abordaje y medio terapéutico a la Educación Postural Activa gira en torno a la promoción de la calidad de vida, con una práctica centrada en la persona, basada en la promoción de la toma de decisiones y el respeto por la autonomía, apuntando a la resolución de problemas. Favorecer el desempeño ocupacional de la persona, incluye el desempeño en las AVD, y rutinas cotidianas con significación personal.³¹ Todo esto beneficiará sin dudas la calidad de vida de las personas ¿Y no es ese el fin último de la Terapia Ocupacional?

³¹ Beltrán, Mercedes Inés; Pendás, Romina Alejandra. *“Procesos de comunicación y claudicación familiar. Un estudio exploratorio acerca de las percepciones de los terapeutas ocupacionales en el área de cuidados paliativos”*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Agosto, 2011.

Capítulo II: Postura



DEFINIENDO POSTURA

DEFINICIÓN TRADICIONAL

Para lograr un entendimiento más profundo de la visión que las autoras poseen de la estructura corporal del ser humano, se cree necesario realizar primero un breve apartado que defina lo que tradicionalmente se considera como postura; por esta razón se cita a continuación la definición que Kendall, pionero en el trabajo postural, brinda acerca de este concepto.

La *postura* puede ser definida como la posición de todo el cuerpo o de un segmento del cuerpo en relación con la gravedad. Es el resultado del equilibrio entre las fuerzas musculares antigravitatorias y la gravedad. Así mismo, la *actitud postural* representa el conjunto de posturas que adoptan todas las articulaciones del cuerpo en un momento determinado.³²

La postura se define normalmente como la posición relativa que adoptan las diferentes partes del cuerpo. La “postura correcta” es aquella que permite un estado de equilibrio muscular y esquelético que protege a las estructuras corporales de sostén frente a las lesiones o deformaciones progresivas independientemente de la posición (erecta, en decúbito, en cuclillas, inclinada, etc.) en la que estas estructuras se encuentran en movimiento o en reposo. En estas condiciones, los músculos trabajarán con mayor rendimiento y las “posturas correctas” resultarán óptimas para los órganos torácicos y abdominales. Las “posturas incorrectas” son consecuencia de fallas en la relación entre diversas partes del cuerpo dando lugar a un incremento de la tensión

³² Kendall, F.P; Kendall, Mc. Creary. E; “*Músculos: pruebas funciones y dolor postural*”; Barcelona; Edit. Marban; 4ª edición; 2000; Pág.: 75.

sobre las estructuras de sostén por lo que se producirá un equilibrio menos eficiente del cuerpo sobre su base de sujeción.³³

¿“BUENA” POSTURA, “MALA” POSTURA?

Feldenkrais aporta una visión muy interesante sobre la postura. En el marco de la cultura occidental, la significación de postura suele conectarse con la idea de “estar derecho”, pararse derecho, sentarse derecho. Esto se lograría llevando los hombros hacia atrás, el pecho hacia adelante, manteniendo la cabeza en alto y casi respirando con esfuerzo. Se trata de un ideal que probablemente tenga raíces estéticas. Si la persona intenta sentarse así, ¿Cuánto tiempo puede soportar ese control sobre los hombros, el pecho y la cabeza? En poco tiempo, conservar esta posición conduce a la rigidez y el cansancio. De esta manera, se intenta “domesticar” al cuerpo pero, lo más probable, es que rápidamente se deseché el propósito de mantenerse erguido y se vuelva a la postura a la que cada uno se encuentra habituado.

Parece que este ideal estético tiene poco que ver con un organismo vivo que se encuentra en continuo movimiento. Lo inherente al ser humano es la acción, no la quietud. Si “estar derecho” fuera la postura natural, el ser humano debería tener una columna totalmente recta; pero la alineación de los cuerpos vertebrales en una columna sana presenta suaves curvaturas.

La postura se relaciona con la actitud, con la posibilidad de estar organizados y disponibles en la configuración que sostiene a cada ser humano, preparado para pasar a la acción. Así, una “mala postura” estaría relacionada con un pobre uso de posibilidades y habilidades. Las habilidades deben adquirirse mediante un proceso integral de aprendizaje y no apelando a la repetición de movimientos o actitudes ideales, o a un entrenamiento que tenga por objetivo aumentar la velocidad o la fuerza

³³ *Ibíd.* Pág.: 4.

motriz. “Buena postura” significa emplear toda la potencia que uno posee sin realizar movimientos parasitarios” (Feldenkrais, 1995, p. 76).

La idea de estética que se correlaciona con el tipo de postura que entiende Feldenkrais sería la de un cuerpo con las siguientes características:

Un cuerpo alineado y liviano

Un cuerpo que dispone de la organización ideal de movimientos para una acción y un momento determinados

Que conoce sus patrones de organización y puede modificarlos

Que puede realizar la acción de dos o más formas diferentes

Que cuenta con opciones, y por lo tanto, tiene libertad de acción

Un cuerpo individuado, cuya disposición armoniosa constituye su elegancia interna y que, a través del reconocimiento de esta disposición, se sabe satisfecho con ella.

Dice Feldenkrais: “La postura correcta es una cuestión de aprendizaje y desarrollo sentimental; el primer aprendizaje consiste en examinar las posibilidades del cuerpo de moverse y actuar. En la multitud de contracciones musculares indiferenciadas, se aprende a reconocer configuraciones que tienen pertinencia, sentido o relación con el mundo exterior del que el cuerpo forma parte” (Feldenkrais, 1995, p. 129).³⁴ En concordancia con lo anteriormente expuesto, Mézières y Bertherat realizan una descripción sobre las características de una estructura corporal y postural *normal*. La misma se describe a continuación.

LA MORFOLOGÍA PERFECTA

La descripción que Mézières hace del cuerpo normal coincide con la escultura griega del período clásico. Sostiene que la única morfología normal corresponde a la relación que presentan las proporciones de las diversas partes del cuerpo que caracterizan al arte griego del período clásico. Este arte es el único que ha podido representar al cuerpo humano tal como *debería ser*, es decir, como podría ser si realizase su verdadero potencial. El artista griego trataba de expresar una unidad

³⁴ Romano, Diana; “Introducción al Método Feldenkrais. El arte de crear conciencia a través del movimiento”; Buenos Aires; Ed. Lumen; 1ra Edición; 2003; Pp.: 59.

corporal y moral, no utópica sino realizable, hacia la cual todo ser humano debería tender por respeto a sí mismo. La célebre serenidad que sella las obras de la gran época griega es la expresión de esta unidad consumada y de la perfecta salud física del sujeto, ya que para los griegos, no existía la belleza sin salud. Y no existía la salud sin la belleza de las justas proporciones.

Así, para Mézières y Bertherat, la postura correcta de pie (con los pies unidos y los brazos al costado del cuerpo), implica:

- De frente, las clavículas están en el mismo nivel la una en relación con la otra (alineadas)
- La punta de los pezones, deben estar situados al mismo nivel.
- De espaldas, la nuca debe aparecer larga y plana (y no mostrar dos salientes verticales separando tres canalones).
- Los omóplatos deben ser simétricos y no presentar ningún relieve.
- Los hombros y las caderas, igualmente simétricos.
- Ambas crestas ilíacas se encuentran al mismo nivel.
- En los costados, los contornos desde las axilas hasta las crestas ilíacas son rectilíneos e idénticos.
- Las piernas unidas se juntan en cuatro puntos: en lo alto de los muslos, en las rodillas, en lo alto de las pantorrillas y en los tobillos.
- Los maléolos, es decir, los tobillos, están en equilibrio en relación con el eje vertical, pero el interno es más alto que el externo.
- Los pies se tocan desde el talón hasta la punta del dedo gordo. Son más anchos adelante que atrás, sus bordes son rectilíneos. El dedo corazón debe quedar en medio de la cara externa del muslo.³⁵

Toda desviación de esta descripción indica una deformación corporal. Y toda deformación se origina en un exceso de fuerza de la musculatura de la cadena posterior.³⁶

³⁵ Bertherat, Thérèse; Bernstein, Carol; *“El cuerpo tiene sus razones”*; Editorial Paidós; Buenos Aires; 2011. Pág.: 102.

A partir de todo lo expuesto, resultaría incoherente pensar en la postura de manera fragmentada, aludiendo a la posición de partes del cuerpo, sin relacionarlas unas con otras.

HACIA UNA CONCEPCIÓN GLOBAL DE LA POSTURA

A continuación se desarrollará en profundidad el concepto de postura bajo una mirada más holística y global, complementando y ampliando la visión de lo que tradicionalmente se piensa como postura.

El cuerpo humano es una unidad, un complejo, una consolidación de diversos segmentos. Las percepciones, respuestas y comportamientos de este complejo integrado no dependen de las unidades individuales que hay dentro de la envoltura sino de su relación. La postura podría definirse entonces como *la relación e integración de todas las estructuras del cuerpo humano*.

No hay organismo vivo cuyo cuerpo sea una unidad simple ni tampoco un mero agregado de elementos aislados. El cuerpo tiene una integridad orgánica intrínseca. Por más que a esta unidad se la haya separado y analizado en sus partes para entenderla mejor, el hecho básico sigue siendo la integración, la totalidad que resulta de un unitario juego recíproco.³⁷

Sin embargo, la estructura humana, al estar segmentada, sucumbe con mayor rapidez a la desigualdad de los pares de fuerzas de la vida cotidiana, aunque gracias a su plasticidad, es posible remodelarla.

Cuando se habla de la segmentación de la estructura, se hace referencia a la estructura en cuanto agregado de unidades. Las unidades individuales del cuerpo (cabeza, tórax, pelvis, piernas, pies, etc.), deben tener peso suficiente para tener una existencia gravitatoria significativa. Estos bloques están, a su vez, compuestos por otros elementos más pequeños (cráneo, vértebras, huesos de la pelvis, etc.).

³⁶ Ibíd. Pág.: 101.

³⁷ Rolf, Ida P.; *"Rolfing. Integración de las estructuras del cuerpo humano."*; Editorial Urano; España; 1994. Pág.: 184.

Resulta importante destacar que cuanto mayor es el orden estructural, tanto menor es la entropía y mayor la reserva energética. El peso de un cuerpo mal estructurado tira de él hacia abajo. Un cuerpo equilibrado parece elevarse, no caer. Da la impresión de que tuviera un “gancho imaginario” que lo levantara desde arriba.

Teniendo en cuenta esto, puede entonces deducirse que sólo se conseguirá una disposición estable, y por tanto una *correcta postura*, si los bloques son apilados verticalmente (de modo que el centro de gravedad de cada bloque esté verticalmente encima del centro de gravedad del que tiene debajo).

CADENAS MUSCULARES

Desde esta concepción global de la postura, puede entenderse al cuerpo humano como un conjunto de cadenas musculares entrelazadas que trabajan sinérgicamente. Así, para actuar de manera coordinada los músculos abarcan unos a otros constituyendo cadenas musculares. Se entiende por **cadena muscular** al “grupo de músculos que se organizan para resolver conjuntamente una tarea neuro-motriz”. Las mismas pueden ser clasificadas en dos grandes grupos:

En el caso de las **cadenas musculares tónicas** el objetivo es la génesis, control y regulación de la postura, siendo punto de partida de toda función motriz. Durante su crecimiento, el ser humano desarrollará poco a poco unos músculos capaces de vencer la gravedad denominados músculos de la estática (o músculos tónicos). Los músculos de la estática mantienen al ser humano erguido contra la fuerza de la gravedad. Su estructura es fibrosa y poseen un tono elevado, es decir que sus fibras se encuentran en un estado de contracción permanente. Así, los músculos tónicos representan los dos tercios del total de la musculatura del ser humano.

El cuerpo se encuentra en un oscilación permanente de manera que se hace necesario un ajuste postural continuo a fin de recuperar el equilibrio y mantener el centro de gravedad alineado con el punto situado en medio de los dos pies, algo que solo es posible de conseguir mediante los músculos de la estática. Estos músculos

(espinales, isquio femorales, pantorrillas, etc.) están sobrecargados debido a que se encuentran permanentemente activos y en guardia, evolucionan siempre hacia la hipertonicidad, rigidez y pérdida de longitud.

Por otro lado, los músculos de las **cadena musculares dinámicas** no son fibrosos, su tono es reducido. Cuando su contracción ha finalizado y debido a que no son indispensables para la posición erguida, regresan a su posición de relajación natural.

Los músculos dinámicos pueden relajarse en exceso por una falta de actividad deportiva, como ocurre frecuentemente con los abdominales. No desempeñan prácticamente ninguna función en la posición erecta. En el caso de que exista deformación o desviación, esta es debida, necesariamente a las diferencias de tensión entre los estáticos.

Los músculos de la estática se organizan en cadenas musculares; existen dos cadenas principales:

Cadena Muscular Anterior: Incluye los músculos escálenos, costales, psoas, aductores y anteriores de la pierna. La contractura en esta cadena, tiende a los pies planos y a la pronación. Las rodillas se desvían hacia valgo, provocando que el peso del cuerpo se desplace hacia el interior aumentando las fuerzas sobre la bóveda plantar y provocando el hundimiento de la misma.

Cadena Muscular Posterior: erige al ser humano contra la gravedad. Comienza en la base del cráneo y acaba en el talón. Incluye los músculos espinales, los glúteos, los isquiotibiales y los gemelos. La contractura en esta cadena, tira del cuerpo hacia atrás, dando lugar a un pie cavo y un apoyo supinador. Las rodillas tienden hacia varo, provocando que el peso del cuerpo recaiga en el borde externo del pie.³⁸

Tanto la cadena anterior como la posterior en retracción provocan bloqueos respiratorios ya que en ambas cadenas están incluidos músculos de la inspiración.

³⁸ Souchard, Ph. E; *“Stretching Global Activo: de la perfección muscular a los resultados deportivos”*; Ed. Paidotribo; Barcelona; 2003.

Cadenas accesorias: son solidarias de las cadenas principales y aseguran el funcionamiento de los miembros superiores e inferiores. Ellas son: la cadena anterointerna del hombro, la cadena superior del hombro, la cadena inspiratoria, la cadena anterointerna de la cadera, la cadena lateral de la cadera y la cadena anterior del brazo.³⁹

Souchard explica que un músculo no es más que un cuerpo elástico dotado de vida y al igual que cualquier cuerpo elástico, solo será capaz de reducir su longitud si previamente ha sido estirado suficientemente. La fuerza, es por lo tanto, directamente proporcional a la flexibilidad. Un músculo rígido se debilita, por ser demasiado fuerte, de manera que intentar desarrollar los músculos de la estática hasta el punto de volverlos rígidos no hace más que debilitarlos; el desarrollo inconsiderado de estos últimos se traduce en un acortamiento que estira hacia ellos los segmentos óseos afectando a la morfología y la fisiología corporal.

El método Mézières, se basa en ciertas consideraciones esenciales que se complementan con la teoría de Souchard, estas consideraciones son:

La tensión de los músculos posteriores determina a nivel de la columna vertebral la exageración de las curvaturas sagitales y de la escoliosis.

La lordosis es siempre primaria, la cifosis y la escoliosis son deformaciones secundarias.

La lordosis es siempre la deformación primaria por el hecho de que el pie se desarrolla hacia adelante y no hacia atrás; forzosamente, el hombre se vio obligado a desplazar su centro de gravedad hacia adelante, para encontrar una postura de pie confortable. El cuerpo inclinado hacia adelante necesita tirantes posteriores para mantener su equilibrio. Al acortarse, estos tirantes tienden a dar al cuerpo una forma arqueada, con la concavidad del arco orientada hacia atrás, es decir, una lordosis. La falta de longitud de los músculos posteriores provoca lordosis. Si se amplifica este proceso, el cuerpo se

³⁹ RPG LATINOAMÉRICA RED. <<http://rpgl.org/>> [Consulta: Enero, 2014]

ve forzado a encontrar compensaciones. Es por esto entonces, que la tensión posterior es primaria y genera las deformaciones; la cifosis y la escoliosis están provocadas por un proceso de compensación secundaria a la tensión muscular posterior.

El concepto de que las lordosis dan origen a las desviaciones se vuelve más evidente si se considera que no sólo la postura normal de pie la provoca, sino también porque no puede efectuarse ningún movimiento de los miembros o del torso sin caer en una compensación lordótica (y el entrenamiento de los músculos lordosantes).

Las lordosis, las rotaciones internas y el bloqueo diafragmático en inspiración. El descubrimiento de los mecanismos compensadores muestra sólo una fuerte tensión de los grupos musculares provocada por la rotación interna de los miembros y un bloqueo diafragmático en inspiración. Esto es, por un lado, porque los rotadores internos son solidarios con los músculos posteriores. En cuanto al diafragma, los puntos de apoyo diafragmáticos (D12-L1-L2-L4), son comunes a los del psoas, que se inserta también en L5 y se une al ilíaco. Así, el diafragma forma parte de los músculos lordosantes en tanto atrae a las lumbares hacia adelante y hacia arriba.

Por lo tanto, y concluyendo, según Mézières, sólo se debe combatir:

- Las lordosis
- Las rotaciones internas
- Los bloqueos diafragmáticos en inspiración⁴⁰

Resulta importante destacar, que, como el cuerpo es una unidad, cualquier acción en algún lugar de la cadena, tiene una repercusión a distancia sobre otros elementos de la misma cadena. Desde la propuesta de Souchard, se propone entonces trabajar la elongación de los músculos estáticos, siendo la globalidad de estos

⁴⁰ Godelive Denys-Struyf; *“El manual del Mezierista”*; Editorial Paidotribo; Barcelona; 2004; Pág.: 22

alargamientos una necesidad. Esto mismo es planteado por Mézières, la cual sostiene que es necesario estirar todas las lordosis al mismo tiempo para recuperar la longitud del conjunto muscular en pérdida de elasticidad.

Así, la clave reside en no tonificar los músculos, sino estirar su antagonista. La teoría de Mézières referente a la recuperación de la fuerza muscular, dice que “Al eliminar el exceso de fuerza en el grupo fuerte (músculos de la cadena posterior), automáticamente esta fuerza pasa a los antagonistas débiles sin que sea necesario llevar a cabo una estimulación concreta, sino simplemente alinear segmentos”.⁴¹

INTEGRACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DEL CUERPO HUMANO

La descripción que se llevará a cabo a continuación se organiza en dirección caudo-craneal, para facilitar la comprensión del lector.

El equilibrio en la postura erecta comienza en los **pies**, la labor básica de estos y del tobillo consiste en ofrecer una base sólida mediante la cual la parte superior del cuerpo pueda relacionarse con el plano horizontal del mismo, permitiendo un desplazamiento y una adaptación continuos del cuerpo que sostienen. La disposición de los veintiséis huesos del pie es la clave de una de sus funciones vitales: apoyar el peso del cuerpo sobre una superficie tan amplia como para que la presión ejercida al estar de pie pueda distribuirse de forma adecuada. El pie funciona gracias a la presencia de tres arcos: el *arco longitudinal interno*, el cual va montado sobre un *arco longitudinal externo*; y un tercer arco, *el arco transverso*, que atraviesa la parte frontal del pie. En un arco bien estructurado, lo que crea y mantiene el contorno no es solamente la configuración de los huesos, sino la firmeza del tejido conjuntivo que sostiene los dos extremos del arco, y así permite que el peso del cuerpo esté dispuesto como si descansara sobre la base de un triángulo.

⁴¹ Ibíd. Pág.: 22

Para transportar el peso del cuerpo, los arcos del pie deben estar estabilizados por músculos muy fuertes; como son demasiado grandes para estar alojados solamente en el pie, estos se encuentran en la pierna. Así, el **tobillo** no es sólo una articulación, sino una polea por donde pasan los tendones que van desde la pierna al pie. Las **rodillas**, lo mismo que los tobillos, funcionan de acuerdo con esta estructura, como una bisagra, trabajan mejor y de la manera más económica en un único plano de movimiento: hacia adelante y hacia atrás. En el caso ideal, el movimiento de las articulaciones de la rodilla y del tobillo debería ser paralelo, y las dos articulaciones deberían estar centradas una encima de la otra. Debido a esto se puede considerar que las huellas plantares informan cuánto peso se está transmitiendo en cada pierna, y por qué vía.

Si las huellas plantares de los pies se encuentran dirigidas hacia afuera el peso no es transmitido en línea recta a través de las articulaciones de la pelvis, rodillas y tobillos. El giro del pie hacia afuera puede producirse por rotación de la articulación del tobillo, la rodilla o la cadera. Cualquiera de ellas puede alterar gravemente el equilibrio del cuerpo.⁴²

El cuerpo es para Rolf un complejo, una consolidación de diversos segmentos cuya piedra angular es la **pelvis**. La pelvis constituye una especie de “cuenco óseo”, pero la realidad es que es algo más complejo debido a que está constituida por varios huesos diferentes: ilion, isquión y pubis. El sacro completa y cierra este cuenco. Por medio de la articulación lumbo-sacra, la pelvis forma un cojinete mecánico sobre el cual se mantiene en equilibrio la parte superior del cuerpo. En su papel de cuenco, la pelvis contiene las vísceras abdominales.

Existe una línea imaginaria horizontal entre el cóccix y el pubis, y otra línea imaginaria vertical entre el pubis y la espina ilíaca antero superior. Ambas sirven como puntos de referencia para definir el equilibrio entre la pelvis y el cuerpo como totalidad. Esta es la llamada línea A.

⁴² Rolf, Ida P.; *“Rolfing. Integración de las estructuras del cuerpo humano.”*; Editorial Urano; España; 1994. Pp.: 49; 79.

En un cuerpo mal estructurado, es muy frecuente que el contenido abdominal apenas esté sostenido por los músculos y la piel de la pared anterior del abdomen. Si el plano definido por la línea A se desvía excesivamente de la horizontal, el contenido de la pelvis se derramará (anteversión de la pelvis).

Asimismo, la inclinación pelviana está estrechamente relacionada con la posición de la columna lumbar y el sacro. En la medida en que la línea A no sea horizontal, el esfuerzo se refleja en la articulación lumbo-sacra y se restringe el movimiento. Además, la pelvis debe adecuarse a la pierna. La cabeza del fémur se aloja en el acetábulo. La pelvis se adapta al movimiento del muslo rotando en esta articulación. Cuando una persona está de pie, pierna y pie se organizan en relación con el suelo, no sólo con la pelvis. La pelvis se adapta al movimiento rotando ligeramente en torno a la cabeza del fémur. Sin embargo, la articulación es mucho más de que los huesos que la forman; todos los músculos y ligamentos que mantienen unida su estructura y le sirven de sostén, forman parte de ella.

Además de los flexores y extensores, la clasificación funcional de los músculos distingue los abductores, aductores y rotadores. Para que en cualquier parte del cuerpo se dé un funcionamiento simétrico y un buen equilibrio operativo, todos ellos deben estar equilibrados, tanto en lo que se refiere al tono como a la longitud. Para cumplir su función de soportar y transmitir peso, el muslo necesita estar poderosamente estructurado.⁴³

Como es lógico, la pelvis debe estar incorporada a la trama total del cuerpo, tanto por arriba como por abajo, así como por la superficie ventral y la dorsal. La superficie dorsal ayuda a establecer y mantener la extensión de la fascia lumbar. La fascia lumbar, a su vez, determina el emplazamiento del grupo de los erectores de la columna.

Una mayor longitud y elasticidad de los extensores deja más margen de adaptación y más espacio a los tejidos de la parte alta y media de la espalda. Entonces, la cresta ilíaca puede modificar su ángulo de inclinación. *La posición de la pelvis ósea,*

⁴³ Ibíd. Pp.: 87, 105.

de sus horizontales y verticales, determina el equilibrio del cuerpo. El equilibrio físico sólo se puede alcanzar cuando la pelvis se encuentra esencialmente equilibrada. El acortamiento de alguno de los músculos que se insertan en ella hace rotar la pelvis, deformando y tensando todas estas relaciones.

Se debe poner énfasis también en la importancia de la articulación coxofemoral libre, lugar de encuentro de la pelvis con la pierna, articulación que determina la simetría del cuerpo. Equilibrio e integración implican la simetría. En términos concretos, en la bipedestación, la cavidad pelviana debe estar horizontal. Los dos puntos altos y más prominentes situados en la cresta del íleon (las espinas antero-superiores) deben estar en una línea horizontal. Si las espinas antero-superiores están niveladas también lo estarán las tuberosidades isquiáticas. La funcionalidad de la articulación de la cadera depende de la posición del ilion y de la posición del fémur. El plano de referencia del ilion queda definido por la relación de las espinas ilíacas antero-superiores con el pubis (deben estar en un plano vertical) y la relación de la punta del cóccix con el pubis (debe estar en un plano horizontal). Si se satisfacen estas condiciones, la cabeza del fémur puede encajar en el acetábulo de manera tal que le permita rotar libremente.⁴⁴

Los rectos abdominales contribuyen a la posición horizontal de la pelvis debido a que se insertan en el pubis. Al estar fijos en este centro del borde pelviano, elevan el aspecto anterior de la cavidad pelviana. Si debido a flexiones repetidas, los rectos se acortan, aparecerán complicaciones. La deformación más manifiesta se dará en la caja torácica. Los rectos, ejercen su tracción hacia la quinta costilla. Un acortamiento crónico de estos músculos tracciona de toda la estructura costal hacia abajo, acercando excesivamente las costillas inferiores al borde pelviano. Esta flexión crónica tensa todo el cuerpo, ya que el cuello y la columna cervical se ven inevitablemente incluidos en la compensación. Las estructuras miofasciales de la columna cervical sufren un acortamiento anterior, y por lo tanto, la cabeza se adelanta. La continua tracción ventral sobre las dos primeras costillas desplaza y eleva la primera vértebra

⁴⁴ *Ibíd.* Pp.: 149, 159.

dorsal en la espalda, con lo que comienza un acortamiento. La famosa “joroba” (cifosis cervical) es el resultado de un marcado descenso de una caja torácica caída que inclina hacia adelante la primera vértebra torácica y la séptima cervical. La tensión puede reflejarse además, en las vertebrae lumbares (hiperlordosis lumbar), y una hiperextensión de las rodillas.

La cavidad pelviana y la columna vertebral unidas conforman la estructura central básica⁴⁵: la **columna vertebral**, la cual descansa en la pelvis. Aunque se considera que la pelvis es básica para el bienestar físico y emocional del individuo, el óptimo funcionamiento dinámico de éste requiere una integridad estructural que se extienda desde las plantas de los pies hasta la cabeza. La columna constituye el eje de conexión del cuerpo. Sus dos terminales polares, incorporados en la pelvis y en la cabeza, hacen de la columna un núcleo vital que integra al ser humano con su entorno gravitatorio. La columna constituye el soporte estructural fundamental, actúa como un mástil en torno del cual se relacionan las estructuras miofasciales. Físicamente, la columna vertebral funciona como el mástil de una carpa; es frecuente pensar que es el mástil lo que mantiene erguidas a las mismas. Sin embargo, para que una carpa esté “bien tensada”, lo que mantiene erguido el lado izquierdo es la tracción del lado derecho hacia abajo, y el lado izquierdo es lo que sostiene firme al derecho. La función del mástil consiste en asegurar el equilibrio espacial apropiado para ambos lados. Lo mismo sucede en el cuerpo humano. Los huesos de la columna vertebral determinan la posición espacial de los músculos que en ellos se insertan, y con ello, también la eficacia entre agonistas y antagonistas.⁴⁶

En una especie de vertebrados que pugna por alcanzar la postura erecta, a la columna le cabe un papel central en la determinación de una estructura equilibrada y erguida. En cuanto a esta función, columna y pelvis comparten de modo igualitario el mismo papel. En el intento de entender al hombre como un todo, es vital que se

⁴⁵ Ibíd. Pp.: 149, 159.

⁴⁶ Ibíd. Pp.: 71-87.

aprecie la estructura de su columna: su tono, su conformidad con la posición espacial normal.⁴⁷

En una columna libre y erecta, el sistema de los extensores de la espalda proporciona sostén y espacio a las vértebras. Los extensores llevan el cuerpo a una posición erecta.

En un cuerpo que se aproxime al equilibrio, la columna distribuye adecuadamente el peso, en vez de soportarlo. Aquí, la clave radica en la estructura miofascial. La función fisiológica de una columna normalmente erecta consiste en distribuir el peso.

La función principal del poderoso complejo miofascial que forman los extensores de la espalda radica en asegurar sostén, y asegurarlo por suspensión.⁴⁸

En cuanto al sistema motor superior, la **cintura escapular**, la parte alta (dorsal) de la columna y la columna cervical forman un sistema único de movimiento. Cada elemento de este complejo influye sobre todos los demás. La cintura escapular es más vulnerable que la deformación pélvica, porque es más ligera y solo está unida al cuerpo por un lugar, sin tener un apoyo firme. Al estar más alejada del suelo, es más susceptible de resultar afectada por la gravedad.

Por su parte, debido a las muchas inserciones importantes que recibe, una alteración en la posición de la clavícula (como clavículas no alineadas) desorganiza otros componentes de la parte superior del cuerpo. La clavícula está unida a la primera costilla y al esternón por un disco resistente de fibrocartílago y por bandas ligamentosas. La situación de la escápula, lo mismo que la del húmero, está determinada por la clavícula.⁴⁹

Con respecto al **cuello**, para que haya equilibrio, la estructura del mismo debe estar espaciada a mitad de camino con respecto a los lados del cuerpo. La alineación, un equilibrio satisfactorio, exige que solo una columna cervical vertical pueda formar el segmento superior de un cuerpo apilado verticalmente.

⁴⁷ *Ibíd.* Pp.: 186,187.

⁴⁸ *Ibíd.* Pp.: 179, 205.

⁴⁹ *Ibíd.* Pp.: 219, 239.

El cuello después de todo, es un puente vertical entre la cabeza y los hombros. El cráneo, solo estará equilibrado si el plano que pasa por los cóndilos occipitales es horizontal. Para satisfacer esta exigencia, un eje que divida en dos la orejas debe ser vertical y hallarse centrado encima de los hombros.

Si la pelvis es un polo, la parte más alta del cuerpo (la **cabeza**) debe ser el otro. El cráneo es el segmento superior de la pila de bloques y en él se aloja el más importante de los plexos nerviosos, el cerebro.⁵⁰ El centro del equilibrio mecánico es la articulación occipitoatloidea, en que los dos cóndilos occipitales están diseñados para deslizarse en las cavidades glenoideas del atlas. Exactamente por debajo de este punto, los músculos de la espalda y del cuello equilibran el peso de la cabeza cuando esta se inclina, impidiendo que caiga hacia adelante.

Al integrar la estructura total, la alineación de la cabeza, el cuello y el tórax determina el polo superior del hombre físico.⁵¹

LA INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD EN LA POSTURA

El campo gravitatorio de la Tierra es la influencia física más potente que pesa sobre cualquier vida humana. Todo está impregnado por la gravedad aunque esta no pueda ser percibida. En los seres humanos, no es posible entender los conflictos resultantes de la gravedad si se considera al hombre como algo unitario e inmutable, ya que, como se dijo anteriormente, este es un ser plástico, integrado y móvil, dentro del cual pueden producirse cambios de relación. El conflicto del hombre con la gravedad pone en juego su estructura en cuanto agregado de unidades. Las unidades individuales, deben tener peso suficiente para tener una existencia gravitatoria significativa.

Resulta importante destacar que cuanto mayor es el orden estructural, tanto menor es la entropía y mayor la reserva energética. El peso de un cuerpo mal estructurado tira de él hacia abajo y revela que está perdiendo la batalla contra la

⁵⁰ *Ibíd.* Pp.: 215, 219.

⁵¹ *Ibíd.* Pp.: 255, 281.

gravedad. Un cuerpo equilibrado parece elevarse, no caer. Da la impresión de que tuviera un “gancho imaginario” que lo levantara desde arriba.

Teniendo en cuenta esto, puede entonces deducirse que sólo se conseguirá una disposición estable si los bloques son apilados verticalmente (de modo que el centro de gravedad de cada bloque esté verticalmente encima del centro de gravedad del que tiene debajo). La estabilidad se manifiesta por la ausencia de tensión en la envoltura elástica que los encierra; por ende, cualquier desviación de una disposición estable será registrada por la superficie elástica. Para ello es importante recordar que estos bloques se encuentran enfundados en un saco elástico, y que la tensión se extiende a toda la superficie del saco que los encierra. Es posible empujar un bloque o tironear de él para alinearlo con su vecino, pero el saco indicador seguirá revelando, en otros lados una tensión residual. *Para que el sistema quede libre de tensiones, debe haber una alineación vertical del centro de gravedad de cada bloque, sin que haya por otro lado, ninguna rotación e inclinación de los segmentos.*

Sin embargo, al hacer un análisis crítico de los elementos estructurales del hombre, se presentan algunas complicaciones. Cuando se esquematiza el cuerpo humano mediante un conjunto de bloques, se observa que los más anchos, abultados y pesados están a la altura de los hombros, y no cerca del suelo. Así, en el cuerpo humano, no se requiere únicamente alineación, sino también simetría a lo largo de los tres ejes principales. Cuando se trata de la gravedad, la pelvis ocupa un lugar especial. Como la superficie de la Tierra no puede adaptarse al movimiento humano, es el hombre quien tiene que actuar; la articulación esférica de la cadera es, por su diseño, la más capacitada para lograr esta acomodación.⁵²

En los cuerpos humanos la gravedad actúa acortándolos, engrosándolos y comprimiéndolos. Sólo los huesos impiden llegar a una unidad esférica y caótica. En cualquier organismo, cuando se destruye el esquema formal, la unidad orgánica pierde energía. Esta disminución ocurre en múltiples planos. El movimiento se hace más

⁵² *Ibíd.* Pp.: 29, 39.

denso, la capacidad de control disminuye. Verticalmente la persona se acorta, lateralmente se ensancha.⁵³

A medida que el cuerpo pierde equilibrio, y en consecuencia integridad, este conjunto básico de relaciones se altera. La desorganización en este nivel se manifestará en el comportamiento personal, tanto físico como psicológico.

⁵³ *Ibíd.* Pp.: 71, 87.

Capítulo III: Conciencia Postural



CONCIENCIA CORPORAL

Se piensa a la conciencia corporal como sinónimo de estar despierto, alerta respecto al propio cuerpo. Así, la conciencia corporal implica conocerse desde el cuerpo, observar la/s postura/s que normalmente se adoptan, las líneas que dibujan sus distintas curvas, las simetrías o asimetrías de cada pieza. Implica también tocarse, descubrir los huesos, sus direcciones, los espacios, sentir los músculos, llegar a descifrar los significados de algunos dolores y/o tensiones y su relación con la postura, percibir la manera en que cada parte del cuerpo se relaciona e integra una con la otra, entramando al cuerpo en una totalidad indivisible.

“El cuerpo, a través de los sentidos, adquiere un potencial de conocimiento, y la sensación se convierte así en la posibilidad de aprendizaje que el hombre tiene desde su propio cuerpo (...). Siendo la autoobservación y la observación instrumentos privilegiados para el conocimiento del comportamiento humano y para su transformación, el grado de sensibilidad influirá en la calidad de lo observado. La capacidad de ser receptivos, de estar presentes en la sensación, multiplicará las potencialidades de una autoobservación más plena y más sensible.”⁵⁴

Por lo general las personas tienden a bloquear las percepciones desagradables, de esta manera se va “durmiendo” la conciencia corporal. Pero la realidad es que el punto de partida para el cambio es la percepción del propio cuerpo, incluyendo estas sensaciones desagradables.

Para desarrollar y profundizar la conciencia postural la persona atraviesa un proceso de ampliación de la percepción (sensibilidad superficial y profunda, conciencia de posición y dirección de la estructura esquelética y distribución de las tensiones en su estructura neuromuscular).

⁵⁴ Kesselman, Susana. *“El pensamiento corporal: de la inteligencia emocional a la inteligencia sensorial”*. 1ª. Ed. Buenos Aires: Lumen, 2005. Pág.: 27

PERCEPCIÓN Y SENSACIÓN POSTURAL

La sensibilidad es la capacidad del organismo de percibir en forma de sensaciones los diversos estímulos del ambiente externo o del interior del propio cuerpo.

El estímulo, al llegar al órgano receptor, da lugar a la generación del fenómeno denominado sensación, gracias a la cual el organismo conoce.

La sensibilidad se clasifica de la siguiente manera:

- Sensibilidad de la piel o superficial consciente: es la información que brindan los receptores de la piel. Se divide en: táctil, térmica y dolorosa.
- Sensibilidad muscular y ósea o profunda consciente: este tipo de sensibilidad tiene su origen en músculos, huesos, tendones y articulaciones. Se divide en:
- Sentido de presión o barestesia: consiste en la apreciación del peso (barognosia) o presiones (barestesia) ejercida sobre una parte del cuerpo. Sus receptores son los corpúsculos de Golgi para la presión poco intensa y Pacini para presiones fuertes.
- Sensibilidad vibratoria o palestesia.
- Sentido de las actitudes segmentarias o batiestesia: toma conocimiento de la posición exacta en que están las diferentes partes del cuerpo sin auxilio de la vista. Sus receptores son los husos musculares en combinación con los corpúsculos de Golgi.

SENSACIÓN POSTURAL

La sensación postural puede ser definida como la conciencia perceptual continua de la posición del cuerpo en el espacio y de la relación de una parte del

cuerpo con otro en el momento en que una persona no se está moviendo.⁵⁵ Los aspectos que contribuyen a las sensaciones posturales estáticas son los siguientes:

- *Mecano receptores articulares*: los mecano receptores corpusculares de adaptación lenta que se encuentran en las cápsulas de todas las articulaciones, son los más poderosos contribuidores a las sensaciones posturales estáticas. La cantidad difiere en densidad en las diferentes articulaciones, de modo que algunas articulaciones contribuyen más a las sensaciones posturales que otras. La regla al respecto es que la “población” de los receptores en las cápsulas articulares de los miembros aumentan en dirección proximal, de modo que la sensación postural es más precisa en las articulaciones de la cadera y del hombro. En relación con la columna vertebral, la variación es similar, la conciencia del cuello es mucho más precisa que la conciencia postural de la posición de la espina lumbar.
- *Mecano receptores cutáneos*: segundo grupo dentro de los mayores contribuidores a la sensación postural. También son de adaptación lenta y se hallan en toda la superficie de la piel. Son más densos en la planta del pie, la nariz y los labios.
- *Visión*: las impresiones sensoriales visuales tienen una gran influencia en la sensación postural estática. Tal es así que, considerando que el sistema visual esté funcionando normalmente y en condiciones de iluminación adecuada del contexto, este sistema puede compensar las deficiencias que pudieran ocurrir en los otros sistemas.

En resumen, la sensación de la postura estática depende de la integración de la información de cada articulación, y de cada región de la piel más la visión, los tendones y el huso muscular en cada momento particular.

La EPA tiene como uno de sus objetivos principales la adquisición de autoconocimiento corporal, a través de la toma de conciencia de las diferentes

⁵⁵ Vishnivetz, Berta; “*Eutonía. Educación del cuerpo hacia el ser*”; Editorial Paidós; Buenos Aires; 1994. Pág.: 153.

estructuras corporales, ampliando las percepciones y así las distintas sensibilidades, contribuyendo en el aumento de la conciencia postural de cada persona.

HABITAR NUESTRO CUERPO, TOMAR CONCIENCIA DE ÉL

“Nuestro cuerpo somos nosotros mismos. Él es nuestra única realidad aprehensible.

No se opone a la inteligencia, a los sentimientos, al alma. Los incluye y los alberga.

Por ello, tomar conciencia del propio cuerpo significa abrirse al acceso de la totalidad del propio ser.”⁵⁶

En este preciso momento y lugar hay una casa que lleva el nombre de cada persona. Cada uno es el único propietario de su casa, pero hace mucho tiempo que ha perdido las llaves. Por eso permanece fuera y no conoce más que la fachada. No vive en ella. Esa casa, albergue de los recuerdos más enterrados, es su cuerpo.

Cada cuerpo tiene un lenguaje propio con el cual no se está familiarizado, la cultura occidental ha mantenido alejadas a las personas de su propio cuerpo, no es frecuente oír cómo puede ser cuidado el cuerpo, ni la importancia de saber escuchar y estar atentos a sus mensajes. Si no existe una relación con el cuerpo en su totalidad, ¿no será porque no se percibe la integración de las diversas partes del cuerpo entre sí? Por ejemplo, en cuanto a la relación entre la cabeza y el cuerpo, se da con frecuencia una ruptura total. Para muchos, la cabeza es la cabeza y el cuerpo es el cuerpo, como si fueran dos estructuras independientes y divisibles. Aún más. El cuerpo es para muchos solo el tronco que posee cuatro miembros unidos a él no se sabe bien como. No suele haber conciencia de que la cabeza se halla unida a la columna vertebral, lo mismo que los brazos y las piernas ¿Es que la cabeza y los miembros no constituyen el cuerpo? ¿No son más que una especie de apéndices?⁵⁷

Se percibe la rigidez del cuerpo, las restricciones que impone, hasta el malestar e incluso hasta el sufrimiento. Sin embargo, resulta prácticamente imposible analizar y

⁵⁶ Bertherat, Thérèse. *“El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia”*. 1ªed. Buenos Aires. Paidós. 2009. Pág.: 13.

⁵⁷ *Ibíd.* Pág.: 56.

conocer las causas reales de ese malestar. Su origen queda enmascarado por un detalle que retiene la atención: un hombro más alto que el otro, una columna demasiado curvada, un brazo más largo que el otro, piernas torcidas. Estas constituyen, sin embargo, señales de alarma que nos envía el cuerpo. El hecho de aprender a escuchar el propio cuerpo y encontrar el modo de captar y decodificar sus mensajes propicia e incrementa el autoconocimiento. A partir de este, cada persona podrá entrar en contacto con su cuerpo, habitarlo, conocerlo, sentirlo, tomar conciencia y posesión de él. Esto permitirá descubrirse desde el interior de uno mismo; desarrollando y agudizando la conciencia corporal, la capacidad de auto observación y ampliación de las percepciones, lo cual permitirá incrementar las potencialidades del propio cuerpo.

Dice Bertherat: “Cuando una persona logra tomar conciencia de la torpeza de un movimiento o de la inmovilidad de una parte del cuerpo, experimenta un sentimiento desagradable, casi de malestar, su cuerpo desea aprender una mejor manera de moverse, una mejor postura. Porque el cuerpo está construido para funcionar al máximo. Al tomar conciencia sobre nuestro cuerpo, le concedemos una influencia sobre nuestra vida.”

Es que sentirse bien con el propio cuerpo, ¿no significa ante todo poder sentirse, admitir, percibir y desarrollar sus sensaciones?

Capítulo IV: Evaluación y Terapia Ocupacional



EL PROCESO DE EVALUACIÓN

La evaluación forma parte del proceso integral de Terapia Ocupacional. El término **evaluación** hace referencia a la totalidad del proceso de reunir información. Tiene un doble significado: por un lado consiste en toda la serie de pruebas utilizadas para obtener información sobre las características de la persona, y por otro, sirve para auto actualizar el trabajo del Terapeuta Ocupacional, para determinar su eficacia y modificar la línea terapéutica en caso de que el cumplimiento o inalcanzabilidad de los objetivos propuestos lo requiera.⁵⁸

Este proceso de evaluación tiene una naturaleza dinámica e interactiva. Aunque las evaluaciones se realizan habitualmente al comienzo de la intervención, las evaluaciones continuas se producen durante todo este proceso y al completarlo. Así, el proceso de evaluación sirve como “punto de partida”, proporcionando un fundamento sobre el cual apoyarse para poder luego diseñar hipótesis y planificar los pasos a seguir.

Esta evaluación se fundamenta en la **teoría**, marco de referencia o modelo conceptual utilizado. En el presente trabajo el marco conceptual que lo cimienta es el de la “Educación Postural Activa”. Cada componente del proceso de evaluación estará influido por la teoría que utilice el profesional para explicar el tema de interés. La teoría subyacente determinará los datos que se recogerán, el significado de esos datos, la selección de las intervenciones para tratar los problemas identificados, el momento oportuno y la duración de las intervenciones que se implementarán, y la elección de los resultados que se utilizarán para evaluar si las intervenciones lograron el propósito pretendido.⁵⁹

⁵⁸ Polonio López, B; “*Terapia Ocupacional en discapacitados físicos, teoría y práctica*”; Capítulo 3; Argentina; Editorial Panamericana, 2004. Pág.: 197.

⁵⁹ Willard, Spackman; “*Terapia ocupacional*”; Ed. Medica panamericana; 11ª edición; Buenos Aires; 2011. Pp.: 478, 479.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Para que el resultado de la evaluación sea satisfactorio, es necesario combinar el conocimiento con la experiencia y con la capacidad del Terapeuta Ocupacional para escuchar activamente, para comprender al otro, para empatizar con él y para lograr su confianza. El Terapeuta debe registrar todos los datos obtenidos con precisión y objetividad.

El Terapeuta Ocupacional elegirá entre los instrumentos disponibles, aquellos que resultan más apropiados, teniendo en cuenta que el instrumento de medida seleccionado debe reunir las siguientes características: fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio y especificidad.

A continuación se ahondará en aquellos métodos de evaluación que se utilizarán para conocer las características y conciencia de postura que presentan los estudiantes de Terapia Ocupacional que serán investigados.

- *Observación*: es el método utilizado para complementar y contrastar la información obtenida por otros medios. Ser un buen observador es una de las características fundamentales que debe poseer el Terapeuta Ocupacional. La observación puede llevarse a cabo de manera estructurada o no estructurada.
- *Observación no estructurada*: se lleva a cabo de manera informal durante la entrevista, la realización de alguna actividad, situación determinada de la cual se extraen datos, etc.
- *Observación estructurada*: se realiza de manera formal, siguiendo un guión predefinido y tomando notas al respecto.

Mediante la observación, el Terapeuta confirma los componentes que están deteriorados, el grado de deterioro y las posibles causas del mismo, para luego establecer un plan de intervención dirigido a la mejora de los déficits o a la compensación de los mismos e incrementar así la funcionalidad de la persona.

60

⁶⁰ Polonio López, B; *“Terapia Ocupacional en discapacitados físicos, teoría y práctica”*; Argentina; Editorial Panamericana, 2004. Pp.: 49-50.

- *Autoevaluación*: los instrumentos de autoevaluación completados por la persona pueden representar un método útil para obtener información acerca de la misma. Estos incluyen encuestas, formularios y listas de control que el individuo completa. A veces una persona puede completar el formulario o la lista de control solo, lo que lo convierte en una forma conveniente de obtener información. La autoevaluación contestada de esta manera intenta disminuir la posibilidad de que la presencia de un tercero (en este caso, el T.O) influya o condicione en la respuesta que se otorgue. Sin embargo, más a menudo el Terapeuta Ocupacional debe estar presente mientras la persona completa la autoevaluación para asegurarse que esta comprenda lo que se está preguntando y que responda de la manera adecuada.⁶¹

⁶¹ Willard, Spackman; *“Terapia ocupacional”*; Ed. Medica panamericana; 11ª edición; Buenos Aires; 2011. Pp.: 352.

Aspectos Metodológicos



PROBLEMA

¿Cuáles son las características de la postura y la conciencia postural que poseen los estudiantes que cursan el Seminario de Educación Postural Activa de la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Mar del Plata, durante el segundo cuatrimestre del año 2014?

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar cuáles son las características posturales y la conciencia postural de los estudiantes que cursan el Seminario de Educación Postural Activa de la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Mar del Plata, durante el segundo cuatrimestre del año 2014.

ESPECÍFICOS

- Conocer la alineación y simetría postural de los estudiantes de Terapia Ocupacional;
- Identificar las características respecto a las curvaturas de la columna vertebral;
- Conocer la percepción y sensación postural que poseen los alumnos;
- Conocer la percepción de la importancia de la postura en el desempeño cotidiano y como futuros T.O.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE 1: Características de la postura desde el enfoque de Educación Postural Activa.

VARIABLE 2: Conciencia Postural

VARIABLE 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POSTURA DESDE EL ENFOQUE DE EPA

Se considera importante aclarar que en el presente estudio se evaluaron los aspectos estructurales de la postura bípeda estática, a fines de describir lo observado sin arribar a ningún juicio de valor ni diagnóstico. A pesar de tener en cuenta que la postura implica un proceso dinámico y complejo, se apeló a una evaluación de la postura estática y segmentada con el fin de facilitar el análisis de la misma, intentando llegar posteriormente a deducciones más globales e integradas. Se considera que el cuerpo tiene una integridad orgánica intrínseca, más allá que a esta unidad se la haya separado y analizado en sus partes para entenderla mejor.

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

Educación Postural Activa: Método de tratamiento educativo y preventivo concebido para tratar a la persona desde una perspectiva holística y global mediante un trabajo postural. Busca proveer las herramientas necesarias para que cada persona, mediante la auto-observación del funcionamiento corporal, encuentre por sí misma la fluidez que su cuerpo ha perdido. Se encuentra conformada a partir de diversas disciplinas y teorías que tienen en común el trabajo somático consciente y global. El principal propósito de este medio terapéutico es brindar al paciente la posibilidad de aprender a cuidar de su propia salud.

Características de la Postura: Particularidades de los rasgos de los segmentos corporales que en su conjunto determinan la estructura del cuerpo humano como una unidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Peculiaridades y singularidades de los distintos segmentos que componen la estructura corporal. Estas particularidades hacen referencia a la **simetría** (entendida como la relación de proporción de la longitud de una parte del cuerpo respecto a su contralateral), y la **alineación** (nivelación de un segmento corporal respecto al contralateral o a un eje determinado) de las distintas partes del cuerpo, como así

también a los **espacios** entre las extremidades superiores entre sí, y el espacio que se genera entre las extremidades inferiores, y las **curvaturas que presenta la columna**. Estas singularidades en conjunto, al considerar al cuerpo como una unidad orgánica intrínseca, son las que determinarán la estructura corporal individual de cada persona, estableciendo de esta forma, una determinada postura.

DIMENSIÓN: ALINEACIÓN

Alineación de la cabeza: posición del segmento superior de la estructura corporal respecto al eje medio sagital del cuerpo.

Alineación del mentón: posición de la parte inferior de la cara situada debajo de la zona labial y por encima de la zona suprahiodea, donde comienza el cuello, respecto al eje medio coronal de la articulación occipitoatloidea.

Alineación de las Clavículas: nivelación de las barras óseas dispuestas sobre la superficie ventral de la caja torácica, una respecto de la otra.

Alineación de las Escápulas: nivelación de los huesos planos que se ubican sobre la parte dorsal superior de la caja torácica, uno respecto del otro. Tomando como referencia la línea formada entre ambos ángulos inferiores de dicho hueso.

Alineación de los Hombros: posición que presenta la articulación gleno-humeral en el espacio, así como también la nivelación de ambos segmentos del cuerpo entre sí.

Alineación del Codo: orientación en el espacio que ocupa el pliegue de dicha articulación que une el brazo con el antebrazo.

Alineación de la Mano: posición del segmento distal del miembro superior, teniendo en cuenta el eje propio de la mano el cual se encuentra en el tercer metacarpiano. Su postura determina la posición del miembro superior en el espacio.

Alineación de las Espinas ilíacas: incluye por un lado, la nivelación de los puntos altos y más prominentes situados en la crestas del íleon. En la bipedestación, las mismas deben estar en la misma línea horizontal. Por el otro, la posición de la pelvis en el espacio.

Alineación de la articulación coxo-femoral: posición de los miembros inferiores respecto al eje medio sagital de la pierna. Este indicador determina la simetría del cuerpo.

Alineación de la rodilla: posición de la articulación del miembro inferior que une el fémur con la tibia y peroné., respecto al eje medio sagital de la pierna.

Alineación del Tobillo: relación de la posición de ambos maléolos externos entre sí.

Pie: posición del bloque inferior de la estructura corporal respecto a su eje medio ubicado en el segundo metatarsiano. Idealmente los pies deben tocarse desde el talón hasta la punta del hallux.

DIMENSIÓN: SIMETRÍA

Longitud del Tronco: Distancia en centímetros que existe desde el tercio externo de la cara anterior de la clavícula hasta la espina iliaca antero-superior (del mismo hemi-tronco) respecto con el hemi-tronco contralateral.

Longitud de los Miembros inferiores: Distancia en centímetros que existe desde la cara lateral del trocánter mayor del fémur hasta el maléolo externo de la pierna del mismo lado respecto al miembro inferior contralateral.

Longitud de los Pies: Distancia en centímetros que existe desde el talón hasta la extremidad distal del dedo de mayor longitud respecto al pie contralateral.

Espacios entre miembros superiores y tronco: Superficie comprendida entre la cara lateral del tronco y la cara anterior del miembro superior, desde las axilas hasta las crestas ilíacas; cuando la persona se encuentra en posición bípeda con los miembros superiores en posición neutra.

Espacios entre miembros inferiores: Superficie comprendida entre las caras internas de ambos miembros inferiores; cuando la persona se encuentra en posición bípeda. Idealmente los miembros inferiores se juntan en cuatro puntos: en lo alto de los muslos, las rodillas, lo alto de las pantorrillas y en los tobillos.

DIMENSIÓN: CURVATURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Curvatura de la región cervical: Línea formada en la zona superior de la columna vertebral por las 7 primeras vértebras. Estas vértebras individuales cuando se encuentran superpuestas de manera armónica determinan en esta región una ligera lordosis.

Curvatura de la región dorsal: Línea conformada por el área de la columna vertebral ubicada por debajo de la región cervical, comprendida entre la primera y doceava vértebras dorsales. Su estructura armónica determina una ligera cifosis.

Curvatura de la región lumbar: Línea conformada por el área de la columna vertebral ubicada por debajo de la región dorsal, comprendida entre la primer y quinta vértebra lumbar. Su estructura armónica determina una ligera lordosis.

Curvatura de la región sacrococcigea: Línea conformada por el área de la columna vertebral ubicada por debajo de la región lumbar, comprendida por los cinco segmentos sacros y el coxis. Su estructura armónica determina una ligera cifosis.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE I

Dimensión	Indicador	Nivel de medición
Alineación	Cabeza	Alineada respecto al eje medio sagital del cuerpo Inclinada hacia la izquierda Inclinada hacia la derecha
	Mentón	Alineado respecto al eje medio coronal de la articulación occipitoatloidea Elevado Descendido
	Cintura escapular	Proyección neutra izquierda Proyección neutra derecha Proyección anterior izquierda Proyección anterior derecha Proyección posterior izquierda Proyección posterior derecha
	Clavículas	Alineadas una respecto a la otra Elevación clavícula izquierda/ Depresión clavícula

		derecha Elevación clavícula derecha/ Depresión clavícula izquierda
	Escápulas	Alineadas una respecto a la otra Elevación escapula izquierda /Depresión escápula derecha Elevación escapula derecha /Depresión escápula izquierda
	Miembros Superiores Articulación gleno-humeral	Alineados uno respecto al otro Elevación hombro izquierdo/ Depresión hombro derecho Elevación hombro derecho/ Depresión hombro izquierdo Rotación neutra de hombro izquierdo Rotación neutra de hombro derecho Rotación interna de hombro izquierdo Rotación interna de hombro derecho Rotación externa de hombro izquierdo Rotación externa de hombro derecho
	Codo	Pliegue de codo hacia medial Pliegue de codo hacia posterior Pliegue de codo hacia anterior
	Mano	Dorso de mano hacia afuera, dedo medio en la línea media de la pierna Dorso de mano hacia anterior Dorso de mano hacia posterior
	Cintura Pélvica Espinias ilíacas	Alineada en la misma línea horizontal Elevación espina iliaca izquierda/ Depresión espina ilíaca derecha Elevación espina iliaca derecha Depresión espina ilíaca izquierda Pelvis centrada Anteroversión de pelvis Retroversión de pelvis

	Articulación coxo femoral	Rotación neutra de cadera izquierda Rotación neutra de cadera derecha Rotación interna cadera izquierda Rotación interna cadera derecha Rotación externa cadera izquierda Rotación externa cadera derecha
	Rodillas	Rotula izquierda centrada anteriormente Rotula derecha centrada anteriormente Juntas Separadas Rotación interna rotula izquierda Rotación interna rotula derecha Rotación externa rotula izquierda Rotación externa rotula derecha Hiperextensión
	Tobillos (maléolos externos)	Maléolos alineados al mismo nivel Maléolo izquierdo superior a maléolo derecho/Maléolo derecho inferior a maléolo izquierdo Maléolo derecho superior a maléolo izquierdo /Maléolo izquierdo inferior a maléolo derecho Se tocan Se chocan No se tocan
	Pies	Pie izquierdo alineado respecto al eje medio de la pierna Pie derecho alineado respecto al eje medio de la pierna Abducción pie izquierdo Abducción pie derecho Aducción pie izquierdo Aducción pie derecho
Simetría (en longitud)	Tronco	Hemi-troncos simétricos Hemi-tronco izquierdo de menos longitud/ hemi-tronco derecho de mayor longitud Hemi-tronco derecho de menos longitud/ hemi-tronco izquierdo de mayor longitud

	Miembros Inferiores	Simétricos MI izquierdo de menor longitud/ MI derecho de mayor longitud MI derecho de menor longitud/ MI izquierdo de mayor longitud
	Pies	Simétricos Pie izquierdo de menor longitud/ Pie derecho de mayor longitud Pie derecho de menor longitud/ Pie izquierdo de mayor longitud
	Espacio entre MMSS y tronco	Simétricos No simétricos
	Espacio entre MMII	Simétricos No simétricos
Curvaturas de la columna	Región cervical	Curvatura equilibrada Cifosis Lordosis acentuada
	Región dorsal	Curvatura equilibrada Cifosis acentuada Lordosis
	Región lumbar	Curvatura equilibrada Cifosis Lordosis acentuada
	Región sacrococcigea	Curvatura equilibrada Cifosis acentuada Lordosis

VARIABLE 2: CONCIENCIA POSTURAL

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

Conocimiento que posee la persona acerca de las posturas que adopta su propio cuerpo. Comprende la percepción y sensación de las diferentes partes del cuerpo en un determinado momento, como así también la percepción y sensación de la forma en la que cada parte del cuerpo se relaciona e integra una con la otra, entramando al cuerpo en una totalidad indivisible. La observación y la auto-observación constituyen instrumentos privilegiados para el conocimiento del propio cuerpo y de sus posturas. La importancia que la persona otorga a la postura en su desempeño cotidiano, constituye otro factor a tener en cuenta.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Gnosis de la/las postura/posturas que posee cada persona de su propio cuerpo. Implica la auto-observación de las percepciones y sensaciones de la/s postura/s que normalmente se adoptan, de las líneas que dibujan las curvas del cuerpo, de la alineación de los segmentos, de las simetrías o asimetrías de cada pieza, percibiendo la manera en que cada parte del cuerpo se relaciona e integra una con la otra. Contribuye a poder descifrar los significados y orígenes de algunos dolores y/o tensiones y su relación con la postura. Incluye la percepción de la importancia del cuerpo y sus posturas para el desempeño cotidiano de cada persona.

DIMENSIÓN: PERCEPCIÓN DEL PROPIO CUERPO

Percepción de su propia postura: Concepto que posee la persona acerca de su estructura corporal.

Percepción del cuerpo como una unidad: Capacidad del individuo para concebir al cuerpo como una estructura integrada e interrelacionada.

Localización en el propio cuerpo de contractura, tensión y/o dolor: Capacidad para percibir la zona en el cuerpo de la cual provienen las molestias.

Reconocimiento de las causas de la contractura, tensión y/o dolor: Capacidad para percibir el origen de las molestias corporales.

Percepción de la musculatura: Capacidad del individuo para distinguir el estado de tensión de sus músculos.

Zonas del cuerpo percibidas con mayor frecuencia: Partes del cuerpo en las cuales el individuo enfatiza su atención.

DIMENSIÓN: SENSACIÓN POSTURAL

Sensación de la alineación corporal: Conciencia perceptual que se tiene de la orientación de los distintos segmentos corporales entre sí y/o de un segmento corporal respecto a otro.

Sensación de la alineación de la cabeza

Sensación de la alineación del mentón

Sensación de la alineación de las clavículas

Sensación de la alineación de las escápulas

Sensación de la alineación de los hombros

Sensación de la alineación de las espinas ilíacas

Sensación de la alineación de la pelvis

Sensación de la alineación de las rodillas

Sensación de la alineación de los tobillos

Sensación de la alineación de los pies

Sensación de la simetría corporal: Conciencia perceptual que se tiene de la similitud o diferencia de longitud de un segmento corporal respecto al otro.

Sensación de la simetría en longitud de hemi-troncos

Sensación de la simetría en longitud de miembros inferiores

Sensación de la simetría en longitud de pies

Sensación de la curvatura de la columna cervical: Conciencia perceptual que se tiene de las líneas que dibujan las vértebras cervicales en su conjunto.

Sensación de la curvatura de la columna dorsal: Conciencia perceptual que se tiene de las líneas que dibujan las vértebras dorsales en su conjunto.

Sensación de la curvatura de la columna lumbar: Conciencia perceptual que se tiene de las líneas que dibujan las vértebras lumbares en su conjunto.

Sensación de la curvatura de la columna sacrococcigea: Conciencia perceptual que se tiene de las líneas que dibujan las vértebras sacrococcigeas en su conjunto.

DIMENSIÓN: IMPORTANCIA OTORGADA A LA POSTURA

Nivel de responsabilidad de su propio cuerpo y salud: Capacidad de la persona de ser protagonista en el cuidado de su cuerpo y salud.

Dedicación en relación al estado de su cuerpo: Tiempo empleado para reconocer el propio estado corporal.

Percepción de la importancia de la postura para el futuro desempeño del rol profesional: Valor otorgado a la postura para el desarrollo de las actividades que concierne al rol de Terapeuta Ocupacional.

Percepción de la importancia de la postura en el desempeño de las actividades de la vida diaria: Valor otorgado a la postura para el desarrollo de las actividades cotidianas.

Capacidad de análisis y modificación de la postura durante las actividades: Posibilidad de observar las posturas adoptadas durante las actividades y realizar cambios en caso de ser necesario.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE II

Dimensión	Indicador	Nivel de Medición
Percepción del propio cuerpo	Percepción de la propia postura	Siempre La mayoría de las veces En algunas posiciones Raramente Nunca
	Percepción del cuerpo como una unidad	Siempre La mayoría de las veces A veces Raras veces Nunca
	Localización en el propio cuerpo de contractura, tensión y/o dolor	Cabeza y cuello Hombro Codo Brazo/ antebrazo Muñeca Mano/ dedos Región cervical Región dorsal Región lumbar Caderas Piernas Rodillas

	<p>Reconocimiento de las causas de la contractura, tensión y/o dolor</p> <p>Percepción de la musculatura</p> <p>Zonas del cuerpo percibidas con mayor frecuencia</p>	<p>Pies</p> <p>Otras partes del cuerpo</p> <p>Ninguna</p> <p>Malas posturas/posiciones</p> <p>Falta de ejercicio</p> <p>Falta de descanso</p> <p>Malos hábitos</p> <p>Causas afectivas, emocionales</p> <p>Acortada/contracturada</p> <p>En su longitud adecuada</p> <p>Flexible</p> <p>Todo el cuerpo</p> <p>Zonas que le generan placer</p> <p>Zonas que le generan dolor/ malestar</p> <p>Ninguna parte del cuerpo</p>
Sensación postural	<p>Sensación de alineación corporal</p> <p>Cabeza</p> <p>Mentón</p> <p>Clavículas</p> <p>Escapulas</p>	<p>Alineada respecto al eje medio sagital</p> <p>Inclinada hacia la izquierda</p> <p>Inclinada hacia la derecha</p> <p>Alineado respecto al eje medio coronal de la articulación occipitoatloidea</p> <p>Elevado</p> <p>Descendido</p> <p>Alineadas al mismo nivel</p> <p>Elevación de clavícula izquierda/ Depresión de clavícula derecha</p> <p>Elevación de clavícula derecha/ Depresión de clavícula izquierda</p> <p>Alineadas al mismo nivel</p> <p>Elevación de escápula izquierda/ Depresión de escápula derecha</p> <p>Elevación de escápula derecha/ Depresión</p>

	de escápula izquierda
Hombros	Alineados entre sí Elevación de hombro izquierdo/ Depresión de hombro derecho Elevación de hombro derecho/ Depresión de hombro izquierdo
Espinas ilíacas	Alineadas entre sí Elevación de espina ilíaca izquierda/ Depresión de espina ilíaca derecha Elevación de espina ilíaca derecha/ Depresión de espina ilíaca izquierda
Pelvis	Centrada respecto al eje medio coronal Anteroversión de pelvis Retroversión de pelvis
Rodillas	Rotulas centradas Rodillas juntas Rodillas separadas Hiperextensión de rodillas
Tobillos	Se tocan Se chochan No se tocan
Pies	Pie izquierdo alineado respecto al eje medio sagital de la pierna Pie derecho alineado respecto al eje medio sagital de la pierna Abducción de pie izquierdo Abducción de pie derecho Aducción de pie izquierdo Aducción de pie derecho
Sensación de la simetría corporal	
Hemitroncos	Hemitroncos simétricos en longitud Hemitronco izquierdo de menor longitud/ hemitronco derecho de mayor longitud Hemitronco derecho de menor longitud/ hemitronco izquierdo de

	Miembros inferiores	mayor longitud Miembros inferiores simétricos en longitud Miembro inferior izquierdo de menor longitud/ Miembro inferior derecho de mayor longitud Miembro inferior derecho de menor longitud/ Miembro inferior izquierdo de mayor longitud
	Pies	Pies simétricos Pie izquierdo de menor longitud/ Pie derecho de mayor longitud Pie derecho de menor longitud/ Pie izquierdo de mayor longitud
	Sensación de la curvatura de la columna cervical	Curvatura equilibrada Lordosis acentuada Cifosis
	Sensación de la curvatura de la columna dorsal	Curvatura equilibrada Lordosis Cifosis acentuada
	Sensación de la curvatura de la columna lumbar	Curvatura equilibrada Lordosis acentuada Cifosis
	Sensación de la curvatura de la columna sacrococcigea	Curvatura equilibrada Lordosis Cifosis acentuada
Importancia otorgada a la postura	Nivel de responsabilidad con respecto a su propio cuerpo y salud	Siempre La mayoría de las veces A veces Raramente Nunca

Dedicación en relación al estado de su cuerpo	Si Raras veces No
Percepción de la importancia de la postura para el futuro desempeño del rol profesional	Muy importante Importante Medianamente importante Poco importante No es relevante
Percepción de la importancia de la postura en el desempeño de las actividades de la vida diaria	Siempre La mayoría de las veces A veces Raramente Nunca
Capacidad de análisis y modificación de la postura durante las actividades	Siempre La mayoría de las veces A veces Raras veces Nunca

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio implicó en un primer momento realizar un relevamiento teórico bibliográfico, a continuación se diseñó una observación estructurada complementada con un cuestionario auto administrado para poder recabar los datos. Luego de aplicar los instrumentos, en aquellos alumnos cursantes del Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” durante el segundo cuatrimestre del año 2014, se analizaron los resultados que arrojaron los diferentes instrumentos.

Por su nivel de profundidad, el tipo de estudio correspondió con un estudio *exploratorio descriptivo*. El objetivo del presente trabajo consistió en la examinación de un problema poco estudiado, cuya finalidad radicó en conocer y describir las características posturales y la conciencia postural que poseen los estudiantes que cursaron el Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” durante el segundo cuatrimestre del año 2014.

Por su nivel de aplicación se trató de un *estudio de campo*, ya que se estudiaron a aquellos alumnos de la carrera de Lic. en T.O que concurrían al Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” durante el segundo cuatrimestre del año 2014, con el fin de conocer sus características posturales y su conciencia postural.

SELECCIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de diseño elegido para realizar el presente trabajo fue el *no-experimental*. Se trató de una investigación donde no se manipularon intencionalmente las variables. Se observaron los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, sin que el investigador realizara alguna intervención en el desarrollo del mismo, para luego poder analizarlos.

Teniendo en cuenta el alcance temporal de la investigación, esta consistió en un estudio *transversal*, debido a que los datos serán recabados por única y sola vez, en el segundo cuatrimestre del ciclo lectivo 2014.

POBLACIÓN

La población accesible fue constituida por los alumnos de la Lic. en Terapia Ocupacional de la UNMDP, que cursaban el Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” durante el segundo cuatrimestre del año 2014.

MUESTRA

La muestra fue conformada por 21 alumnos de la Lic. en Terapia Ocupacional que realizaron el Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” durante el segundo cuatrimestre de 2014.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se hizo uso de un método No Probabilístico.

El método de muestreo No Probabilístico que se empleó fue el Muestreo Intencional o de Conveniencia, se utilizó este procedimiento tomando como muestra a los individuos disponibles. Se consiguieron los resultados de esta investigación seleccionando directa e intencionadamente a aquellas personas que realizaban el Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” y cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Alumnos de sexo masculino y femenino que cursan el Seminario de “Introducción de la Educación Postural Activa” durante el segundo cuatrimestre del ciclo lectivo 2014.

Alumnos de sexo masculino y femenino que acepten la propuesta de participación en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personas que no acepten participar del estudio.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos de la presente investigación fueron recabados mediante dos técnicas de recolección de datos: una observación estructurada de la postura y por otra parte, un cuestionario autoadministrado. La observación estructurada se realizó a los alumnos que aceptaron participar de la investigación. Las observaciones fueron convenidas previamente con cada alumno, de acuerdo a su disponibilidad, pudiendo ser las mismas antes o después de alguna de las clases del Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa”. La misma fue llevada a cabo en un espacio individual otorgado por Clínicas de Salud, respetando la privacidad de cada persona, la cual fue observada en posición bípeda y en ropa interior por las alumnas que realizaron esta investigación. La observación duró aproximadamente 15 minutos.

El cuestionario autoadministrado se tomó una vez realizada la observación estructurada. Para el mismo se le solicitó al alumno completarlo sin hacer uso de su visión para aquellas preguntas que apunten a la percepción de su postura. Su realización tomó aproximadamente 15 minutos.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron dos técnicas de recolección de datos para llevar a cabo la investigación. Por un lado, se realizó una observación estructurada, y por otra parte, se empleó un cuestionario autoadministrado. Dichos instrumentos se aplicaron a los alumnos que participan del Seminario de “Introducción a la Educación Postural Activa” durante el segundo cuatrimestre del año 2014.

Instrumento 1: Observación estructurada

La observación estructurada consistió en un instrumento que tuvo por objetivo conocer una de las variables: las características posturales de los alumnos que participen del seminario de EPA. Este instrumento fue administrado las alumnas que realizaron la presente investigación. La persona evaluada fue observada en ropa interior y en posición bípeda. La observación consistió en un instrumento que consta de 24 ítems, cada uno de ellos fue evaluado desde una determinada vista (anterior, posterior o lateral). A su vez, se encontró agrupado en tres dimensiones. El contenido de dicha observación se centró en obtener información sobre la alineación y la simetría corporal, como así también las curvaturas de la columna, brindando conocimiento acerca de las características de la postura de los alumnos. Los ítems poseyeron categorías de respuestas delimitadas, de manera que examinador debió circunscribirse a ellas.

Instrumento II: Cuestionario autoadministrado

El cuestionario autoadministrado fue pensado con el objetivo de obtener información sobre la segunda variable a investigar: la conciencia postural de los alumnos que participen del seminario de EPA. El instrumento estuvo conformado por 28 preguntas, el contenido del mismo fue variado, teniendo en cuenta que los aspectos a observar fueron en relación a: la percepción del propio cuerpo, la sensación postural y la importancia otorgada a la postura.

Las preguntas que constituyeron el cuestionario fueron cerradas, las cuales contenían categorías o alternativas de respuestas ya delimitadas. Se presentaron a los alumnos las posibilidades de respuestas y ellos debieron circunscribirse a ellas, eligiendo elegir la opción que describiera más adecuadamente su respuesta. El cuestionario fue aplicado a través de una entrevista personal, de manera individual y reservada.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se analizaron a través de:

- Porcentajes
- Tablas simples variadas de contingencia
- Tablas bivariadas
- Presentaciones gráficas

Análisis e interpretación de datos



PRESENTACIÓN DE LA MUESTRA

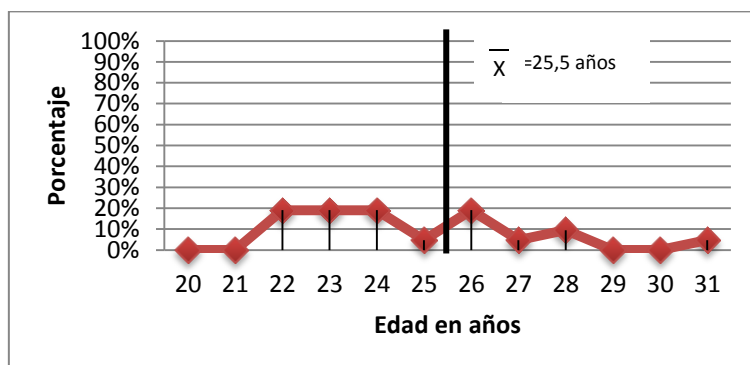


Gráfico Nº 1: Edad en años de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Las edades de las personas que conformaron la muestra (n=21) varió entre los 22 y los 31 años, con un promedio de 25 años y medio. Como puede observarse en el gráfico Nº 1, los porcentajes más elevados se distribuyeron entre los 22, 23, 24 y 26 años.

Tabla Nº 2: Sexo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

SEXO	Nº	PORCENTAJE
Masculino	0	0%
Femenino	21	100%
TOTAL	21	100%

El 100% de las personas que participaron de la muestra fueron de sexo femenino.

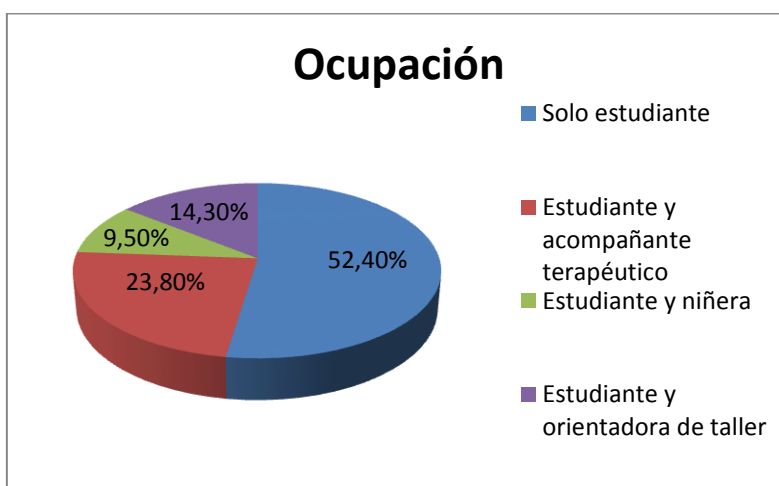


Gráfico Nº 3: Ocupación de los estudiantes que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de la muestra un 52,40% de las personas encuestadas fueron únicamente estudiantes, mientras que el 47,6 % restante manifestó tener además otra ocupación. Entre ellas el 23,8% se desempeñaban como acompañantes terapéuticos, el 9,50% trabajaba como niñeras y 14,30% se desempeñan como orientadoras de taller.

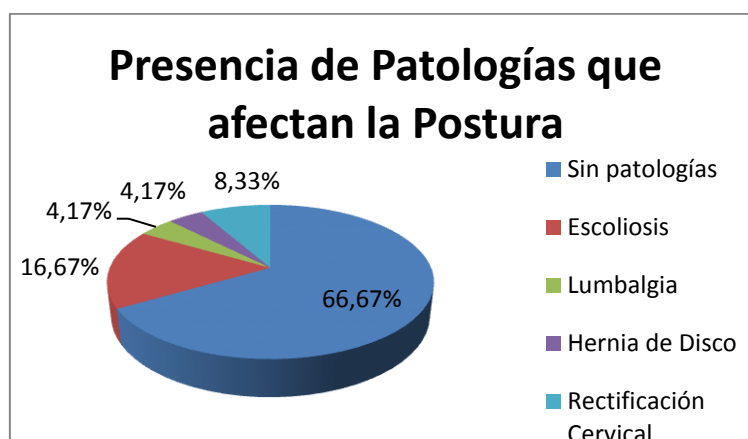


Gráfico Nº 4: Presencia de patologías que afectan la postura de los estudiantes que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de la muestra el 66,67% no manifestó tener conocimiento de poseer una patología que afecte su postura. El 16,67% declaró poseer escoliosis, el 8,33%

presentó rectificación cervical, mientras que un 4,17% reveló tener lumbalgia, siendo el mismo porcentaje para el que presentó hernia de disco.

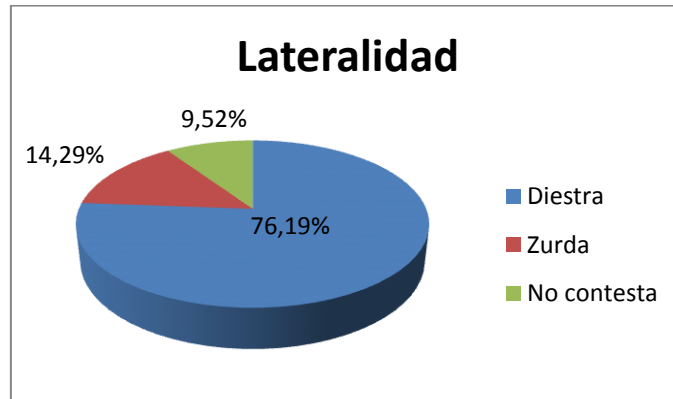


Gráfico Nº 5: Lateralidad de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de estudiantes encuestados, el 76, 19% fueron diestros, mientras que sólo el 14, 29% fueron zurdos. El 9,52% no contestaron este ítem.

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS POSTURALES DE LOS ESTUDIANTES

ALINEACIÓN

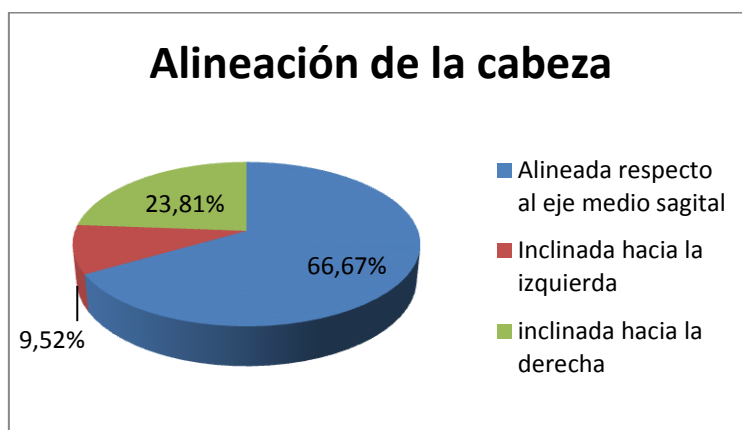


Gráfico Nº 6: Alineación de la cabeza respecto al eje medio sagital del cuerpo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

En un 66,67% de la muestra se pudo registrar la alineación de la cabeza respecto al eje medio sagital del cuerpo. Un 23,81% presentó una inclinación de la cabeza hacia la derecha; mientras que un 9,52% una inclinación de la cabeza hacia la izquierda.

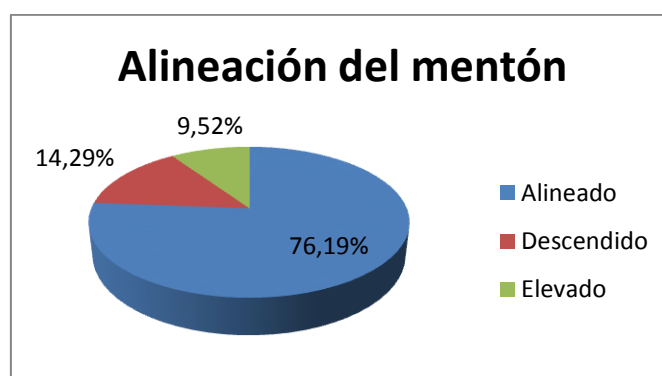


Gráfico Nº 7: Alineación del mentón con respecto al eje medio coronal de la articulación occipitoatloidea de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 76,19% de la población analizada poseyó una alineación del mentón respecto al eje medio coronal de la articulación occipitoatloidea, mientras que el 14,29% el

mentón se encuentra descendido y en el 9,52% de los casos el mentón se encuentra elevado.

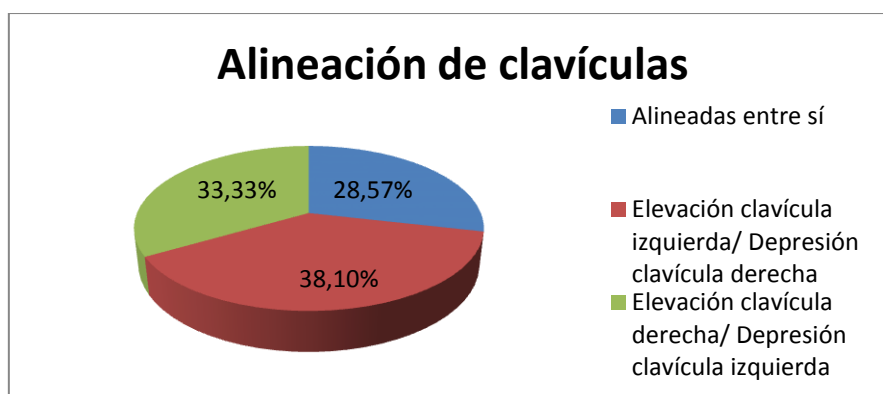


Gráfico N°8: Alineación de las clavículas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

En un 38,10% de la población se visualizó elevación de la clavícula izquierda con respecto a la clavícula derecha. En un 33,33% elevación de clavícula derecha con respecto a la clavícula izquierda mientras que en un 28,57% de la muestra se pudo observar la alineación de las clavículas entre sí, una respecto a la otra.

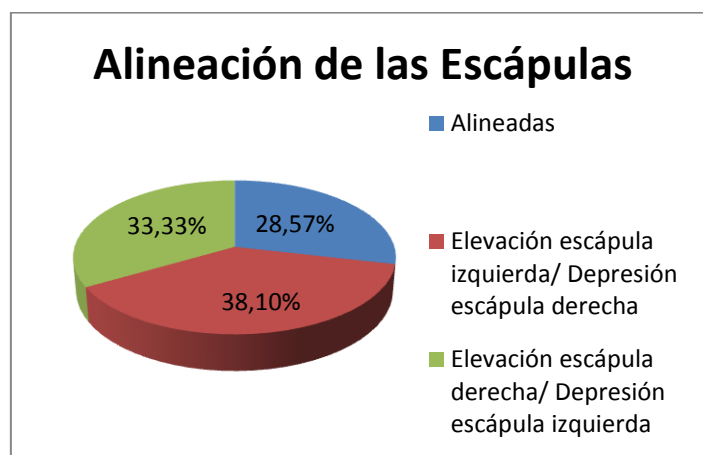


Gráfico N°9: Alineación de las escápulas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 38,10% de la población presentó elevación de la escápula izquierda con respecto a la escápula derecha. En un 33,33% elevación de escápula derecha con

respecto a la escápula izquierda mientras que en un 28,57% de la muestra se pudo registrar la alineación de las escápulas entre sí.

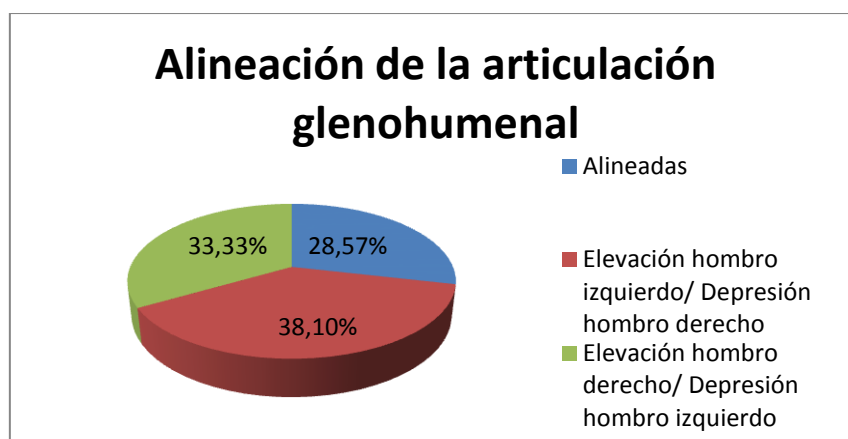


Gráfico N°10: Alineación de la articulación glenohumeral una respecto de la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

En un 38,10% de la población se observó elevación del hombro izquierdo con respecto al hombro derecho. En un 33,33% elevación del hombro derecho con respecto al hombro izquierdo mientras que en un 28,57% de la muestra se pudo apreciar que los hombros se encontraban alineados.

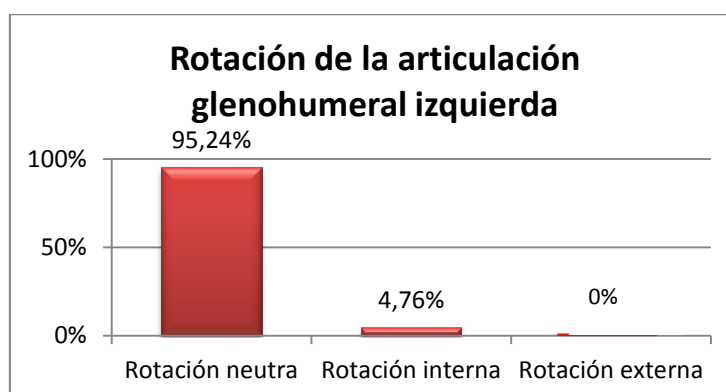


Gráfico N°11: Rotación de la articulación glenohumeral izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Un 95,24% de las personas presentó rotación neutra del hombro izquierdo mientras que el 4,76% restante mostró una rotación interna de la articulación

glenohumeral izquierda. Ninguna de las personas evaluadas presentó rotación externa del hombro izquierdo.

TABLA N°12: Rotación de la articulación glenohumeral derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Rotación de la articulación glenohumeral derecha	Nº	PORCENTAJE
Rotación neutra	21	100%
Rotación interna	0	0 %
Rotación externa	0	0%
TOTAL	21	100%

El 100% de la población estudiada presentó rotación neutra de la articulación glenohumeral derecha.

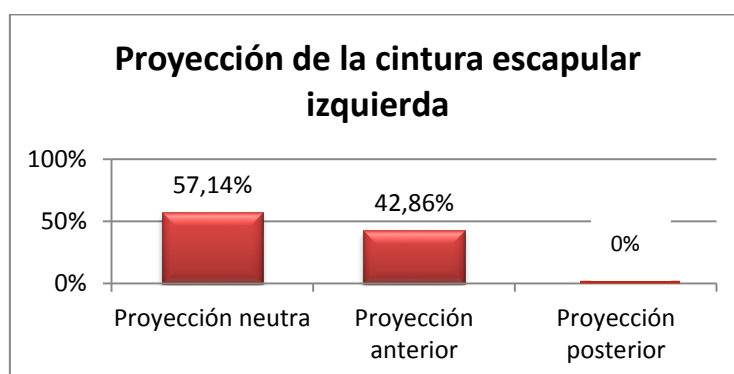


Gráfico N°13: Proyección de la cintura escapular izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Septiembre 2014.

En un 57,14% de la población se registró proyección neutra de la cintura escapular izquierda mientras que en el 42,86% restante se observó proyección anterior del hombro izquierdo. Ninguna de las unidades de análisis presentó proyección posterior de la cintura escapular izquierda.

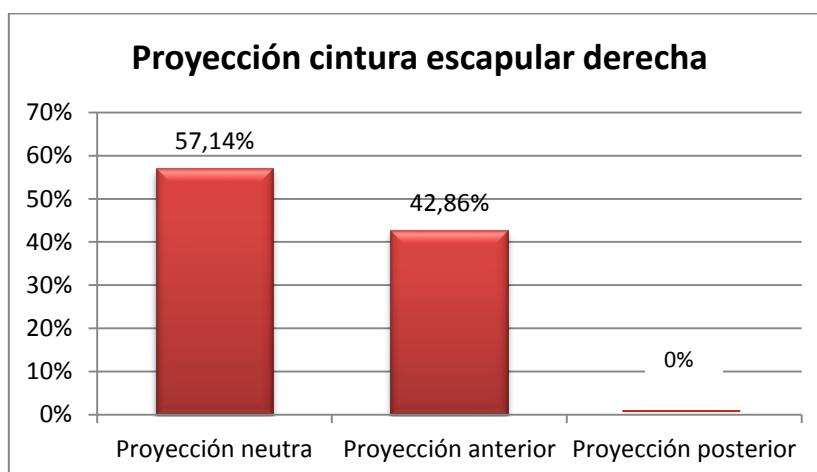


Gráfico N°14: Proyección de la cintura escapular derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 57,14% de la población presentó proyección neutra de la cintura escapular izquierda mientras que en el 42,86% se observó proyección anterior del hombro izquierdo. En ninguna de las unidades de análisis se registró proyección posterior de la articulación glenohumeral derecha.

TABLA N°15: orientación del pliegue del codo en el espacio de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Orientación del Pliegue del codo en el espacio	Nº	PORCENTAJE
Pliegue de codo hacia anterior	21	100%
Pliegue de codo medial	0	0%
Pliegue de codo hacia posterior	0	0%
TOTAL	21	100%

El 100% de la población estudiada presentó la alineación del pliegue del codo hacia anterior.

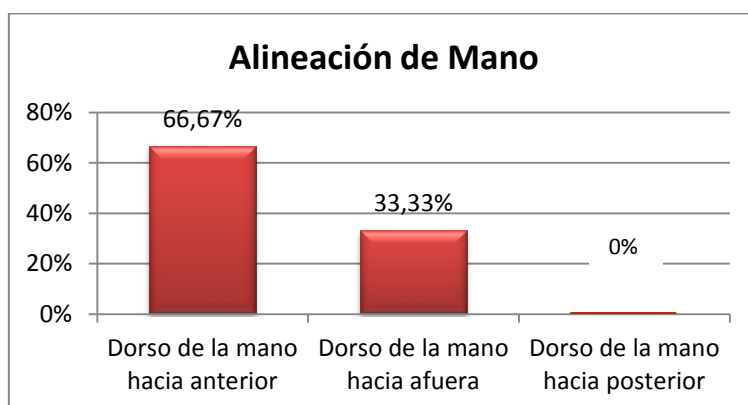


Gráfico Nº16: Alineación de la mano de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 66,67% de la población presentó el dorso de la mano hacia anterior. Mientras que en el 33,33% restante se apreció el dorso de la mano orientado hacia afuera. En ninguna de las unidades de análisis se advirtió el dorso de la mano orientado hacia posterior.

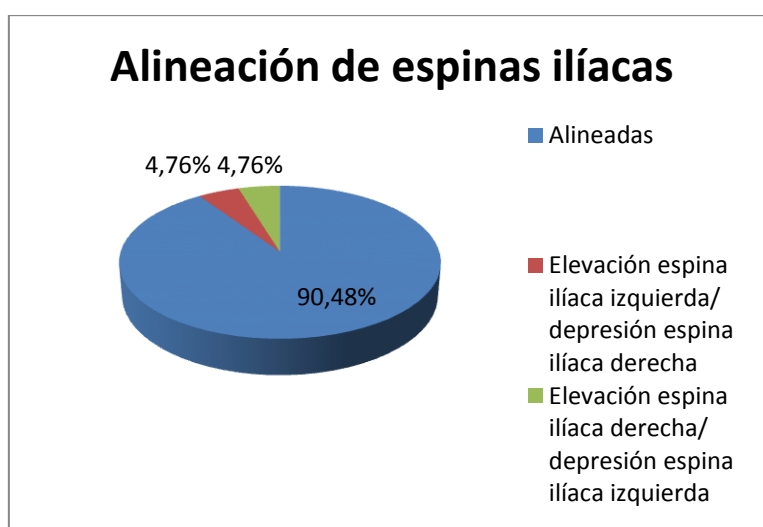


Gráfico Nº17: Alineación de espinas ilíacas de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 90,48% de la muestra presentó alineación de las espina ilíacas entre sí, las mismas se encontraban en una misma línea horizontal. Tanto en la elevación de la espina ilíaca izquierda sobre la derecha, como en la elevación de la espina ilíaca

derecha sobre la izquierda se lo registró en el 4,76% del total de la población respectivamente.

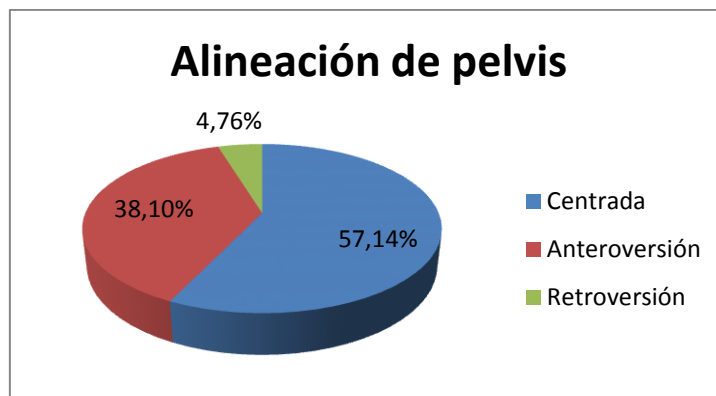


Gráfico N°18: Alineación de la pelvis de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 57,14% de la población presentó la pelvis centrada. Mientras que en un 38,10% se observó anteroversión de pelvis y en el 4,76% restante se pudo observar retroversión de pelvis.

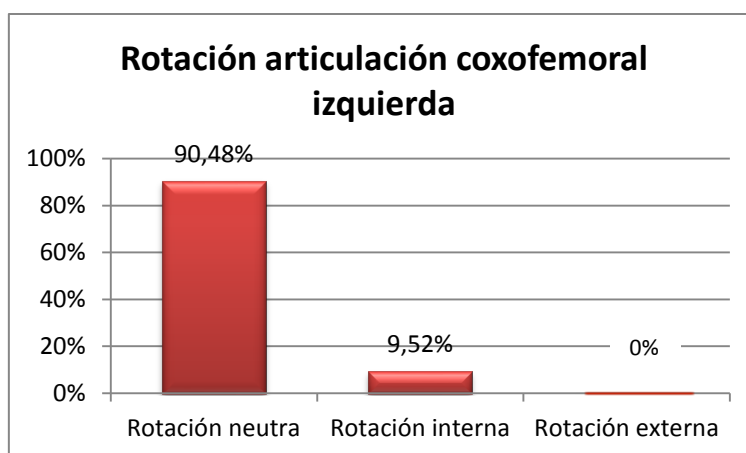


Gráfico N°19: rotación de la articulación coxofemoral izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 90,48% de la población presentó rotación neutra de la articulación de la cadera izquierda mientras que el 9,52% restante, rotación interna de la articulación coxofemoral izquierda. Ninguna de las unidades de análisis presentó rotación externa de dicha articulación.

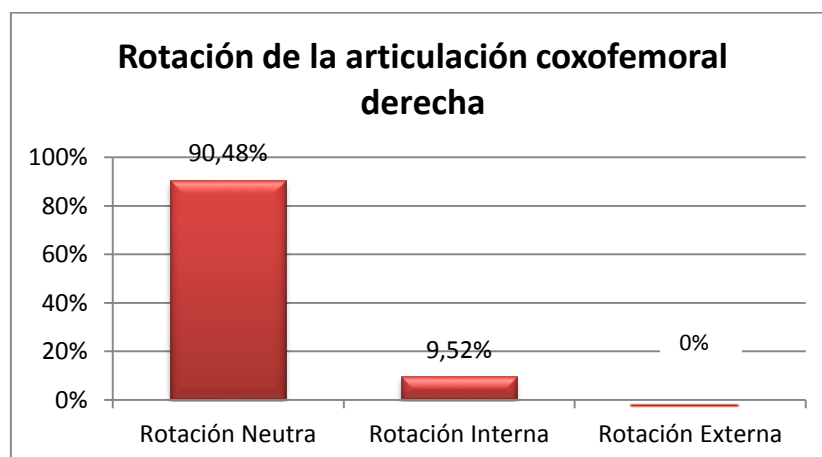


Gráfico N°20: Rotación de la articulación coxofemoral derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de las personas que conformaron la muestra, el 90,48% exhibió una rotación neutra de su articulación coxofemoral derecha al momento de realizar la observación estructurada, mientras que el 9,52% restante presentó rotación interna de su articulación coxofemoral derecha. En ninguna de las personas que conformaron la muestra se observó rotación externa de dicha articulación.

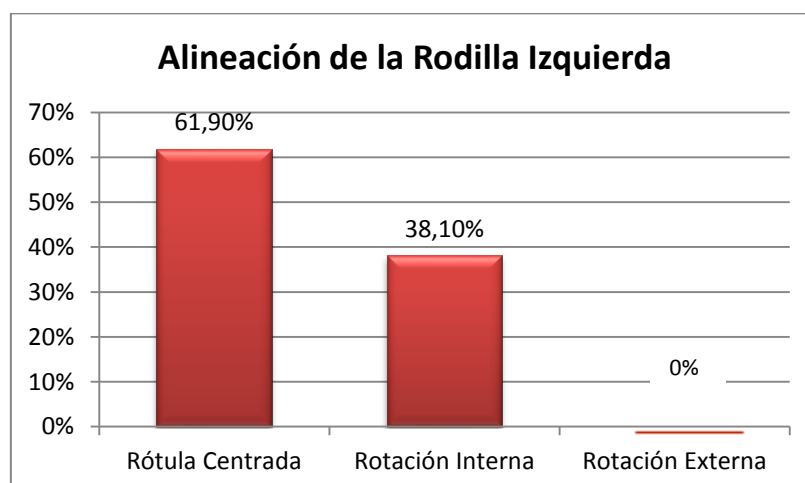


Gráfico N° 21: Alineación de la rodilla izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

En el 61,90% se registró la rótula izquierda centrada anteriormente, mientras que el 38,10% restante presentó una rotación interna de su rótula izquierda. Ninguno

de los estudiantes que conformaron la muestra presentó rotación externa de la rótula de su rodilla izquierda.

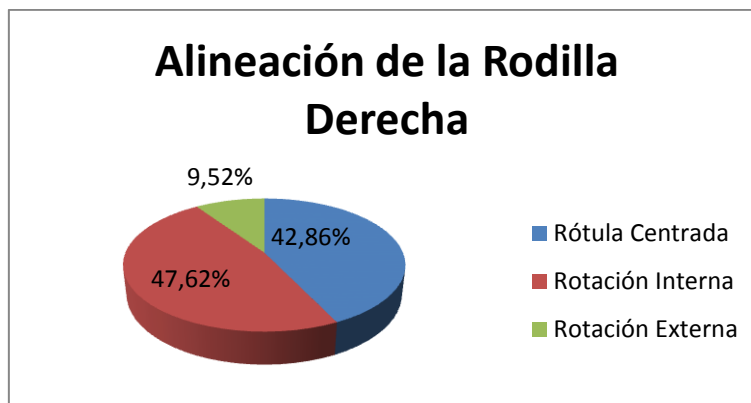


Gráfico N°22: Alineación de la rodilla derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de las unidades de análisis, el 47,62% de las personas presentó rotación interna de la rodilla derecha; en el 42,86% se apreció la rótula derecha centrada anteriormente, mientras que sólo el 9,52% presentó rotación externa de su rótula derecha.

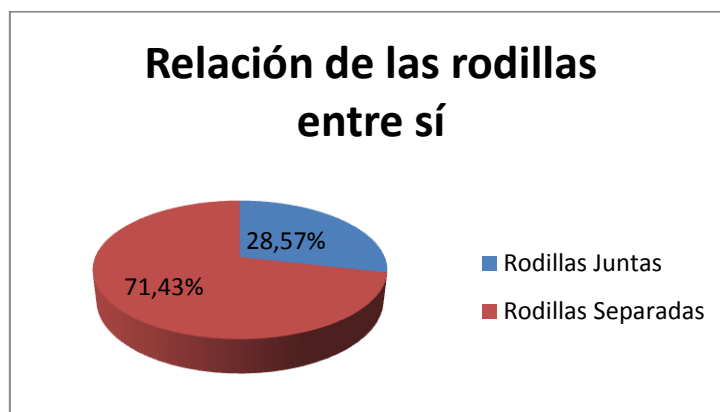


Gráfico N° 23: relación de las rodillas entre sí de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de las personas que conformaron la muestra en el 71, 43% se registró las rodillas separadas (sus laterales internos no se tocan) en posición bípeda,

mientras que el 28,57% restante presentó las rodillas juntas cuando se encuentra en posición bípeda.

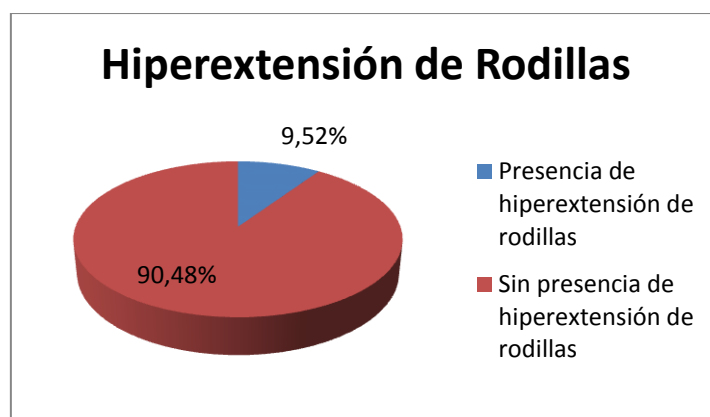


Gráfico Nº 24: Presencia de hiperextensión de rodillas de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de personas que conformaron la muestra sólo el 9,52% mostró hiperextensión en sus rodillas al momento de realizársele la observación estructurada. En el 90,48% restante no se observó hiperextensión de rodillas.

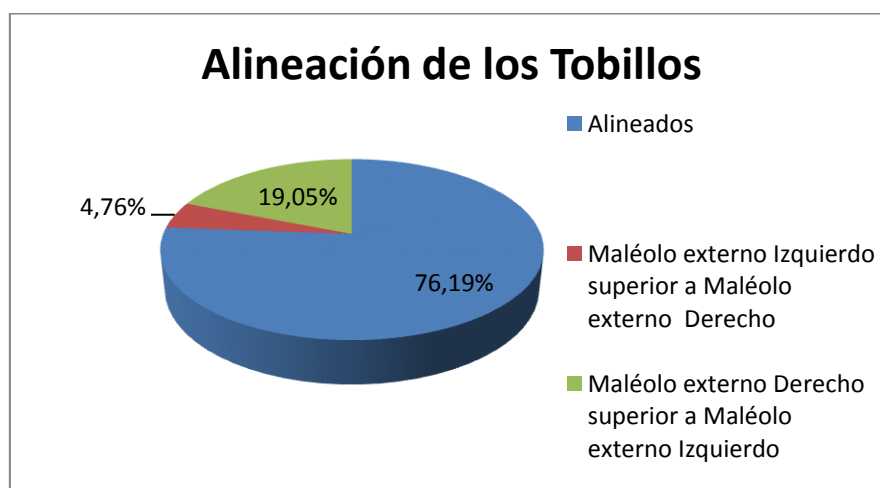


Gráfico Nº 25: alineación de los tobillos uno respecto del otro de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de la muestra el 76,19% exhibió los tobillos alineados al mismo nivel uno respecto del otro, mientras que el 19,05% presentó el maléolo externo

derecho superior al maléolo externo izquierdo y sólo en el 4,76% se registró el maléolo externo izquierdo superior al maléolo externo derecho.

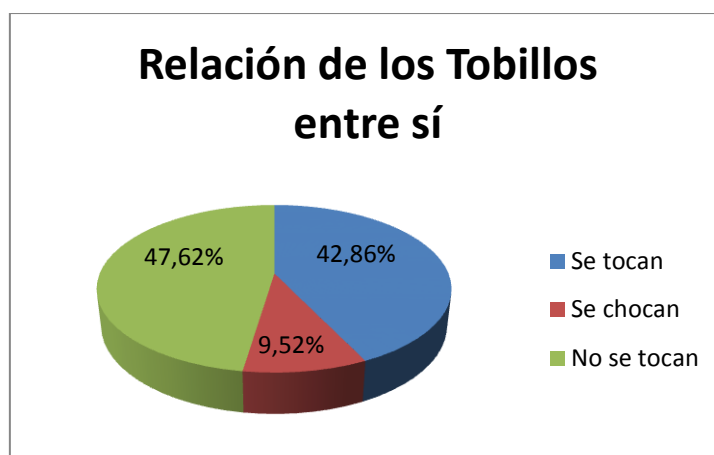


Gráfico Nº 26: relación de los tobillos entre sí de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Septiembre 2014.

De la totalidad de las personas que participaron de la investigación, se observó que en el 47,62% los maléolos no se tocan entre sí, cuando la persona se encuentra en posición bípeda con los pies juntos; en el 42,86% de los casos los maléolos sí se tocan, mientras que en el 9,52% los tobillos “se chocan”.

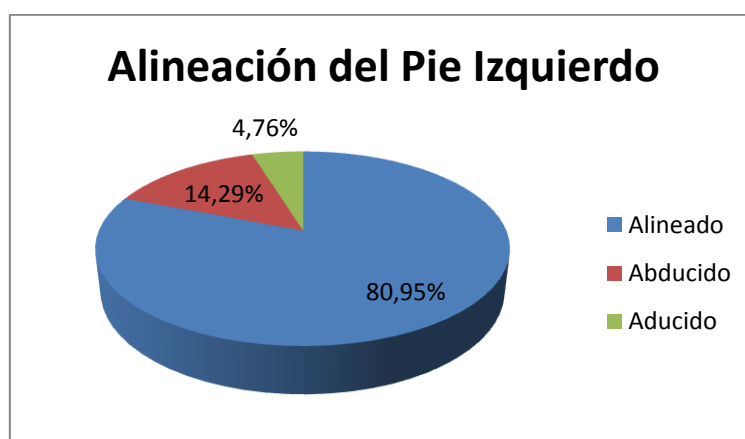


Gráfico Nº 27: alineación del pie izquierdo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De los alumnos estudiados, el 80,95% mostró el pie izquierdo alineado, el 14,29% presentó una abducción del pie izquierdo con respecto al eje medio de la pierna, mientras que en el 4,76% se registró el pie izquierdo aducido.

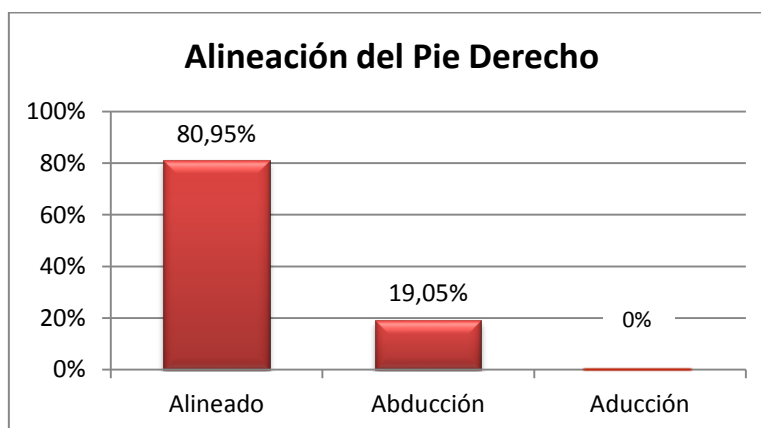


Gráfico Nº 28: alineación del pie derecho de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de personas que conformaron la muestra el 80,95% presentó su pie derecho alineado, mientras que en el 19,05% se observó el pie derecho abducido. Ninguna de las personas que conformaron la muestra presentó aducción del pie derecho.

SIMETRÍA

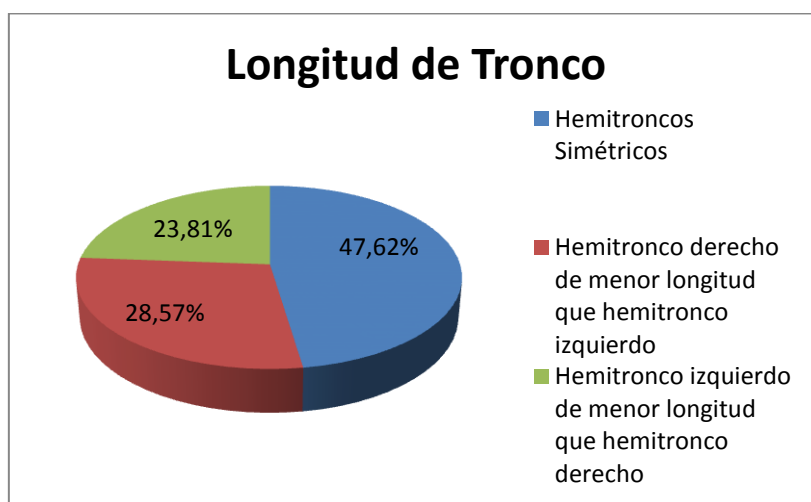


Gráfico Nº 29: longitud de tronco de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de la muestra el 47,62% presentó simetría de tronco, siendo ambos Hemitroncos simétricos en longitud; de los que presentaron diferencias en las longitudes de sus Hemitroncos, en el 28, 57% se registró el hemitronco derecho de menor longitud con respecto al izquierdo y el 23,81% restante mostró el hemitronco izquierdo de menor longitud con respecto al derecho.

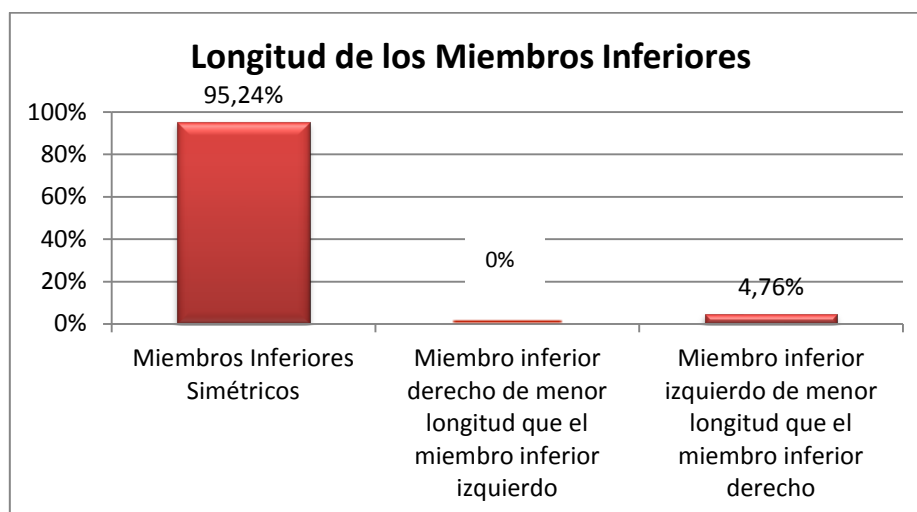


Gráfico N°30: Longitud de miembros inferiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de personas que conformaron la muestra el 95, 24% mostró los miembros inferiores simétricos en longitud, mientras que en el 4,76% restante se registró el miembro inferior izquierdo de mayor longitud con respecto al miembro inferior derecho. Ninguna de las personas que conformaron la muestra presentó el miembro inferior derecho de menor longitud que el miembro inferior izquierdo.

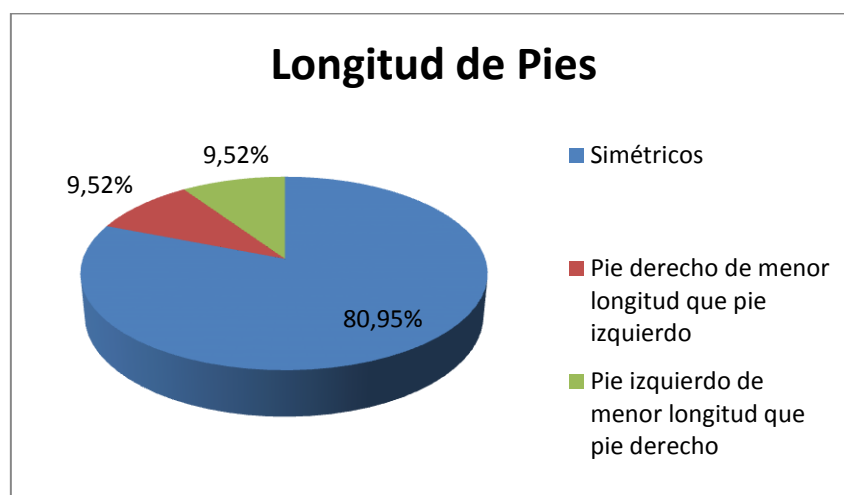


Gráfico N°31: Longitud de miembros pies de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de la muestra, el 80, 95% de las estudiantes presentaron simetría en la longitud de sus pies. Mientras que del 19,05% restante la mitad presentó el pie derecho de menor longitud que el izquierdo, y la otra mitad presentó el pie izquierdo de menor longitud con respecto al derecho.

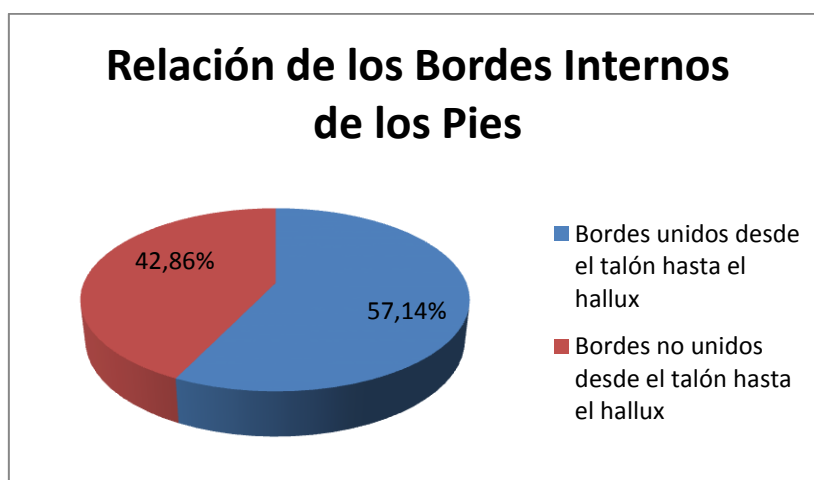


Gráfico N°32: relación entre los bordes internos de los pies de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de estudiantes que conformaron la muestra el 57,14% de las personas presentaron los bordes internos de los pies unidos desde el talón hasta la punta del hallux, mientras que el 42,86% no presentó los bordes internos de los pies unidos desde el talón hasta la punta del hallux.

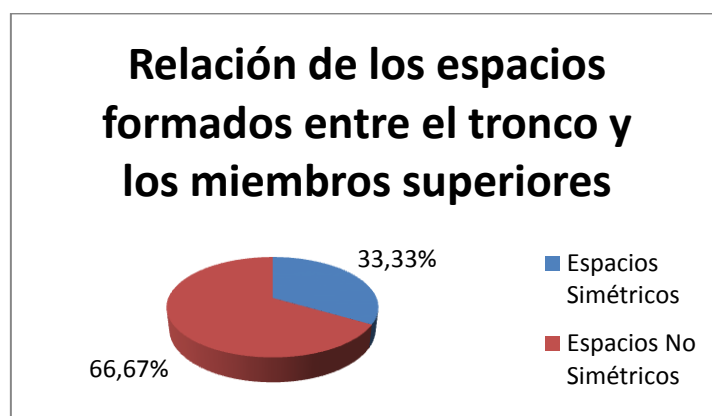


Gráfico N° 33 relación de los espacios formados entre el tronco y los miembros superiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de personas que conformaron la muestra el 66,67% no presenta espacios simétricos entre tronco y miembros superiores, mientras que el 33,33% restante presenta simetría en los espacios que se forman entre el tronco y los miembros superiores.

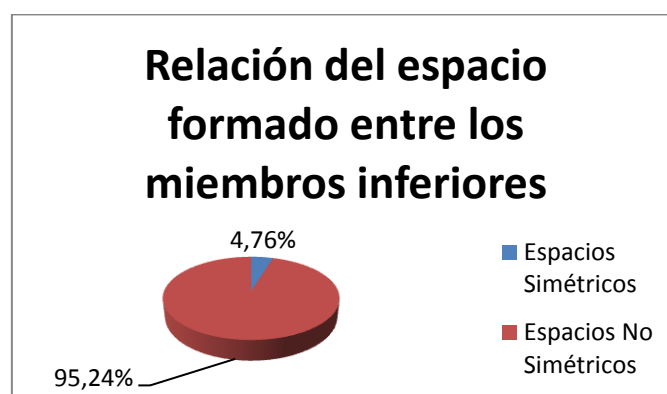


Gráfico N° 34: relación del espacio formado entre los miembros inferiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de las personas que formaron parte de la muestra el 95,24% no presenta simetría en el espacio formado entre ambos miembros inferiores, es decir, no se unen en los cuatro puntos de las caras internas de los miembros inferiores. Sólo el 4,76% presenta unión en los cuatro puntos de las caras internas de los miembros inferiores.

CURVATURAS DE LA COLUMNA

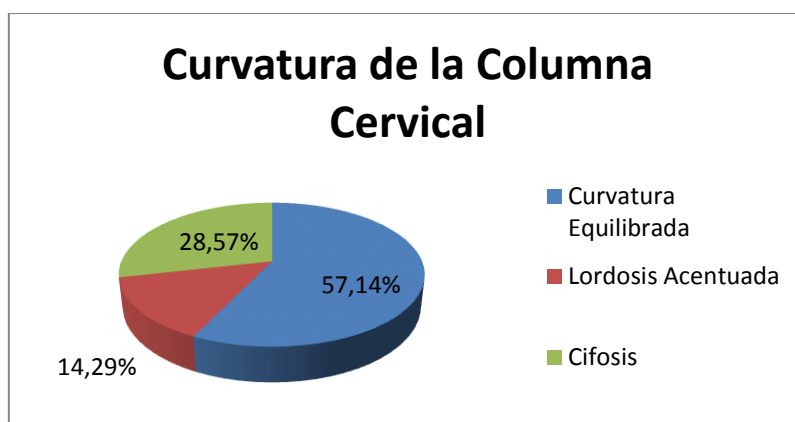


Gráfico Nº 35: curvatura de la columna cervical de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 57,14% mostró una curvatura equilibrada de su columna cervical, el 28,57% presentó cifosis cervical (de la 7ma vértebra cervical); mientras que el 14,29% restante presentó una lordosis cervical acentuada.

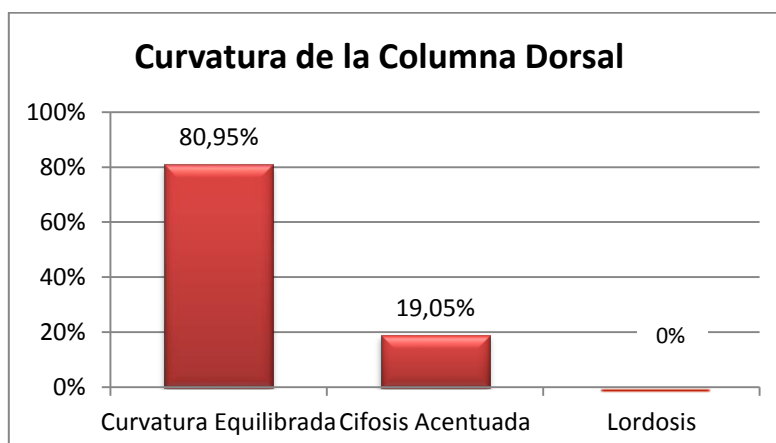


Gráfico Nº 36: curvatura de la columna dorsal de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de estudiantes que conformaron la muestra el 80,95% presentó en la observación realizada una curvatura equilibrada de su columna dorsal. El 19,05% restante mostró una cifosis dorsal acentuada. Ninguno de los estudiantes que conformaron la muestra presentó lordosis dorsal.

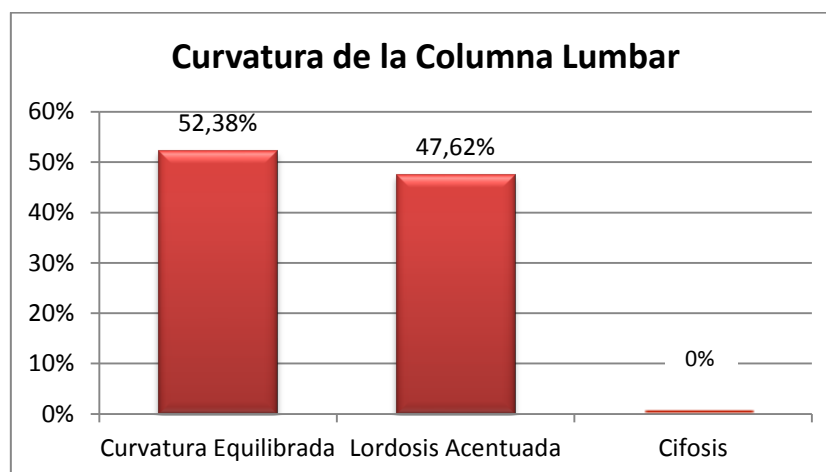


Gráfico Nº 37: curvatura de la columna lumbar de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de estudiantes que conformaron la muestra, el 52,38% mostró una curvatura equilibrada de su columna lumbar. Un gran porcentaje de la muestra (47,62%) presentó una lordosis lumbar acentuada, lo que podría estar relacionado con un acortamiento de la cadena muscular posterior. Ninguna de las unidades de análisis presentó cifosis a nivel lumbar.

Así mismo, el 50% de los estudiantes que presentaron lordosis acentuada en columna lumbar, también se pudo observar cifosis a nivel de la 7ma vértebra cervical.

En el 60% de la población que presentó lordosis acentuada, se registró rotación interna de las rodillas.

Podría inferirse que estas relaciones, se presentan como una compensación secundaria a la lordosis lumbar primaria, como lo explica Mezières.

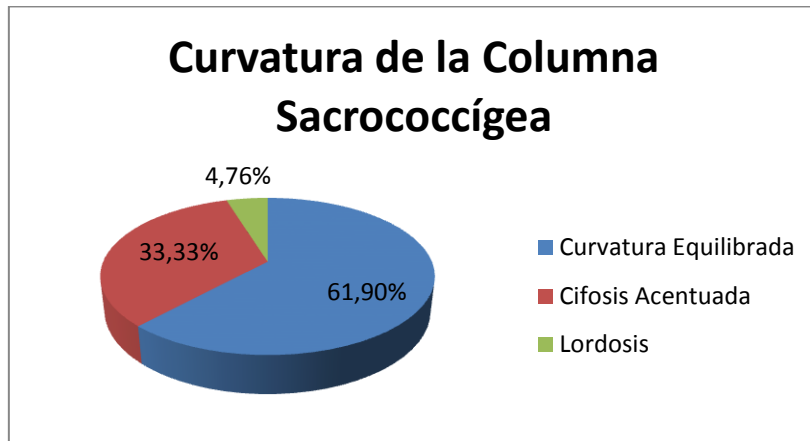


Gráfico Nº 38: curvatura de la columna sacrococcígea de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 61,90% presentó una curvatura sacrococcígea equilibrada. El 33,33% exhibió una cifosis sacrococcígea acentuada, mientras que el 4,76% presentó lordosis sacrococcígea.

**RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA AUTOADMINISTRADA A ESTUDIANTES
ACERCA DE SUS CARACTERÍSTICAS POSTURALES Y CONCIENCIA POSTURAL**

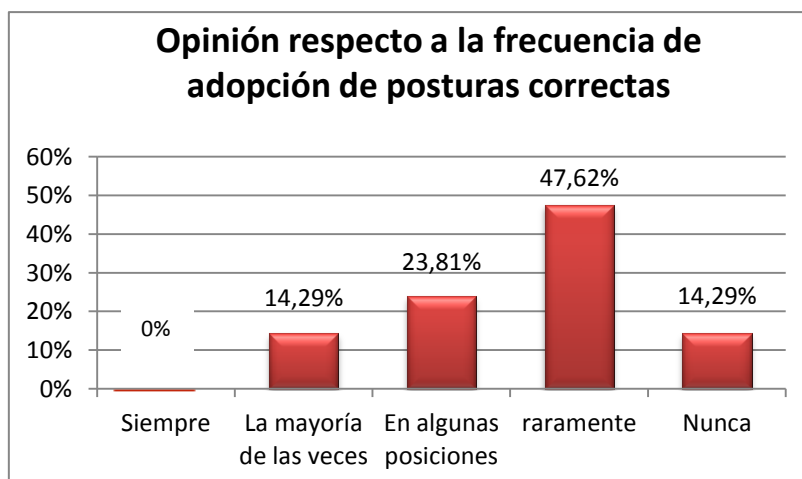


Gráfico N° 39: Opiniones respecto a la frecuencia de adopción de posturas correctas de las unidades de análisis que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de personas encuestadas un 14,29% consideró que nunca adopta una postura correcta, un 23,81% consideró que sólo la adopta en algunas posiciones y un 14,29% que la mayoría de las veces logra una postura correcta. Cabe destacar que ninguna considera adoptar una postura correcta siempre; por el contrario casi la mitad de la muestra, un 47,62% consideró que raramente adopta una postura correcta.

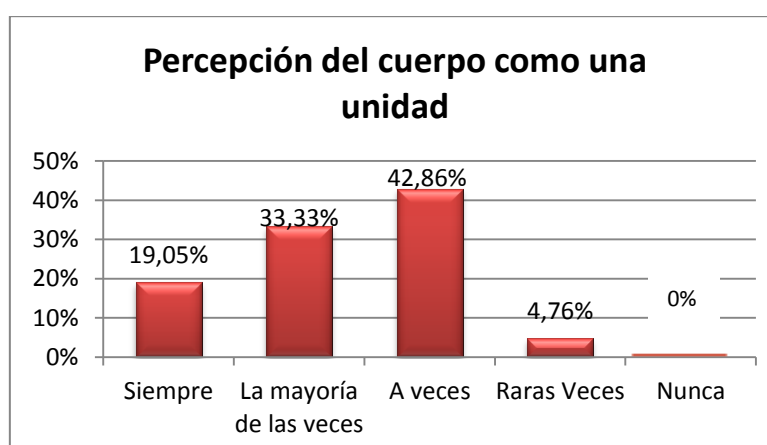


Gráfico N° 40: percepción del funcionamiento del cuerpo como una unidad de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia

Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.
Octubre 2014.

De un total de 21 personas que conformaron la muestra, el 19, 05% consideró que su cuerpo funciona como una unidad siempre, un 33, 33% percibió que su cuerpo funciona la mayoría de las veces como una unidad, el 42,86% lo considera funcionar como una unidad solo a veces, sólo el 4,76% percibe raras veces su cuerpo como una unidad, mientras de las estudiantes que participaron de la muestra ninguna percibe que se cuerpo no funcione nunca como una unidad.

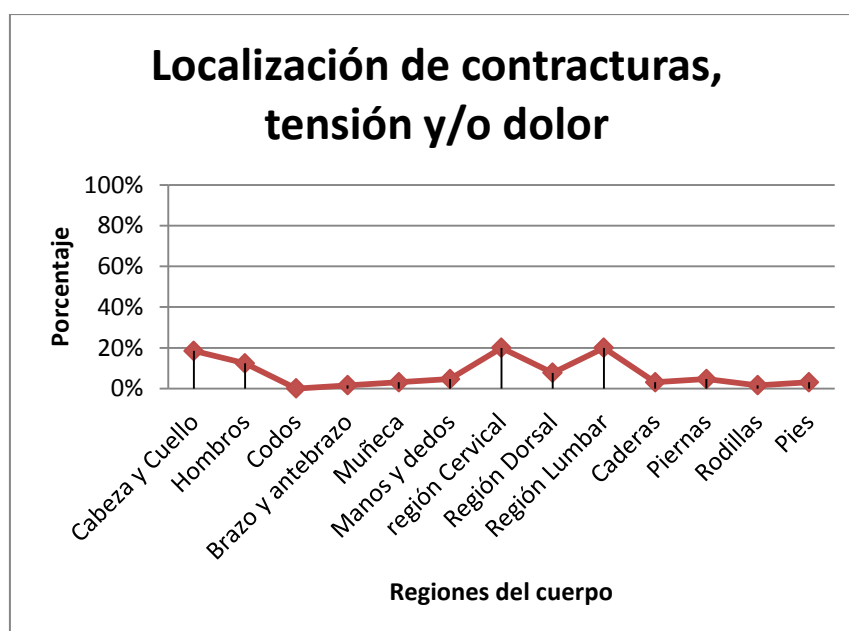


Gráfico Nº 41: Localización en el cuerpo de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De un total de 21 personas encuestadas las regiones del cuerpo donde se registraron mayor cantidad de contracturas, tensiones o dolor fueron: la región cervical (20 %), la región lumbar (20%) y cabeza y cuello (18,46 %). Por otro lado, el dolor de hombros fue localizado por el 12,31 % de la muestra, la región dorsal representó el 7,69%. El resto de las regiones del cuerpo fueron las menos registradas como sectores de contracturas tensión y o dolor, siendo en manos, dedos y piernas el mismo porcentaje (4,62%), en pies, caderas y muñecas 3,08%, y en brazos y antebrazos

y rodillas, también igual porcentaje (1,54%). Ninguna persona registró el codo como una región en donde pueda localizar contracturas, dolores y/o tensiones. Todas las personas encuestadas identificaron al menos un ítem de localización de contractura, dolor y/o tensión.



Gráfico Nº 42: opiniones respecto a las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 34,69% consideró que las causas de contracturas, tensión y/o dolor son producto de causas afectivas, el 26,53% manifestó que son producto de falta de ejercicio, el 20,41% lo atribuyó a la adopción de malas posturas, el 12,24% consideró que estas contracturas, tensiones y /o dolor se deben a malos hábitos, mientras que el 6,12 % restante atribuyó la falta de descanso como causante de estas tensiones/dolores.

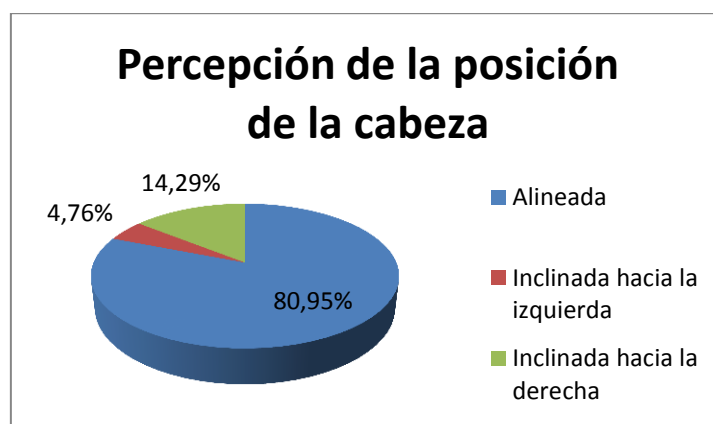


Gráfico Nº 43: percepción de la posición de la cabeza con respecto al eje medio sagital de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de la muestra el 80,95% percibió tener su cabeza alineada con respecto al eje medio sagital del cuerpo; del 19,05% restante el 4,76% percibió tener la cabeza inclinada hacia la izquierda y el 14,29% inclinada hacia la derecha.

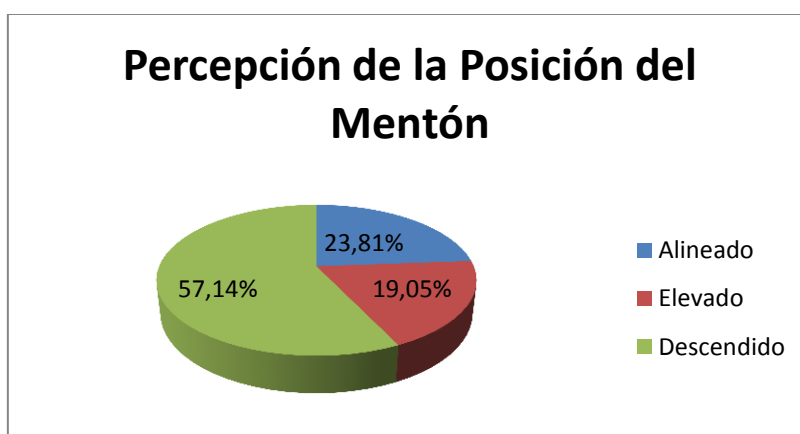


Gráfico Nº 44: percepción de la posición del mentón con respecto al eje medio coronal de las personas que participan del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 57,14% percibió que su mentón se encuentra descendido con respecto al eje coronal correspondiente, el 23,81% consideró que su mentón se encuentra alineado, mientras que el 19,05% percibió que este se encontraba elevado.

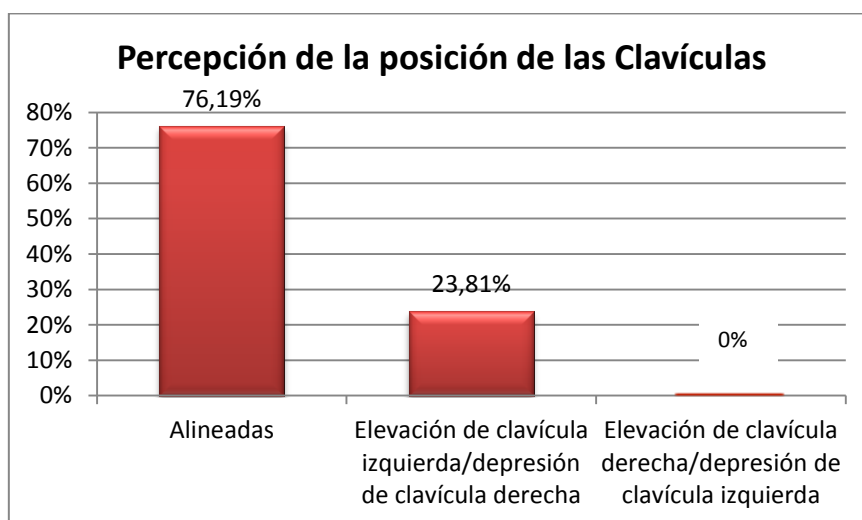


Gráfico N° 45: percepción de la posición de las clavículas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De un total de 21 personas que conformaron la muestra el 76,19% percibió que las clavículas se encuentran alineadas al mismo nivel, una respecto de la otra. El resto de la muestra (23,81%) percibió que había una elevación de la clavícula izquierda con respecto a la derecha. Ninguna de las personas que participó de la muestra percibió tener la clavícula derecha superior a la izquierda.

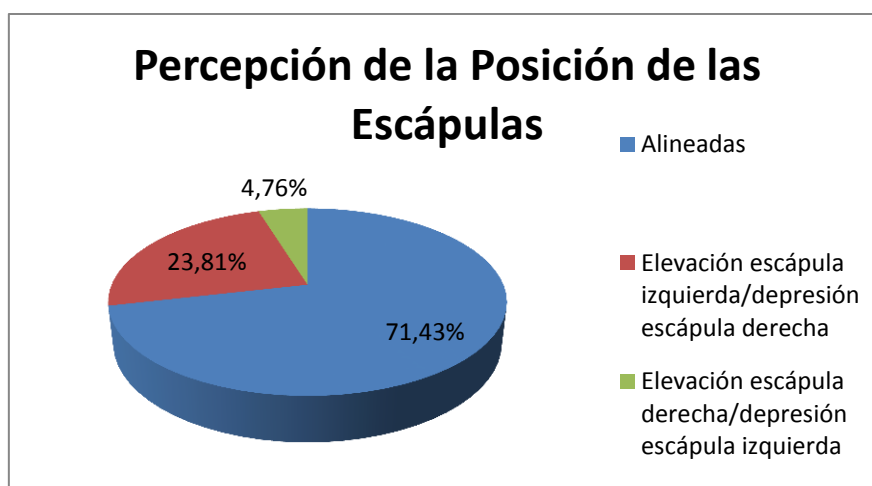


Gráfico N° 46: percepción de la posición de las escápulas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia

Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.
Octubre 2014.

Del total de la muestra el 71,43% percibió que sus escápulas se encontraban alineadas al mismo nivel una respecto de la otra; el resto de la muestra (28,57%) percibió que las escápulas no se encontraban alineadas. Mientras que un 23,81% percibió que su escápula izquierda se encuentra más elevada con respecto a su escápula derecha, solo un 4,76% percibió que su escápula derecha se encuentra superior a su escápula izquierda.

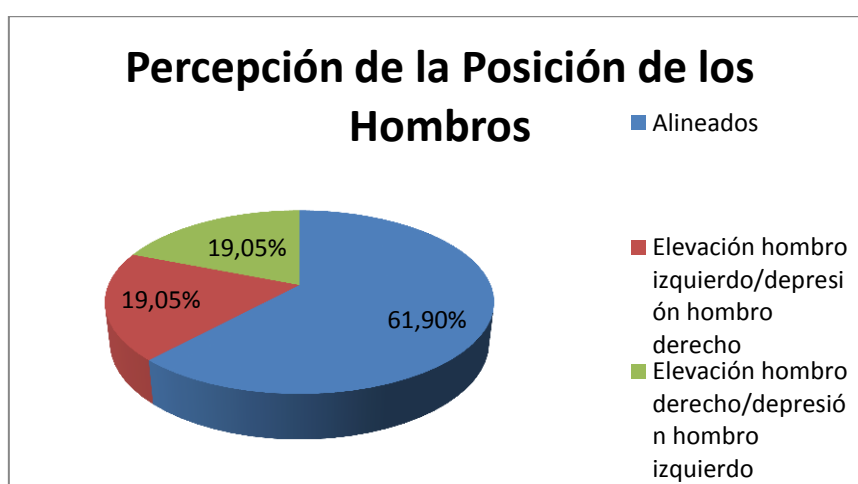


Gráfico N° 47: percepción de la posición de los hombros uno respecto al otro de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.
Octubre 2014.

De un total de 21 estudiantes que realizaron la encuesta autoadministrada el 61,90% percibió tener los hombros alineados al mismo nivel, uno respecto al otro; el 38,10% restante percibió que sus hombros no se encuentran alineados al mismo nivel. De este resto se obtienen los mismos porcentajes (19,05% en cada caso) de percepción del hombro derecho más elevado que el izquierdo, y de percepción del hombro izquierdo más elevado que el derecho.

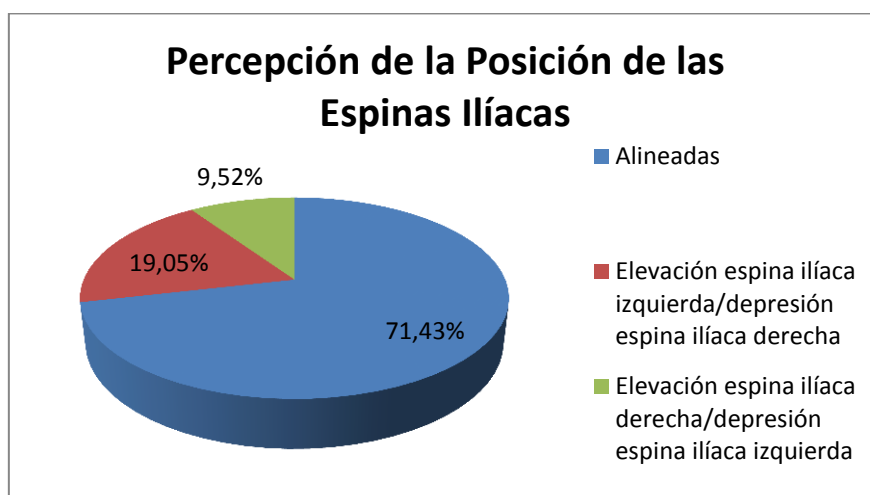


Gráfico Nº 48: percepción de la posición de las espinas ilíacas una respecto al otro de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de la muestra, el 71,43% de los estudiantes percibieron tener sus espinas ilíacas alineadas al mismo nivel. Del 28,57% restante, el 19,05% percibió tener más elevada la espina ilíaca izquierda con respecto a la derecha, mientras que el 9,52% apreció tener más elevada la espina ilíaca derecha con respecto a la izquierda.

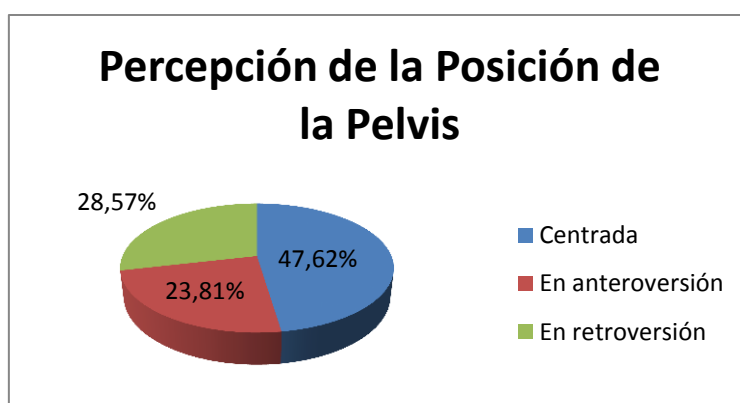


Gráfico Nº 49: percepción de la posición de la pelvis respecto al eje medio coronal correspondiente de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 47,62% consideró tener la pelvis centrada en posición bípeda, el 28,57% percibió tenerla en retroversión, mientras que el 23,81% percibe tener la pelvis en Anteroversión con respecto al eje coronal correspondiente.

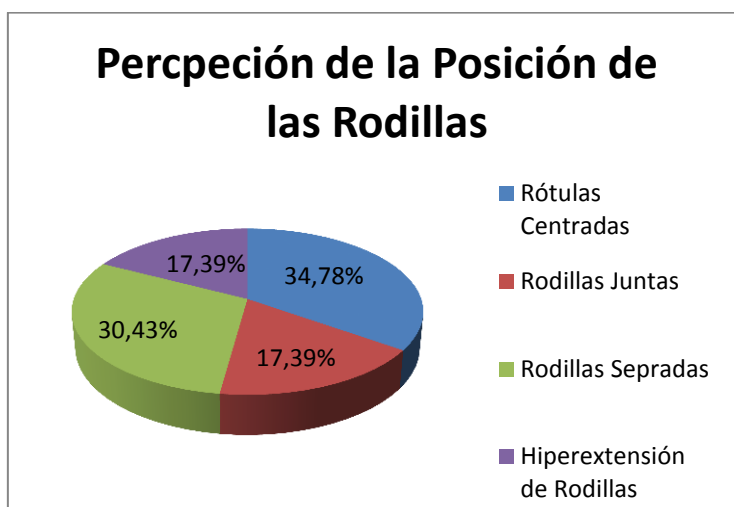


Gráfico Nº 50: percepción de la posición de las rodillas de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de las personas encuestadas el 34,78% de los estudiantes percibieron tener las rótulas centradas anteriormente, el 30,43% percibió que las rodillas se hayan separadas (no se tocan), mientras que el 17,39% perciben que sí se tocan. Sólo cuatro personas de la muestra (17,39%) percibieron tener hiperextensión en sus rodillas.

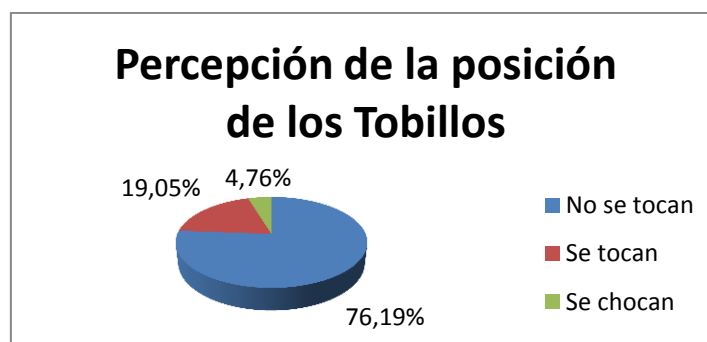


Gráfico Nº 51: percepción de la posición de los tobillos de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De la totalidad de la muestra el 76,19% de los estudiantes percibieron que estando en posición bípeda sus tobillos no se tocan, el 19,05% percibió que sus tobillos se tocan y sólo el 4,76% percibió que sus tobillos “se chocan” estando en posición bípeda.

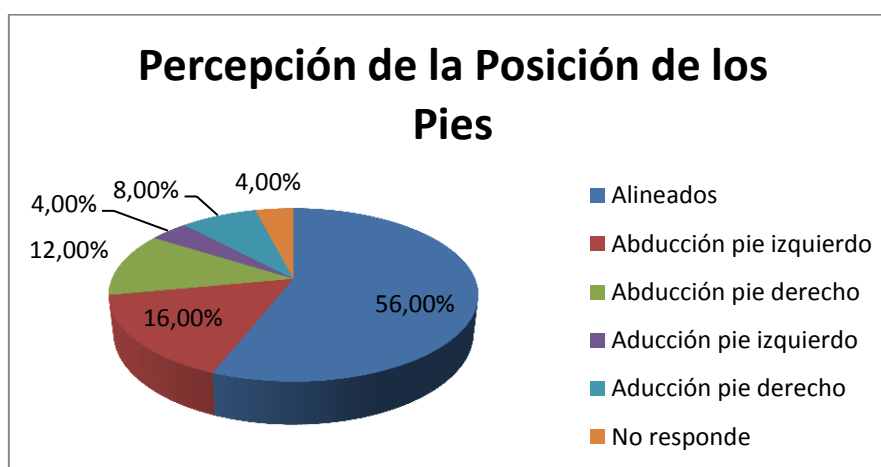


Gráfico N° 52: percepción de la posición de los pies de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de personas que realizaron la encuesta autoadministrada el 56% registró que sus pies se encuentran alineados. El 16% percibió abducción en su pie izquierdo, el 12% abducción del pie derecho. En cuanto a las aducciones de pie, el 8% registró aducción de pie derecho y el 4% de pie izquierdo. El 4% de la muestra no contestó esta pregunta.

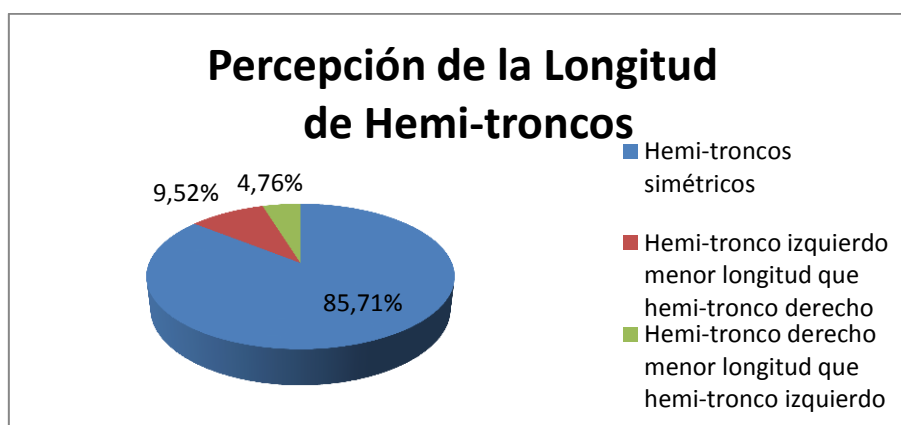


Gráfico N° 53: percepción de la longitud de hemi-troncos, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de los estudiantes encuestadas, el 85,71% manifestó percibir que sus hemi-troncos son simétricos en longitud, mientras que entre aquellos que percibieron diferencias en cuanto a la longitud de sus hemi-troncos, el 9,52% percibió el hemi-

tronco izquierdo de menor longitud que el derecho, y el 4,76% percibió que el hemitronco derecho era de menor longitud que el izquierdo.

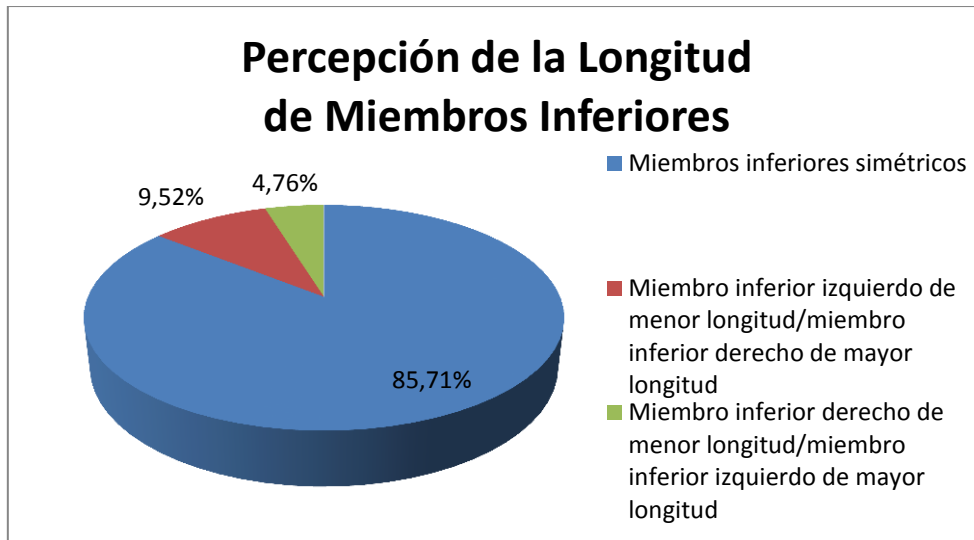


Gráfico N° 54: percepción de la longitud de miembros inferiores, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de la muestra, el 85,71% de los estudiantes percibió tener miembros inferiores simétricos en longitud, mientras que del 14,29% restante que percibió diferencias en cuanto a la longitud de sus miembros inferiores, el 9,52% percibió al miembro inferior izquierdo de menor longitud, y el 4,76% al miembro inferior derecho de menor longitud.

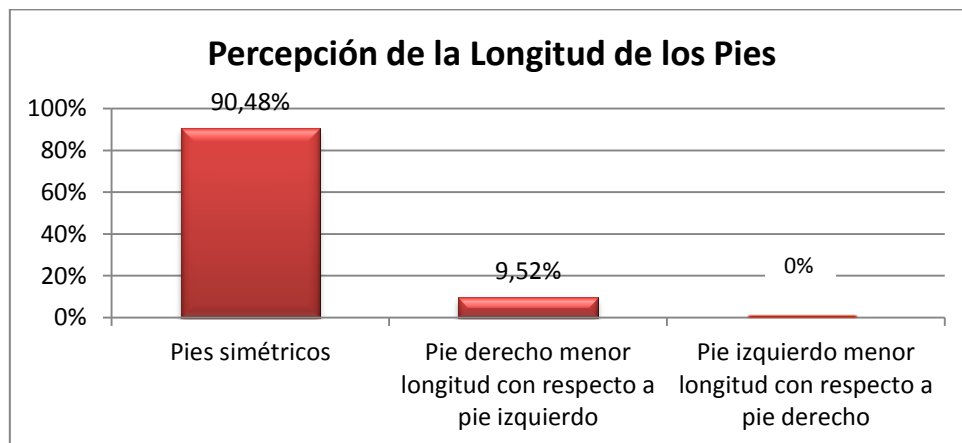


Gráfico Nº 55: percepción de la longitud de los pies, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de las personas que conformaron la muestra el 90,48% percibió tener sus pies simétricos en longitud, mientras que sólo el 9,52% observó que existe una diferencia en cuanto a su longitud, detectándose en todos los casos el pie derecho de menor longitud con respecto al pie izquierdo.

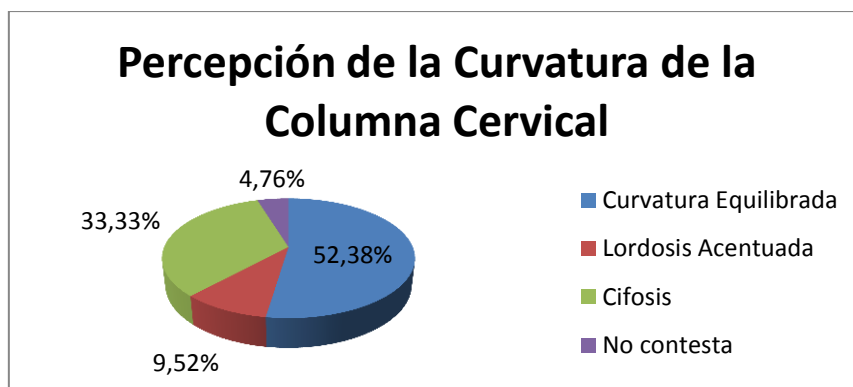


Gráfico Nº 56: percepción de la curvatura de la columna cervical, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De un total de 21 personas que conformaron la muestra el 52,38% percibió tener una curvatura cervical equilibrada, mientras que el 33,33% percibió tener cifosis en la zona cervical y un 9,52% percibió tener una lordosis cervical acentuada. Una persona no contestó esta pregunta.

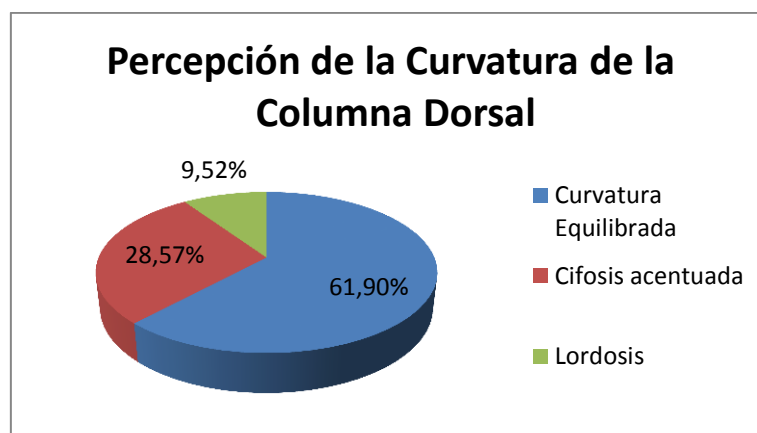


Gráfico Nº 57: percepción de la curvatura de la columna dorsal, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

El 61,90% de los estudiantes manifestaron percibir una columna dorsal con una curvatura equilibrada, el 28,57% percibió una cifosis acentuada en su columna dorsal y sólo el 9,52% percibió lordosis dorsal.

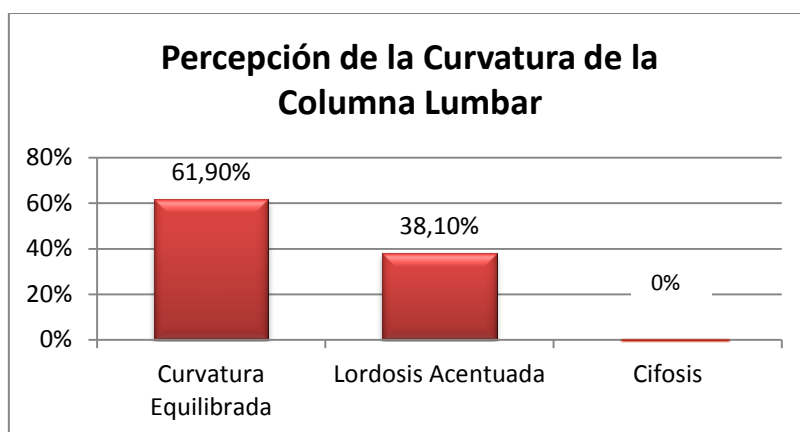


Gráfico Nº 58: percepción de la curvatura de la columna lumbar, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de los estudiantes encuestados el 61,90% percibió que la curvatura de su columna lumbar era equilibrada, mientras que el 38,10% restante percibió una lordosis lumbar acentuada. Ninguna de las personas que conformó la muestra percibió tener cifosis en su columna lumbar.

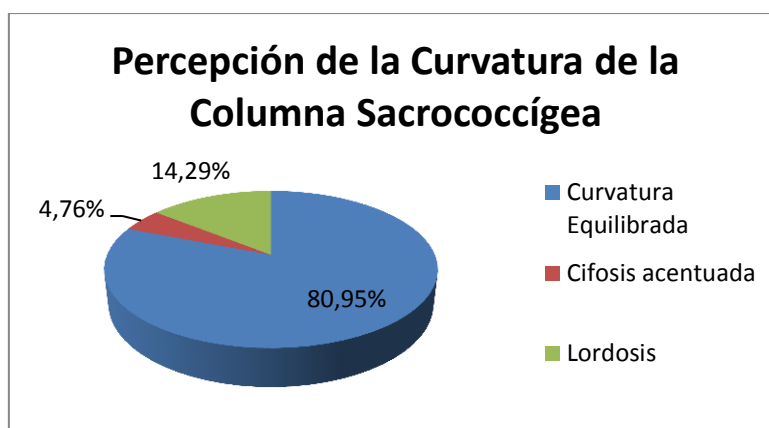


Gráfico Nº 59: percepción de la curvatura de la columna sacrococcígea, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De los 21 estudiantes de Terapia Ocupacional que conformaron la muestra, el 80,95% percibió tener una curvatura equilibrada de su columna sacrococcígea, mientras que el 14,29% consideró tener lordosis sacrococcígea. Sólo el 4,76 % percibió tener cifosis sacrococcígea acentuada.

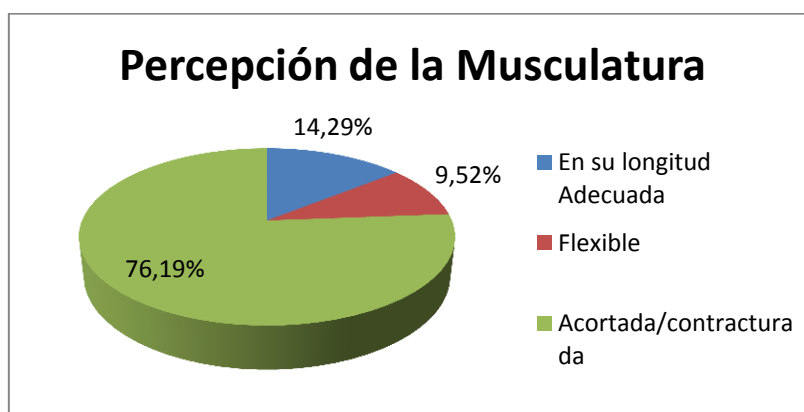


Gráfico Nº 60: percepción de la musculatura de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De un total de 21 personas que conformaron la muestra el 76,19% consideró que su musculatura se encuentra acortada o contracturada, el 14,29% percibió que su musculatura se encuentra en su longitud adecuada, mientras que sólo el 9,52% de la muestra consideró que tiene una musculatura flexible.

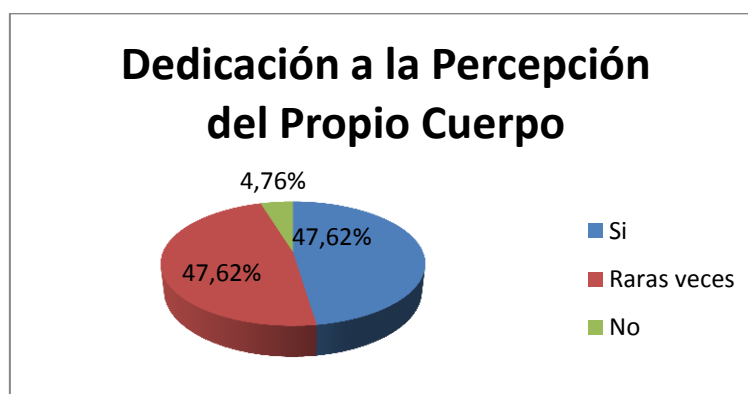


Gráfico Nº 61: dedicación a la percepción del propio cuerpo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de la muestra sólo una persona manifestó no tomarse ninguna parte del día para percibir cómo se encuentra su cuerpo, el resto de la muestra manifestó en porcentajes iguales (47,62%) tomarse un tiempo percibir cómo se encuentra su cuerpo, o hacerlo raras veces.

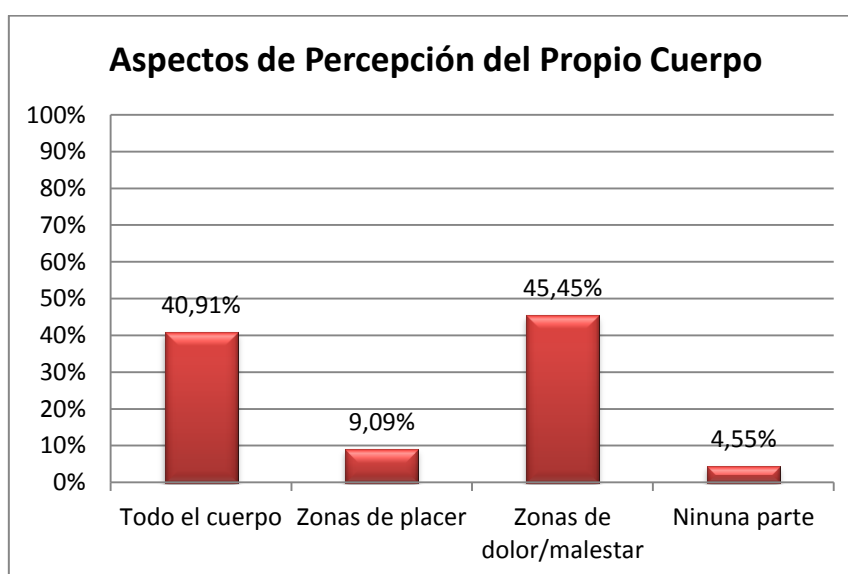


Gráfico Nº 62: Aspectos de percepción del propio cuerpo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Del total de 21 alumnos que conformaron la muestra un 45,45% manifestó que cuando dedica un tiempo de percepción a su propio cuerpo se centra en aquellas zonas que le generan dolor o malestar. Un 40,91% centra su atención en todo el cuerpo. Mientras que un 9,09% en zonas de placer y un 4,55% en ninguna parte.

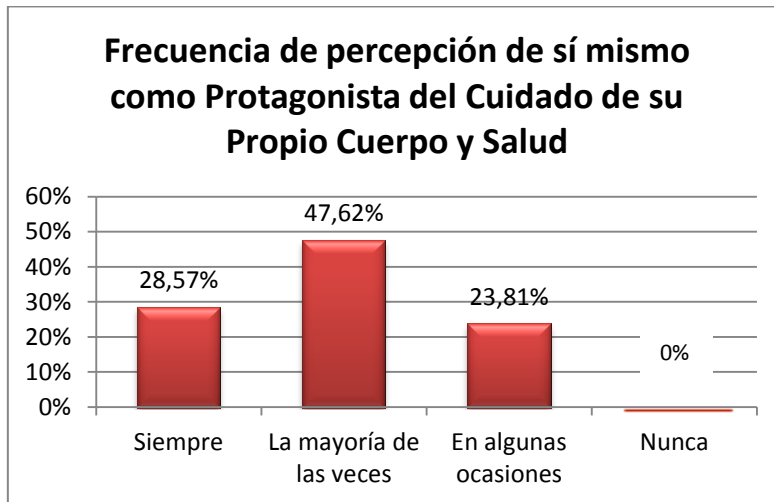


Gráfico N° 63: frecuencia de percepción de sí mismo como protagonista del cuidado de su propio cuerpo y salud de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata.

Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De un total de 21 personas que participaron de la muestra el 47,62% sostuvo percibirse como protagonista del cuidado de su propio cuerpo y salud la mayoría de las veces, un 28,57% siempre y un 23,81% en algunas ocasiones. Ninguna de las unidades de análisis contestó no percibirse nunca como protagonista del cuidado de su propio cuerpo y salud.

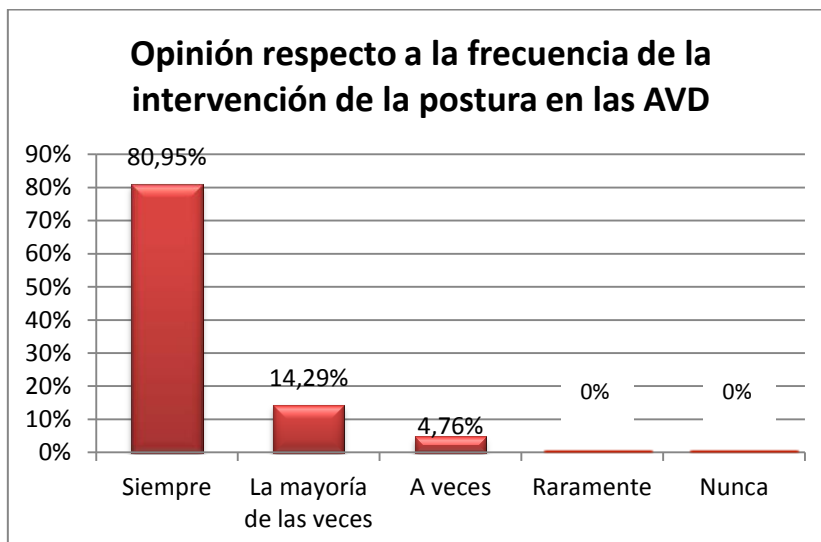


Gráfico N° 64: Opinión respecto a la frecuencia de intervención de la postura en las actividades de la vida diaria de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa

de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

De un total de 21 personas que participaron de la muestra el 80,95% consideró que la postura interviene siempre en las actividades de la vida diaria. Un 14,29% la mayoría de las veces mientras que el 4,76% consideró que la postura interviene en las actividades de la vida diaria sólo a veces. Ninguna de las unidades de análisis contestó que raramente o nunca la postura interviene en las actividades de la vida diaria.

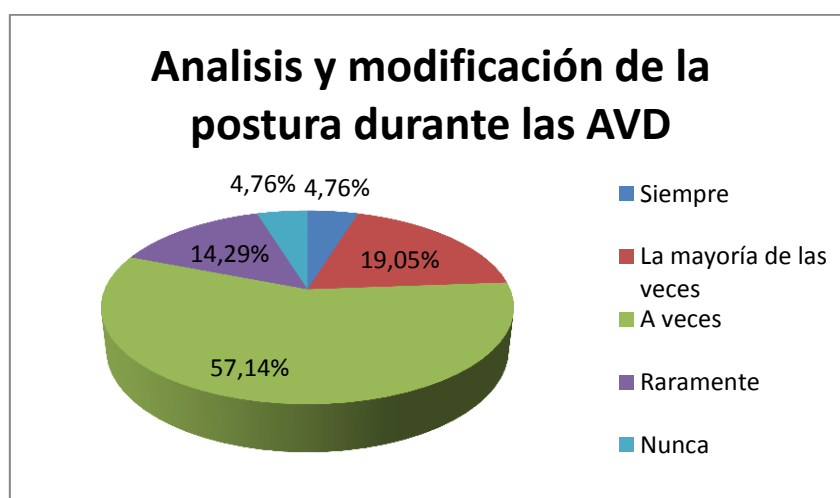


Gráfico Nº 65: Análisis y modificación de la postura durante las actividades de la vida diaria de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Un 57,14% del total de la muestra manifestó analizar y modificar la postura durante las actividades de la vida diaria a veces. Un 19,05% la mayoría de las veces. Un 14,29% raramente. Mientras que sólo un 4,76% indicó que lo hace siempre.

TABLA Nº 66: Opinión respecto a la importancia de la postura durante el desempeño del rol del Terapeuta Ocupacional de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Opinión respecto a la importancia de la postura durante el desempeño del rol del TO	Nº	PORCENTAJE
Muy importante	21	100%
Importante	0	0%

Medianamente importante	0	0%
Poco importante	0	0%
No es relevante	0	0%

El 100% de las unidades de análisis consideró que es muy importante la postura durante el futuro desempeño del rol de Terapeuta Ocupacional.

RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LA OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA Y LA ENCUESTA AUTOADMINISTRADA

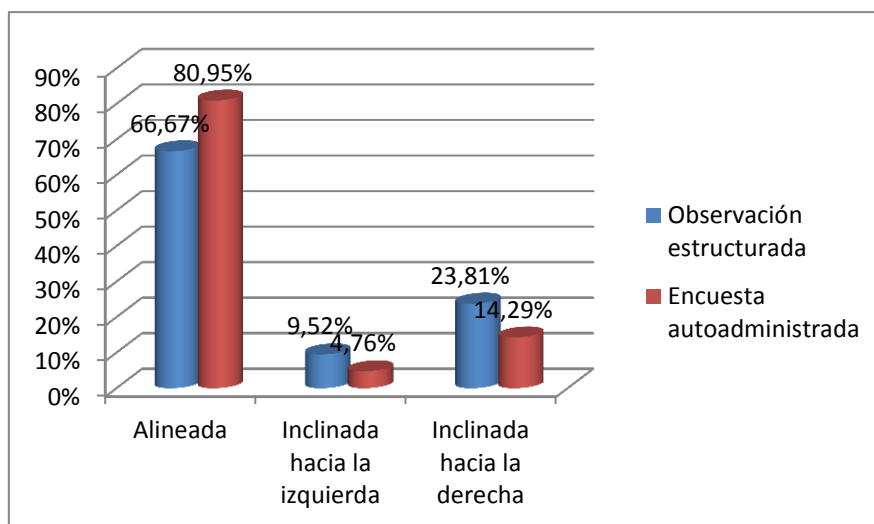


Gráfico N° 67: Posición de la cabeza respecto al eje medio sagital de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

Si bien del total de las unidades de análisis estudiadas, al momento de la observación el 66,67% tenían la cabeza alineada respecto al eje medio sagital; su percepción de la posición de la cabeza alineada fue dentro de un 80,95%.

La inclinación de la cabeza hacia la izquierda fue observada en el 9,52% del total de los estudiantes, mientras que solo el 4,76% lo percibió de esta manera.

Por último, la observación arrojó un total de 23,81% de estudiantes con inclinación de la cabeza hacia la derecha, mientras que solo el 14,29% lo percibió de esta manera.

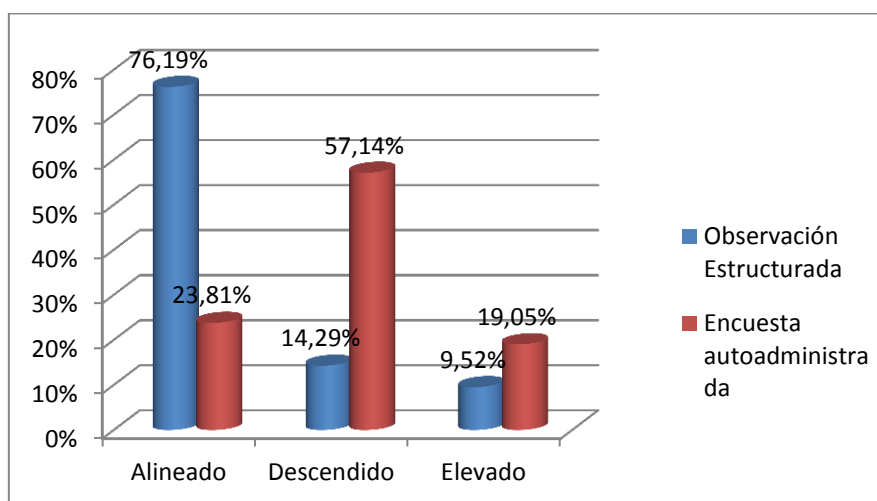


Gráfico Nº 68: Posición del mentón respecto al eje medio coronal de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

Con respecto a la posición del mentón en relación al eje medio coronal, se observó que el mismo se encontraba alineado en el 76,19% de los casos mientras que tan solo el 23,81% lo percibió así.

El 57,14% percibió su mentón descendido, mientras que en la observación se detectó en el 14,29% de total de la población.

Y en cuanto a la elevación del mentón, se lo registro a partir de la observación en un 9,52% mientras que la percepción de las unidades de análisis la elevación del mentón representó el 19,05%.

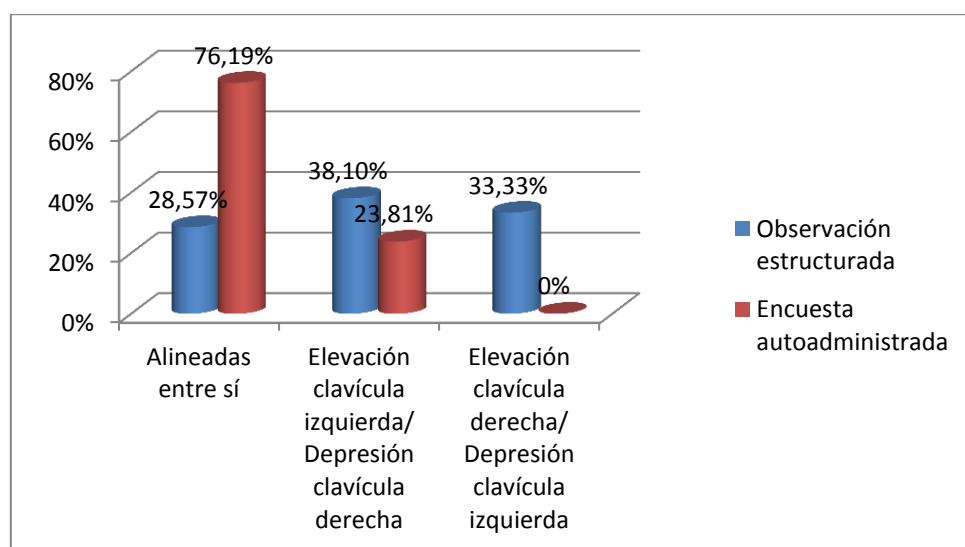


Gráfico Nº 69: Posición de las clavículas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

En relación a la posición de las clavículas una respecto a la otra, en el 28,57% se observó alineación de las mismas, mientras que la percepción fue del 76,19% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que la elevación de clavícula izquierda/ depresión de la clavícula derecha fue observada en el 38,10%, solo fue percibida por el 23,81% de las unidades de análisis.

En cuanto a la elevación de clavícula derecha/ depresión de clavícula izquierda, se observó en el 33,33% de la muestra, y su percepción fue nula, ninguna de las unidades de análisis registró tener las clavículas en esta posición.

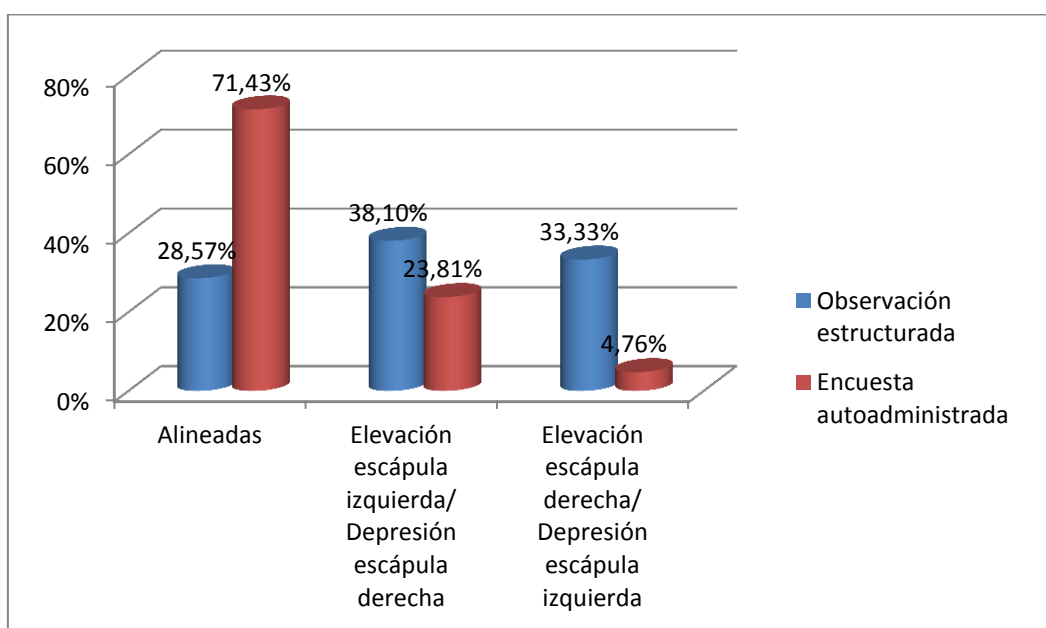


Gráfico Nº 70: Posición de las escápulas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

En relación a la posición de las escápulas una respecto a la otra, en el 28,57% se observó alineación de las mismas, mientras que la percepción fue del 71,43% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que la elevación de escápula izquierda/ depresión de la escápula derecha fue observada en el 38,10%, solo fue percibida por el 23,81% del total. Estas mismas unidades de análisis también registraron poseer elevación de clavícula izquierda/ depresión de clavícula derecha.

En cuanto a la elevación de escápula derecha/ depresión de escápula izquierda, se observó en el 33,33% de la muestra, y su percepción fue del 4,76%.

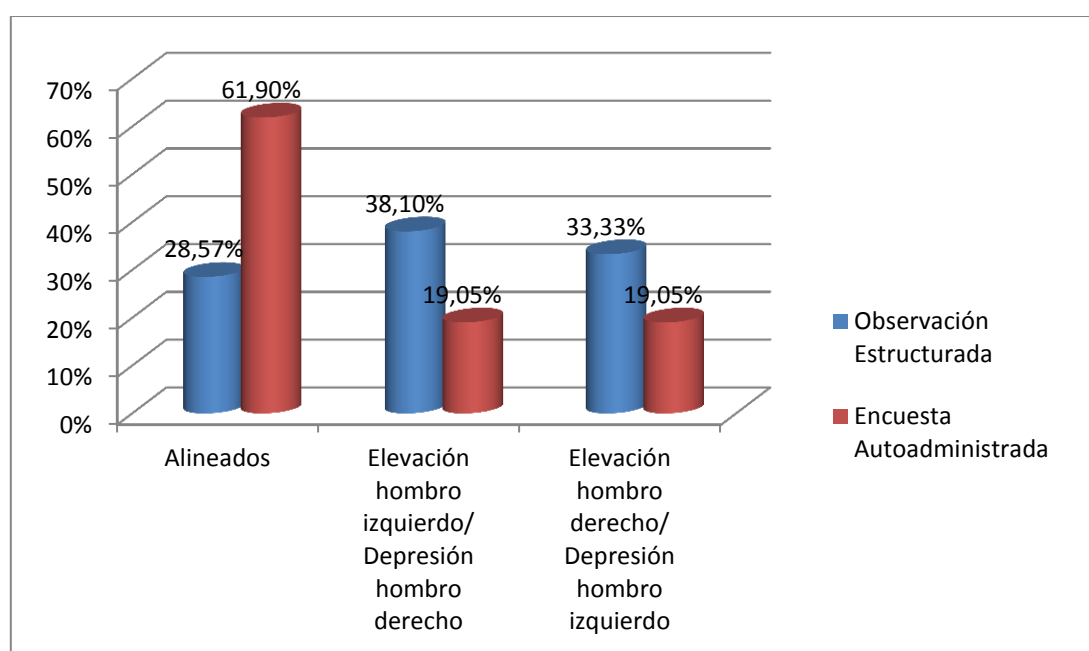


Gráfico Nº 71: Alineación de la articulación glenohumeral una respecto de la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

En relación a la posición de los hombros uno respecto al otro, en el 28,57% se observó alineación de los mismos, mientras que la percepción fue del 61,90% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que la elevación del hombro izquierdo/ depresión del hombro derecho fue observada en el 38,10%, solo fue percibida por el 19,05% del total de unidades de análisis.

En cuanto a la elevación del hombro derecho/ depresión del hombro izquierdo, se observó en el 33,33% de la muestra, y su percepción fue del 19,05%.

Cabe destacar que en la observación realizada tanto de la posición de las clavículas, de las escápulas y de la articulación gleno-humeral, se registraron iguales porcentajes en cada caso. Es decir, todas las personas en las que se registró alineación de clavículas, también se observó alineación de escápulas y articulación gleno-humeral. De la misma forma todos los que presentaron elevación de clavícula izquierda/ depresión de clavícula derecha también lo hicieron en escápula y hombros. Lo mismo sucedió en el caso contrario (elevación derecha/ depresión izquierda).

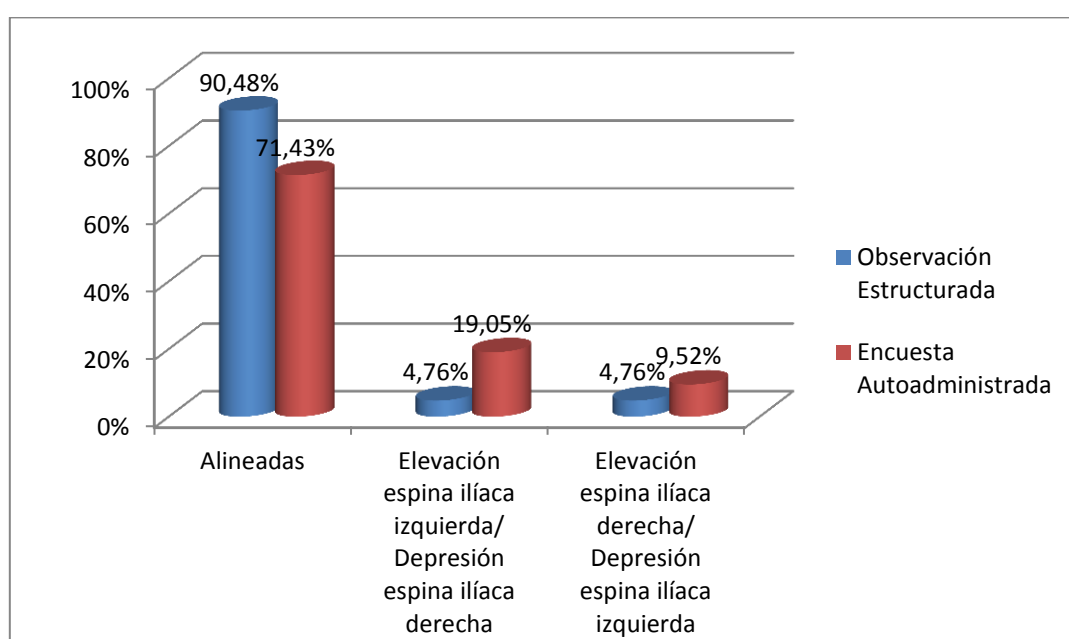


Gráfico N° 72: Alineación de las espinas ilíacas de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

En relación a la posición de las espinas ilíacas en el 90,48% se observó alineación de las mismas, mientras que la percepción fue del 71,43% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que la elevación de espina ilíaca izquierda/ depresión de la espina ilíaca derecha fue observada en el 4,76%, fue percibida por el 19,05% del total de la muestra.

En cuanto a la elevación de espina ilíaca derecha/ depresión de espina ilíaca izquierda, se observó en el 4,76% de la muestra, y su percepción fue del 9,52%.

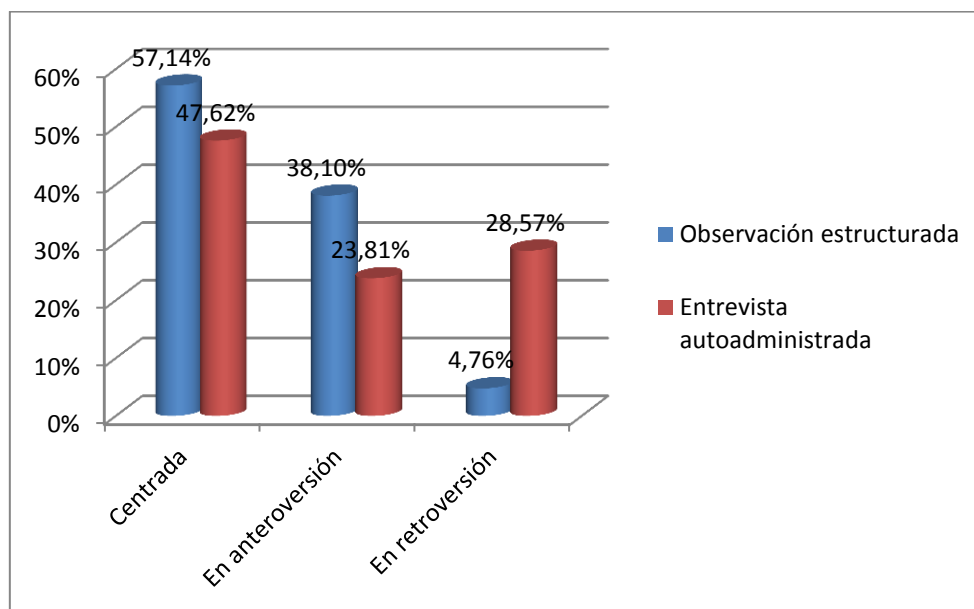


Gráfico Nº 73: Posición de la pelvis de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

En relación a la posición de la pelvis, en el 57,14% se observó que la misma se encuentra centrada, mientras que la percepción fue del 47,62% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que la anteroversión de pelvis se observó en el 38,10%, solo fue percibida por el 23,81% del total.

En cuanto a la retroversión de pelvis, solo se observó en el 4,76% de la muestra, y se percibió en el 28,57% de los casos.

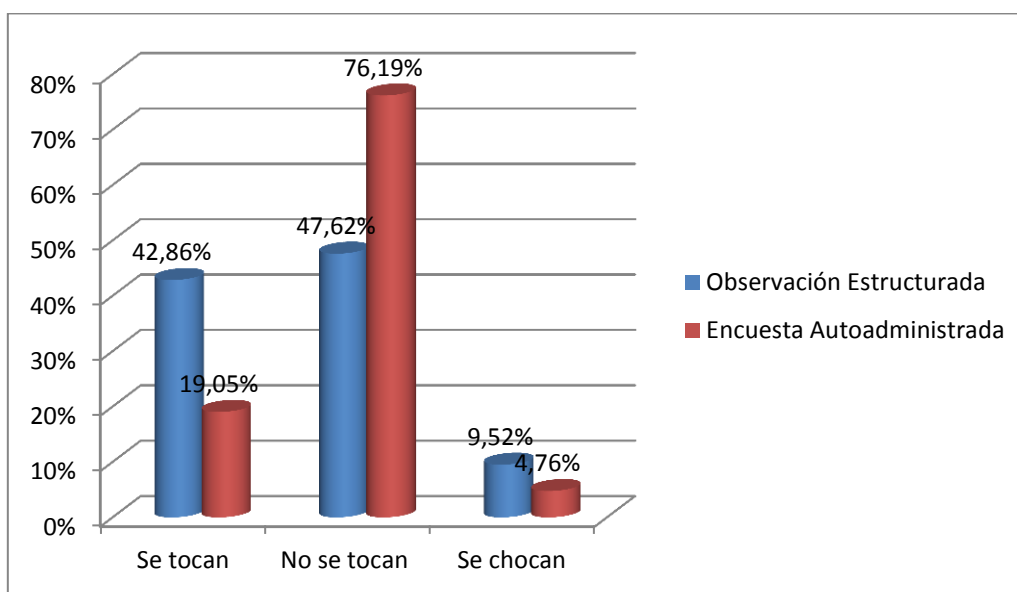


Gráfico Nº 74: posición de los tobillos de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

En relación a la posición de los tobillos en el 42,86% se observó que los mismos se tocan, mientras que la percepción fue del 19,05% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que en el 47,62% se observó que los maléolos internos no se tocan, esto fue percibido por el 76,19%.

Por último se observó que en el 9,52% de los casos los maléolos internos se chocan mientras que esto fue percibido solo por el 4,76% del total de las unidades de análisis.

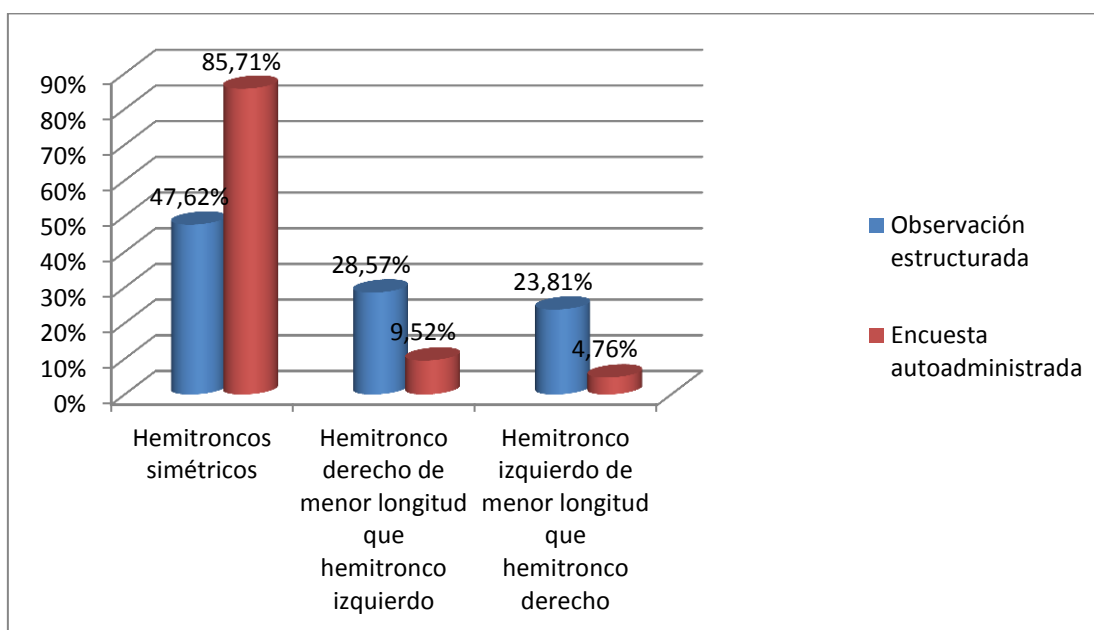


Gráfico Nº 75: Simetría en relación a la longitud de hemitroncos, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

En cuanto a la relación de la longitud de los hemitroncos, se observó simetría en longitud en el 47,62% de las unidades de análisis, mientras que la percepción de hemitroncos simétricos fue del 85,71%.

Por otro lado, en el 28,57% de la muestra se observó que el hemitronco derecho era de menor longitud con respecto al izquierdo, esto sólo fue percibido en el 9,52% de los casos.

En el 23,81% de los casos se observó que el hemitronco izquierdo era de menor longitud que el derecho, esto sólo fue percibido por el 4,76% de la muestra.

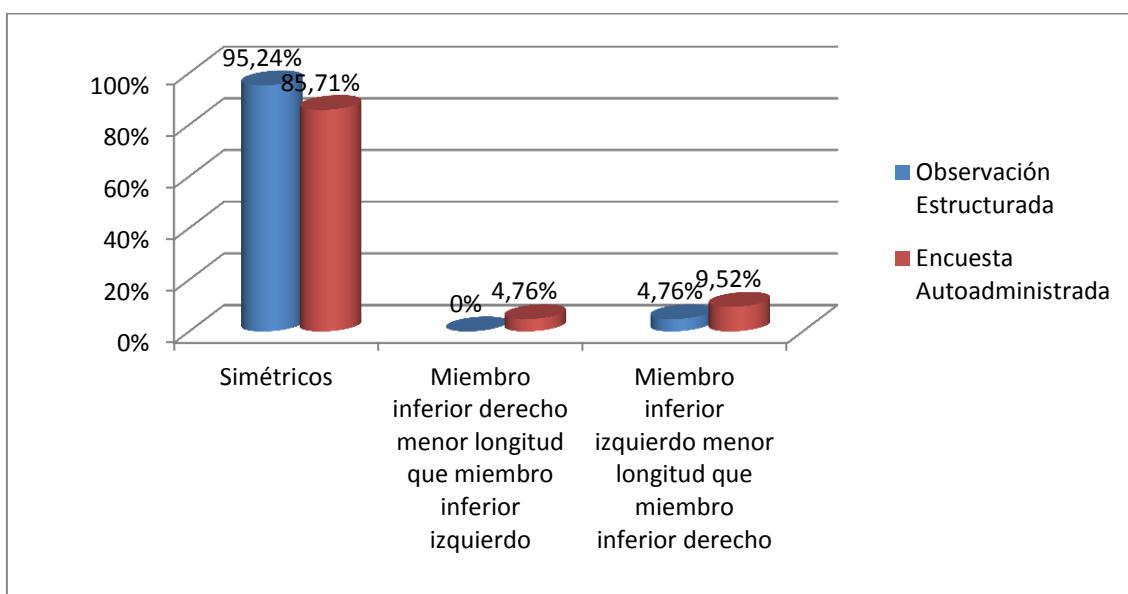


Gráfico Nº 76: Longitud de miembros inferiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

En cuanto a la relación de la longitud de los miembros inferiores, se observó simetría en longitud en el 95,24% de las unidades de análisis, mientras que la percepción de miembros inferiores simétricos fue del 85,71%.

Por otro lado, en ninguna de las unidades de análisis que conformaron muestra se observó que el miembro inferior derecho fuera de menor longitud con respecto al izquierdo, sin embargo el 4,76% percibió esta diferencia en longitud.

En el 4,76 % de los casos se observó que el miembro inferior izquierdo era de menor longitud que el derecho, mientras que esto fue percibido por el 9,52% de la muestra.

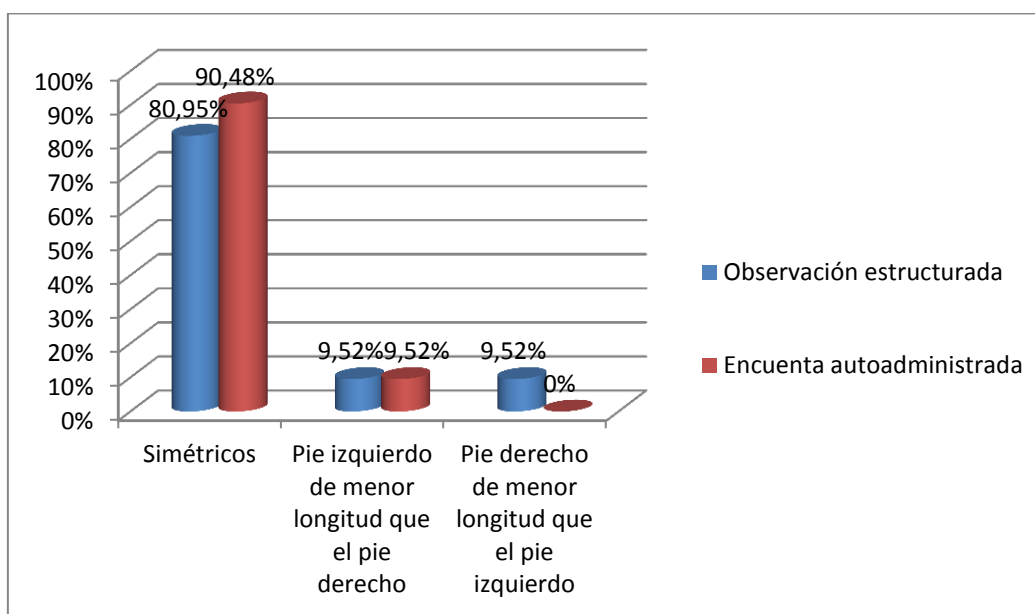


Gráfico N° 77: Simetría en relación a la longitud de los pies de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

En cuanto a la relación de la longitud de los pies, se observó simetría en longitud en el 80,95% de las unidades de análisis, mientras que la percepción de pies simétricos en longitud fue del 90,48%.

Se registraron iguales porcentajes (9,52%) en cuanto a la observación y percepción del pie izquierdo de menor longitud que el derecho.

En el 9,52 % de los casos se observó que pie derecho era de menor longitud que el izquierdo, mientras que esto no fue percibido por ninguna de las unidades de análisis que conformaron la muestra.

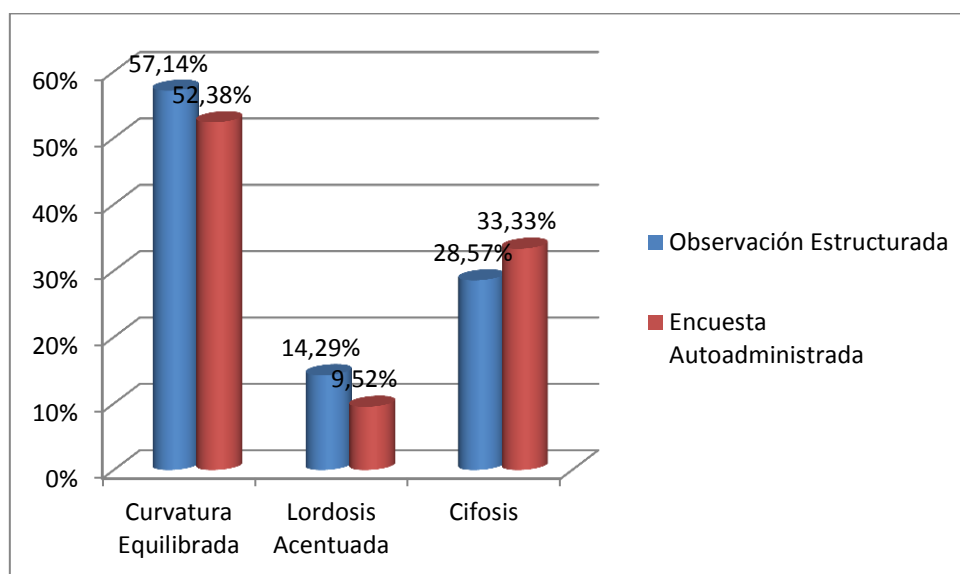


Gráfico Nº 78: curvatura de la columna cervical, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

En relación a la curvatura de la columna cervical, en el 57,14% se observó curvatura equilibrada de la misma, mientras que la percepción fue del 52,38% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que en el 14,29% se observó lordosis cervical acentuada, esto fue percibido sólo por el 9,52%.

Por último se observó que en el 28,57% de los casos presentaba cifosis de la 7ª vértebra cervical, esta cifosis fue percibida por el 33,33% del total de las unidades de análisis.

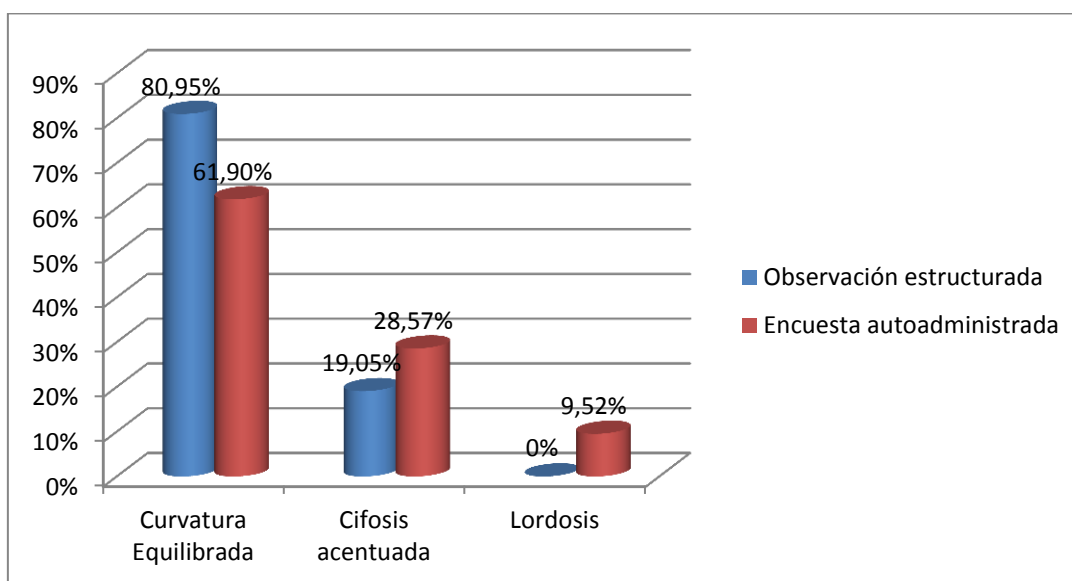


Gráfico Nº 79: Curvatura de la columna dorsal de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

En relación a la curvatura de la columna dorsal, en el 80,95% se observó curvatura equilibrada de la misma, mientras que la percepción fue del 61,90% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que en el 19,05% se observó cifosis dorsal acentuada, esto fue percibido por el 28,57%.

No se observó presencia de lordosis dorsal en las unidades de análisis estudiadas, mientras que un 9,52% de las mismas percibió la existencia de lordosis en su columna dorsal.

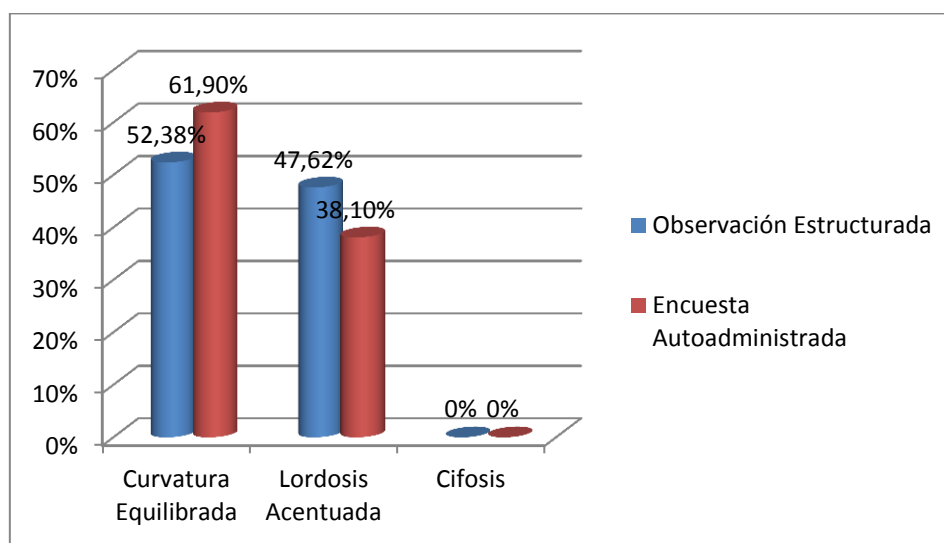


Gráfico Nº 80: curvatura de la columna lumbar, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

En relación a la curvatura de la columna lumbar, en el 52,38% se observó curvatura equilibrada de la misma, mientras que la percepción fue del 61,90% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que en el 47,62% se observó lordosis lumbar acentuada, esto fue percibido por un menor porcentaje el 38,10%.

No fue observada ni percibida la presencia de cifosis a nivel de la columna lumbar.

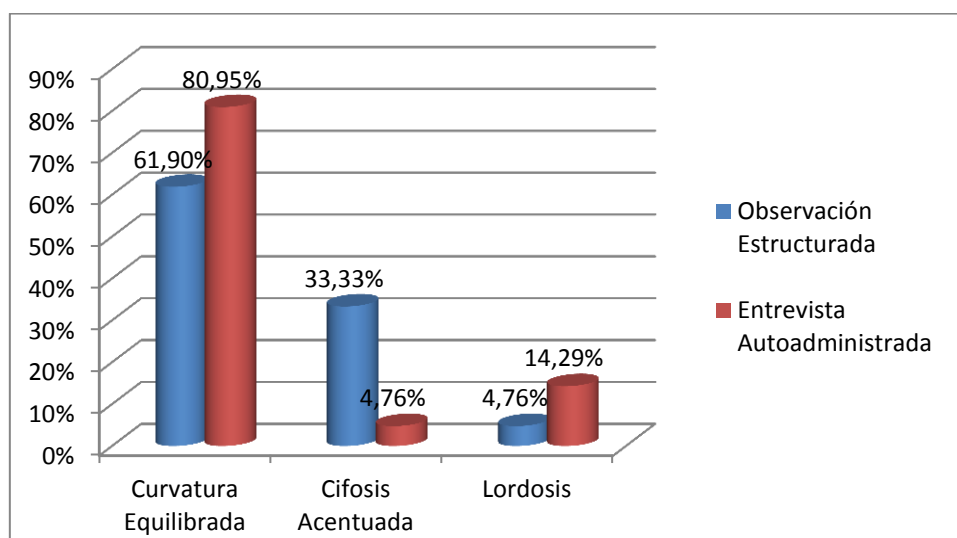


Gráfico Nº 81: *curvatura de la columna sacrococcígea, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.*

En relación a la curvatura de la columna sacrococcígea, en el 61,90% se observó curvatura equilibrada de la misma, mientras que la percepción fue del 80,95% del total de la muestra.

Por otro lado, mientras que en el 33,33% se observó cifosis sacrococcígea acentuada, esto fue percibido sólo por el 4,76%.

Por último se observó que el 4,76% de los casos presentaba lordosis sacrococcígea, esto fue percibido por el 14,29% del total de las unidades de análisis.

Creemos pertinente concluir esta sección de entrecruzamiento de los datos recogidos, entre las dos técnicas de datos utilizadas: la observación estructurada y la entrevista autoadministrada; lo siguiente:

Cabe destacar que no se obtuvieron iguales porcentajes en ninguno de los indicadores comparados; en algunos casos la diferencia fue mínima, existiendo concordancia parcial entre lo observado y lo percibido. En cuanto a la alineación se observaron diferencias no tan marcadas en relación a la posición de la cabeza con respecto al eje medio sagital, la posición de las espinas ilíacas una respecto a la otra, la posición de la pelvis (cuando la misma se encuentra centrada o en anteroversión, no en el caso de la retroversión de pelvis). En cuanto a la simetría, se registraron diferencias mínimas entre la longitud de miembros inferiores y de pies. En relación a las curvaturas de la columna en la cervical, dorsal y lumbar se apreció mayor similitud en porcentajes que respecto a la sacrococcígea, donde existió mayor diferencia entre lo observado y lo percibido.

Las mayores diferencias entre el dato tomado por las tesis y lo percibido por las unidades de análisis se registraron en: la posición del mentón con respecto al eje medio coronal, la posición de las clavículas, escápulas y hombros, (en estos casos la percepción de alineación de dichos indicadores fue marcadamente mayor que lo observado). Lo mismo sucedió con la posición de pelvis en retroversión, es decir los

estudiantes percibieron en mayor porcentaje que lo observado la retroversión de pelvis.

CONCLUSIÓN



CONCLUSIÓN

Llevar a cabo el presente trabajo de investigación, permitió ahondar acerca de las características posturales y conciencia postural de los estudiantes de Terapia Ocupacional como futuros profesionales de la salud.

A partir de los resultados arrojados mediante el análisis de datos, se pudo constatar que en la gran mayoría de la población estudiada se registraron a partir de las observaciones desviaciones respecto a la alineación postural. Las variaciones más evidentes se apreciaron en cintura escapular, articulación glenohumeral, anterversión de pelvis, rotación interna de rodillas, y lordosis lumbar acentuada. Esto podría relacionarse con la localización que los estudiantes registraron de dolores, contracturas y/o tensiones, debido a que los porcentajes más altos se relevaron en cabeza y cuello, hombros, región cervical y lumbar. La población en su mayoría atribuyó estas molestias a causas afectivas en primer lugar y a la falta de ejercicios y adopción de malas posturas en segundo y tercer lugar.

En cuanto a la longitud entre una parte del cuerpo y su contralateral, los resultados arrojaron simetría en casi todo los casos: esto pudo apreciarse en la simetría de miembros inferiores y pies. Se registraron asimetrías significativas de longitud en hemitroncos, en los espacios entre el tronco y los miembros superiores; y el espacio conformado entre los miembros inferiores.

Se considera que la segunda técnica de datos utilizada, la encuesta auto administrada, emanó datos significativos e interesantes acerca de algunas cuestiones relacionadas con la percepción del propio cuerpo y valor otorgado a la postura por parte de las unidades de análisis.

Ninguno de los encuestados expresó poseer siempre una “postura correcta”, mientras que el 47,62% opinó que raramente la adopta. Además, tan solo el 19,05% sostuvo que siempre percibe a su cuerpo funcionando como una unidad, lo que podría interpretarse, según la visión que propone la Educación Postural Activa, como una concepción fragmentada de su propio cuerpo.

Por otro lado, el 76,19% indicó considerarse siempre o la mayoría de las veces como protagonista del cuidado de su propio cuerpo y salud. Sin embargo, más de la mitad de la muestra, el 52,38%, no dedica tiempo a la percepción del propio cuerpo o solo lo hace raras veces. Los aspectos de percepción del propio cuerpo, donde la población refirió centrar mayor atención fue en aquellas zonas que generan dolor o malestar.

Considerando la estrecha relación existente entre nuestro futuro rol, la postura y las actividades de la vida diaria, se propuso indagar la concepción acerca de esta relación en los alumnos estudiados. El valor otorgado a la postura para el desarrollo de las actividades cotidianas resultó ser alto (80,95%), sin embargo al llevar a cabo las mismas la mayoría manifestó raramente o solo a veces analizar y modificar su postura de ser necesario. Así mismo, toda la población catalogó de “muy importante” la postura para el futuro desempeño del rol profesional.

Finalizando el análisis de los datos recogidos, dos cuestiones requieren ser destacadas. Por un lado, podría inferirse que existe cierta divergencia entre los conceptos teóricos y la práctica. Se deduce que la población estudiada mostró tener conocimientos teóricos en relación a la importancia e implicancia de la postura en todos los aspectos; pero que, sin embargo, llevarlo a la práctica no es tarea frecuente.

Por otro lado, cabe destacar la discrepancia registrada entre las técnicas de recolección de datos utilizadas, donde la percepción de alineación, simetría y curvaturas de la columna resultó ser mayor que lo observado.

Realizar el presente trabajo implicó tanto en lo pre-profesional como en lo personal, un gran crecimiento. Al iniciar la investigación la propuesta consistió en realizar un análisis descriptivo de las características y percepción de la postura de la población estudiada. Finalizando este recorrido se comprende que no basta con limitarnos a lo meramente observable; el cuerpo se encuentra atravesado por un sinnúmero de variables que influyen y condicionan su equilibrio y armonía. Se comprende también que la clave para este equilibrio y armonía no depende necesariamente de un

cuerpo alineado y simétrico; sino que va más allá de esto. Implica habitarlo, conocerlo, hacerse cargo de él: percibirlo.

Aunque los resultados demuestren que esta no es una tarea sencilla, se adhiere a que autoconocimiento constituye un camino indispensable para que cada uno pueda apropiarse de su propio cuerpo. Y es que como futuros Terapistas Ocupacionales se cuenta con esta “herramienta” fundamental para poder vincularse y relacionarse con el otro.

Se eligió a los estudiantes como población para la investigación, porque se considera al ser humano como un ser plástico, que puede modificar lo que considere necesario para perfeccionar su hacer. Es así que mientras este proceso de introspección y autoconocimiento, que durará toda la vida, comience tempranamente beneficiará el futuro desempeño del rol profesional.

Bajo esta mirada, se piensa el rol tanto del Terapeuta Ocupacional como el del alumno como un agente de salud que ha de comprometerse desde la educación, y la promoción de la salud de las personas. Para que esto sea posible resulta imprescindible el conocimiento de nosotros mismo a partir de la percepción de nuestro cuerpo, su postura habitual, sus capacidades y posibilidades de uso y modificación.

Como propuesta, para concluir, se considera que resultaría positivo generar más espacios académicos, como es el caso del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa, en donde los alumnos tengan la posibilidad de vivenciar y trabajar sobre su propio cuerpo, desde los inicios de la carrera.

Se deja el camino abierto para futuras investigaciones que complementen y enriquezcan los trabajos realizados desde esta mirada que aporta la Educación Postural Activa, poniendo énfasis en abordajes más holísticos y globales que apunten a la totalidad del ser.

“Si yo no me miro a mí mismo, ¿Entonces quién?

Si solo me miro a mí mismo, ¿Quién soy?

Si no es ahora, ¿Cuándo?”

Erich Fromm

Bibliografía General



LIBROS

- Alarcón, E.; Atzimba, P.; Nuñez Bong, M.; *“Desarrollo de postura ante la educación en profesores de personal de salud”*; Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social; Julio- Agosto-2003; Vol. 41, Nº 4.
- Bertherat, Thérèse; Bernstein, Carol; *“El cuerpo tiene sus razones”*; Buenos Aires; Editorial Paidós; 2011.
- Burke. R; Rasch, P; *“Kinesiología y anatomía aplicada: la ciencia del movimientos humano”*; El Ateneo; 1973.
- Busquet, Léopold. *“Las cadenas musculares. Tomo I”*; 4º Ed.; España; Editorial Paidotribo, 2007.
- Campignon, Philippe; *“Cadenas musculares y articulares concepto G.D.S. Aspectos biomecánicos”*; 2º edición; Alicante; Lencina-Verdú Editores Independientes; 2008.
- Gardiner, M. Dena; *“Manual de Ejercicios de Rehabilitación: Cinesiterapia”*; 3º edición; Barcelona; Editorial Jims; 1980.
- Godelive Denys-Struyf; *“El manual del Mezierista”*; Barcelona; Editorial Paidotribo; 2004.
- Kendall, F.P.; Kendall Mc. Creary, E.; *“Músculos, pruebas, funciones”*; 2º edición española; Barcelona; Editorial Jims; 1985.
- Kendall, F.P; Kendall, Mc. Creary. E; *“Músculos: pruebas funciones y dolor postural”*; 4º edición; Barcelona; Editorial Marban; 2000.
- Kesselman, Susana. *“El pensamiento corporal: de la inteligencia emocional a la inteligencia sensorial”*. 1ª. Ed. Buenos Aires: Lumen, 2005
- Miller, P; *“Home Safety, The expanding role of O.T”*; O.T. Practice. AOTA. (2003). 8 (1).
- Miralles Marrero, R; *“Biomecánica clínica del aparato locomotor”*; España; Editorial Masson; 2000.

- Paganizzi, L; *“Actividad, lenguaje particular”*; Buenos Aires, Edición del Autor; 1997.
- Perea Quesada, Rogelia. *“Educación para la salud: reto de nuestro tiempo”*. España. Díaz de Santos, 2004.
- Rolf, Ida P.; *“Rolfing: Integración de las estructuras del cuerpo humano.”*; España; Editorial Urano; 1994.
- Romero, D.; *“Introducción al Método Feldenkrais: el arte de crear conciencia a través del movimiento”*; Buenos Aires; Editorial Lumen; 2003.
- Ruiz, Munuera A. et.al.; *“Educación Física”*; España; Editorial MAD; 2003.
- Spackman; Willard; *“Terapia Ocupacional”*; 11^º edición; Buenos Aires; Editorial Panamericana; 2011.
- Souchard, Philippe; *“Stretching Global Activo: de la perfección muscular a los resultados deportivos”*; Barcelona; Ed. Paidotribo; 2003.
- Vishnivetz, Berta; *“Eutonía. Educación del cuerpo hacia el ser”*; Buenos Aires; Editorial Paidós; 1994.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

- ADIFI RED. <http://www.adifi.com.ar/rpg_sga.html> [Consulta: Diciembre 2013]
- BUENA SIEMBRA RED. <<http://buenasiembra.com.ar/salud/terapias-alternativas/therese-bertherat-creadora-de-la-pedagogia-corporal-1213.html>> [Consulta: Marzo, 2014]
- De Biase; Tesy. *“Antigimnasia: una herramienta que libera el cuerpo de tensiones”*. 30 de julio de 2006. [en línea]. La Nación en Internet. <<http://www.lanacion.com.ar/827405-antigimnasia-una-herramienta-que-libera-el-cuerpo-de-tensiones>> [Consulta: Noviembre,2013]

- Gilbello, Raúl. *“Los cinco principios del Stretching Global Activo”*. [en línea] <<http://www.serfuncional.com/2012/03/20/los-5-principios-del-stretching-global-activo-i/>> [Consulta: Febrero, 2014]
- Liaskowsky, Roberto. *“¿Qué es el Método Feldenkrais?”* <<http://robertoliaskowsky.blogspot.com.ar/>> [Consulta: Febrero, 2014]
- Porro, Sandra. *“Educación Postural Activa/Terapia Ocupacional”* [En línea] <<http://www.clinicasdesalud.blogspot.com.ar/>> [Consulta: Noviembre, 2013]
- RPG LATINOAMÉRICA RED. <<http://rpgl.org/>> [Consulta: Enero, 2014]

ANEXOS



ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Somos alumnas avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos realizando una investigación para obtener el título profesional. La Directora de nuestra Tesis es la licenciada Sandra Porro.

El objetivo del trabajo es conocer las características posturales y la conciencia postural que poseen los estudiantes que se encuentran cursando el seminario de "Introducción a la Educación Postural Activa" durante el segundo cuatrimestre del año 2014.

Si acepta participar de esta investigación, su colaboración constará de una observación estructurada de su postura en posición bípeda y un cuestionario auto administrado donde responderá una serie de preguntas relacionadas con su postura. Su participación será un aporte importante para nuestro estudio.

Su identidad será mantenida en el anonimato. Y toda información o datos que pudieran identificarlo serán manejados confidencialmente por las autoras de esta investigación, directora, visado, control y procesamiento de los datos por la asignatura Taller de Trabajo Final y el jurado designado para evaluar este trabajo final tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificarlo directa o indirectamente, incluyendo esta hoja de consentimiento.

Los resultados obtenidos serán presentados en nuestra tesis de grado y estarán a su disposición si así lo desea, o de la manera que usted lo desee.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

FECHA:

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN!

ANEXO II: TEST DE OBSERVACION ESTRUCTURADA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA POSTURA

Nº de test: _____

Fecha: _____

TEST A ESTUDIANTES AVANZADOS DE LA LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL ACERCA DE SUS CARACTERÍSTICAS POSTURALES DURANTE EL SEGUNDO CUATRIMESTRE DEL 2014

Posición del alumno: Bípeda. Posición natural (pies unidos, los miembros superiores deben estar relajados al costado del cuerpo).

Posición del examinador: Bípeda. A una distancia de 1.50m aproximadamente del alumno.

TEST DE CARACTERÍSTICAS POSTURALES

Marcar con una cruz aquellas características que se encuentren presentes en el alumno.

VISTA ANTERIOR

Alineación:

Cabeza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alineada respecto al eje medio sagital ▪ Inclined hacia la izquierda ▪ Inclined hacia la derecha 	_____ _____ _____
Clavículas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alineadas una respecto a la otra ▪ Elevación clavícula izquierda/ Depresión clavícula derecha ▪ Elevación clavícula derecha/ Depresión clavícula izquierda 	_____ _____ _____
Articulación gleno- humeral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alineados uno respecto al otro ▪ Elevación hombro izquierdo/ Depresión hombro derecho ▪ Elevación hombro derecho/ Depresión hombro izquierdo ▪ Rotación neutra de hombro izquierdo ▪ Rotación neutra de hombro derecho ▪ Rotación interna de hombro izquierdo 	_____ _____ _____ _____ _____ _____

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotación interna de hombro derecho ▪ Rotación externa de hombro izquierdo ▪ Rotación externa de hombro derecho 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Codo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pliegue de codo hacia medial ▪ Pliegue de codo hacia posterior ▪ Pliegue de codo hacia anterior 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Mano	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dorso de mano hacia afuera, dedo medio en la línea media de la pierna ▪ Dorso de la mano hacia anterior ▪ Dorso de la mano hacia posterior 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Espinas ilíacas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alineadas en la misma línea horizontal ▪ Elevación espina iliaca izquierda/ Depresión espina iliaca derecha ▪ Elevación espina iliaca derecha Depresión espina iliaca izquierda 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Articulación coxo femoral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotación neutra de cadera izquierda ▪ Rotación neutra de cadera derecha ▪ Rotación interna de cadera izquierda ▪ Rotación interna de cadera derecha ▪ Rotación externa de cadera izquierda ▪ Rotación externa de cadera derecho 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Rodillas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotulas izquierda centrada anteriormente ▪ Rotula derecha centrada anteriormente ▪ Juntas ▪ Separadas ▪ Rotación interna de rotula izquierda ▪ Rotación interna de rotula derecha ▪ Rotación externa de rotula izquierda ▪ Rotación externa de rotula derecha 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Tobillos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maléolos alineados al mismo nivel ▪ Maléolo izquierdo superior a maléolo derecho/Maléolo derecho inferior a maléolo 	<p>_____</p> <p>_____</p>

	<ul style="list-style-type: none"> izquierdo ▪ Maléolo derecho superior a maléolo izquierdo /Maléolo izquierdo inferior a maléolo derecho ▪ Se tocan ▪ Se chocan ▪ No se tocan 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Pies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pie izquierdo alineados respecto al eje medio sagital de la pierna ▪ Pie derecho alineados respecto al eje medio sagital de la pierna ▪ Abducción pie izquierdo ▪ Abducción pie derecho ▪ Aducción pie izquierdo ▪ Aducción pie derecho 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Simetría:

Tronco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemi-troncos simétricos ▪ Hemi-tronco izquierdo de menor longitud/ hemi-tronco derecho de mayor longitud ▪ Hemi-tronco derecho de menor longitud/ hemi-tronco izquierdo de mayor longitud 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Miembros Inferiores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simétricos ▪ MI izquierdo de menor longitud/ MI derecho de mayor longitud ▪ MI derecho de menor longitud/ MI izquierdo de mayor longitud 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Pies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simétricos ▪ Pie izquierdo de menor longitud/ Pie derecho de mayor longitud ▪ Pie derecho de menor longitud/ Pie izquierdo de mayor longitud 	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Espacio entre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simétricos 	<p>_____</p>

MMSS y tronco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No simétricos 	_____
Espacio entre MMII	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simétricos ▪ No simétricos 	_____ _____

VISTA POSTERIOR

Alineación:

Escápulas	Alineadas una respecto a la otra Elevación escapula izquierda/ Depresión escápula derecha Elevación escapula derecha/ Depresión escápula izquierda	_____ _____ _____
-----------	--	-------------------------

VISTA LATERAL

Alineación:

Mentón	Alineado respecto al eje medio coronal de la articulación occipitoatloidea Elevado Descendido	_____ _____ _____
Articulación gleno-humeral	Proyección neutra hombro izquierdo Proyección neutra hombro derecho Proyección anterior hombro izquierdo Proyección anterior hombro derecho Proyección posterior hombro izquierdo Proyección posterior hombro derecho	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Pelvis	Centrada Anteroversión de pelvis Retroversión de pelvis	_____ _____ _____
Rodillas	Hiperextensión	_____

Curvaturas de la columna:

Región cervical	<ul style="list-style-type: none">▪ Curvatura equilibrada▪ Cifosis▪ Lordosis acentuada	_____ _____ _____
Región dorsal	<ul style="list-style-type: none">▪ Curvatura equilibrada▪ Cifosis acentuada▪ Lordosis	_____ _____ _____
Región lumbar	<ul style="list-style-type: none">▪ Curvatura equilibrada▪ Cifosis▪ Lordosis acentuada	_____ _____ _____
Región sacrococcigea	<ul style="list-style-type: none">▪ Curvatura equilibrada▪ Cifosis acentuada▪ Lordosis	_____ _____ _____

ANEXO III: CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

Nº de encuesta: _____ Fecha: _____

ENCUESTA A ESTUDIANTES AVANZADOS DE LA LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL ACERCA DE SUS CARACTERÍSTICAS Y CONCIENCIA POSTURALES DURANTE EL SEGUNDO CUATRIMESTRE DEL 2014

La siguiente encuesta se propone dentro del marco de la asignatura "Taller de Trabajo Final" de la Licenciatura de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Tiene por objetivo obtener información acerca de las características posturales que presentan los estudiantes que cursan el seminario de Educación Postural Activa de la Lic. en Terapia Ocupacional. Su participación es absolutamente voluntaria. La información será tratada de modo confidencial y con fines de investigación.

Edad:.....

Sexo:.....

Ocupación:.....

Patología/s con diagnósticos médico que interfieran en su postura: (escoliosis, hernias, etc):

.....

Lateralidad:.....

1. ¿Cree usted que tiene una postura "correcta"?

- a. Sí, siempre
- b. Sí, la mayoría de las veces
- c. Sí, en algunas posiciones
- d. Raramente
- e. Nunca

2. Percibe que su cuerpo funciona como una unidad:

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. A veces
- d. Raras veces
- e. Nunca

3. Generalmente, ¿En qué parte del cuerpo siente contracturas, tensión y/o dolor? Puede marcar más de una opción:

- a. Cabeza y cuello

- b. Hombro
- c. Codo
- d. Brazo/ Antebrazo
- e. Muñeca
- f. Mano/dedos
- g. Región cervical
- h. Región dorsal
- i. Región lumbar
- j. Caderas
- k. Piernas
- l. Rodillas
- m. Pies
- n. Otras partes del cuerpo:
- o. Ninguna

4. ¿Cuáles cree que pueden ser las causas de su contractura, tensión y/o dolor?

Puede marcar más de una opción:

- a. Malas posiciones/posturas
- b. Falta de ejercicios
- c. Falta de descanso
- d. Malos hábitos
- e. Causas afectivas, emocionales

5. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de la cabeza respecto al eje medio sagital?

- a. Alineada respecto al eje medio sagital
- b. Inclineda hacia la izquierda
- c. Inclineda hacia la derecha

6. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición del mentón respecto al eje medio coronal?

- a. Alineada respecto al eje medio coronal
- b. Elevado
- c. Descendido

7. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de las clavículas una respecto a la otra?

- a. Alineadas al mismo nivel
- b. Elevación de clavícula izquierda/ depresión de clavícula derecha
- c. Elevación de clavícula derecha/ depresión de clavícula izquierda

8. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de las escapulas una respecto a la otra?

- a. Alineadas al mismo nivel
 - b. Elevación de escápula izquierda/ depresión de escapula derecha
 - c. Elevación de escapula derecha/ depresión de escapula izquierda
- 9. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de los hombros uno respecto del otro? Puede marcar más de una opción.**
- a. Alineados entre si
 - b. Elevación de hombro izquierdo/depresión de hombro derecho
 - c. Elevación de hombro derecho/depresión de hombro izquierdo
- 10. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de las espinas iliacas una respecto de la otra?**
- a. Alineadas entre si
 - b. Elevación espina iliaca izquierda/depresión espina iliaca derecha
 - c. Elevación espina iliaca derecha/depresión espina iliaca izquierda
- 11. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de la pelvis respecto al eje medio coronal?**
- a. Centrada respecto al eje medio coronal
 - b. Anteroversión de pelvis
 - c. Retroversión de pelvis
- 12. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de las rodillas entre sí?**
- a. Rotulas centradas
 - b. Rodillas juntas
 - c. Rodillas separadas
 - d. Hiperextensión de rodillas
- 13. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de los tobillos entre sí?**
- a. Se tocan los tobillos
 - b. Se chocan los tobillos
 - c. No se tocan los tobillos
- 14. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la posición de los pies respecto al eje medio de la pierna? Puede marcar más de una opción:**
- a. Pie izquierdo alineado respecto al eje medio sagital de la pierna
 - b. Pie derecho alineado respecto al eje medio sagital de la pierna
 - c. Abducción de pie izquierdo
 - d. Abducción de pie derecho
 - e. Aducción de pie izquierdo

f. Aducción de pie derecho

15. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la longitud de un hemi-tronco con respecto al otro?

- a. Hemi-troncos simétricos en longitud
- b. Hemi-tronco izquierdo de menor longitud/ Hemi-tronco derecho de mayor longitud
- c. Hemi-tronco derecho de menor longitud/ Hemi-tronco izquierdo de mayor longitud

16. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la longitud de un miembro inferior con respecto al otro?

- a. Miembros inferiores simétricos
- b. Miembro inferior izquierdo de menor longitud/ Miembro inferior derecho de mayor longitud
- c. Miembro inferior derecho de menor longitud/ Miembro inferior izquierdo de mayor longitud

17. Cuando se encuentra en posición bípeda ¿Cómo percibe la longitud de un pie con respecto al otro?

- a. Pies simétricos
- b. Pie izquierdo de menor longitud/ pie derecho de mayor longitud
- c. Pie derecho de menor longitud/ pie izquierdo de mayor longitud

18. Estando en posición bípeda ¿Cómo percibe la curvatura de su columna cervical?

- a. Curvatura equilibrada
- b. Lordosis acentuada
- c. Cifosis

19. Estando en posición bípeda ¿Cómo percibe la curvatura de su columna dorsal?

- a. Curvatura equilibrada
- b. Lordosis
- c. Cifosis acentuada

20. Estando en posición bípeda ¿Cómo percibe la curvatura de su columna lumbar?

- a. Curvatura equilibrada
- b. Lordosis acentuada
- c. Cifosis

21. Estando en posición bípeda ¿Cómo percibe la curvatura de su columna sacro coccígea?

- a. Curvatura equilibrada
- b. Lordosis
- c. Cifosis acentuada

22. Generalmente, ¿Cómo percibe su musculatura?

- a. Acortada/ contracturada
- b. En su longitud "adecuada"
- c. Flexible

23. En algún momento del día ¿se toma un tiempo para sentir cómo se encuentra su cuerpo?

- a. Sí
- b. Raras veces
- c. No

24. Si lo hace, ¿En qué aspectos centra su atención?

- a. En todo el cuerpo
- b. Aquellas zonas que le generan placer
- c. Aquellas zonas que le generan dolor/malestar
- d. En ninguna parte del cuerpo

25. ¿Se considera a usted mismo como protagonista del cuidado de su propio cuerpo y salud?

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. En algunas ocasiones
- d. Nunca

26. ¿Cree que su postura interviene en las actividades de la vida diaria?

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. A veces
- d. Raramente
- e. Nunca

27. Durante las actividades ¿Analiza la postura adoptada y la modifica de ser necesario?

- a. Siempre
- b. La mayoría de las veces
- c. A veces
- d. Raramente

e. Nunca

28. ¿Cuán importante considera la postura para el futuro desempeño como Terapeuta Ocupacional?

- a. Muy importante
- b. Importante
- c. Mediamente importante
- d. Poco importante
- e. No es relevante

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

TU RESPUESTA ES MUY VALIOSA PARA NUESTRO TRABAJO!

ANEXO IV: TABLAS

PRESENTACIÓN DE LA MUESTRA

TABLA Nº 1: Edad en años de las personas que participan del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20	0	0,%
21	0	0%
22	4	19,05%
23	4	19,05%
24	4	19,05%
25	1	4,76%
26	4	19,05%
27	1	4,76%
28	2	9,52%
29	0	0%
30	0	0%
31	1	4,76%
TOTAL	21	100

TABLA Nº 2: Sexo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

SEXO	Nº	PORCENTAJE
Masculino	0	0%
Femenino	21	100%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 3: Ocupación de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

OCUPACIÓN	Nº	PORCENTAJE
Solo estudiante	10	52,40%
Estudiante y acompañante terapéutico	5	23,80%
Estudiante y niñera	2	9,50%
Estudiante y orientadora de taller	4	14,30%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 4: presencia de patologías que afecten la postura de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Patología	Nº	PORCENTAJE
Sin patologías	16	66,67%
Escoliosis	4	16,67%
Lumbalgia	1	4,17%
Hernia de Disco	1	4,17%
Rectificación Cervical	2	8,33%
TOTAL	24	100%

TABLA Nº 5: Lateralidad de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Lateralidad	Nº	PORCENTAJE
Diestra	16	76,19%
Zurda	3	14,29%
No contesta	2	9,52%
TOTAL	21	100%

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA REALIZADA ACERCA DE SUS CARACTERÍSTICAS POSTURALES DE LOS ESTUDIANTES

TABLA Nº 6: Alineación de la cabeza respecto al eje medio sagital del cuerpo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de la cabeza	Nº	PORCENTAJE
Alineada respecto al eje medio sagital	14	66,67%
Inclinada hacia la izquierda	2	9,52%
inclinada hacia la derecha	5	23,81%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 7: Alineación del mentón respecto al eje medio coronal de la articulación occipitotloidea de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación del mentón	Nº	PORCENTAJE
Alineado	16	76,19%
Descendido	3	14,29%
Elevado	2	9,52%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 8: Alineación de las clavículas una respecto de la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de las clavículas	Nº	PORCENTAJE
Alineadas entre sí	6	28,57%
Elevación clavícula izquierda/ Depresión clavícula derecha	8	38,10%
Elevación clavícula derecha/ Depresión clavícula izquierda	7	33,33%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 9: Alineación de las escápulas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de las escápulas	Nº	PORCENTAJE
Alineadas	6	28,57%
Elevación escápula izquierda/ Depresión escápula derecha	8	38,10%
Elevación escápula derecha/ Depresión escápula izquierda	7	33,33%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 10: Alineación de la articulación glenohumeral una respecto de la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de articulación glenohumeral	Nº	PORCENTAJE
Alineadas	6	28,57%
Elevación hombro izquierdo/ Depresión hombro derecho	8	38,10%
Elevación hombro derecho/ Depresión hombro izquierdo	7	33,33%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº11: Rotación de la articulación glenohumeral izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Rotación de la articulación glenohumeral izquierda	Nº	PORCENTAJE
Rotación neutra	20	95,24%
Rotación interna	1	4,76%

Rotación externa	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº12: Rotación de la articulación glenohumeral derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Rotación de la articulación glenohumeral derecha	Nº	PORCENTAJE
Rotación neutra	21	100%
Rotación interna	0	0%
Rotación externa	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº13: Proyección de la cintura escapular izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Proyección de la cintura escapular izquierda	Nº	PORCENTAJE
Proyección neutra	12	57,14%
Proyección anterior	9	42,86%
Proyección posterior	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº14: Proyección de la cintura escapular derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Proyección de la cintura escapular derecha	Nº	PORCENTAJE
Proyección neutra	12	57,14%
Proyección anterior	9	42,86%
Proyección posterior	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº15: Orientación del codo en el espacio de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Orientación del pliegue de codo	Nº	PORCENTAJE
Pliegue hacia anterior	21	100%
Pliegue hacia medio	0	0%
Pliegue hacia posterior	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº16: Alineación de la mano de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de la mano	Nº	PORCENTAJE
Dorso de la mano hacia anterior	14	66,67%
Dorso de la mano hacia afuera	7	33,33%
Dorso de la mano hacia posterior	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº17: Alineación de espinas ilíacas de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de espinas ilíacas	Nº	PORCENTAJE
Alineadas	19	90,48%
Elevación espina ilíaca izquierda/ depresión espina ilíaca derecha	1	4,76%
Elevación espina ilíaca derecha/ depresión espina ilíaca izquierda	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº18: Alineación de la pelvis de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de la pelvis	Nº	PORCENTAJE
Centrada	12	57,14%
Anteroversión	8	38,10%
Retroversión	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº19: Rotación de la articulación coxofemoral izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Rotación de la articulación coxofemoral izquierda	Nº	PORCENTAJE
Rotación neutra	19	90,48%
Rotación interna	2	9,52%
Rotación externa	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 20: Rotación de la articulación coxofemoral derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Rotación de la articulación coxofemoral derecha	Nº	PORCENTAJE
Rotación Neutra	19	90,48%

Rotación Interna	2	9,52%
Rotación Externa	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 21: Alineación de la rodilla izquierda de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de la Rodilla Izquierda	Nº	PORCENTAJE
Rótula Centrada	13	61,90%
Rotación Interna	8	38,10%
Rotación Externa	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 22: Alineación de la rodilla derecha de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de la Rodilla Derecha	Nº	PORCENTAJE
Rótula Centrada	9	42,86%
Rotación Interna	10	47,62%
Rotación Externa	2	9,52%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº23: Relación de las rodillas entre sí de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Relación de las Rodillas entre sí	Nº	PORCENTAJE
Rodillas Juntas	6	28,57%
Rodillas Separadas	15	71,43%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº24: Presencia de hiperextensión de rodillas de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Hiperextensión de Rodillas	Nº	PORCENTAJE
Presencia de hiperextensión de rodillas	2	9,52%
Sin presencia de hiperextensión de rodillas	19	90,48%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº25: Alineación de los tobillos uno respecto del otro de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación de los Tobillos	Nº	PORCENTAJE
Alineados	16	76,19%
Maléolo externo Izquierdo superior a Maléolo externo Derecho	1	4,76%
Maléolo externo Derecho superior a Maléolo externo Izquierdo	4	19,05%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº26: Relación de los tobillos entre sí de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Relación de los Tobillos entre sí	Nº	PORCENTAJE
Se tocan	9	42,86%
Se chocan	2	9,52%
No se tocan	10	47,62%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº27: Alineación del pie izquierdo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación Pie izquierdo	Nº	PORCENTAJE
Alineado	17	80,95%
Abducido	3	14,29%
Aducido	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº28: Alineación del pie derecho de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Alineación del pie derecho	Nº	PORCENTAJE
Alineado	17	80,95%
Abducción	4	19,05%
Aducción	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº29: Longitud de tronco de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Longitud de Hemitroncos	Nº	PORCENTAJE
Hemitroncos Simétricos	10	47,62%
Hemitronco derecho de menor longitud que hemitronco izquierdo	6	28,57%

Hemitronco izquierdo de menor longitud que hemitronco derecho	5	23,81%
TOTAL	21	100%

TABLA N°30: Longitud de miembros inferiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Longitud de Miembros Inferiores	Nº	PORCENTAJE
Simétricos	20	95,24%
Miembro inferior derecho de menor longitud que el miembro inferior izquierdo	0	0%
Miembro inferior izquierdo de menor longitud que el miembro inferior derecho	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA N°31: Longitud de los pies uno en relación con el otro de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Longitud de Pies	Nº	PORCENTAJE
Simétricos	17	80,95%
Pie derecho menor longitud que el pie izquierdo	2	9,52%
Pie izquierdo menor longitud que el pie derecho	2	9,52%
TOTAL	21	100%

TABLA N°32: Relación entre los bordes internos de los pies de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Relación de los bordes internos de los pies	Nº	PORCENTAJE
Bordes unidos desde el talón hasta el hallux	12	57,14%
Bordes no unidos desde el talón hasta el hallux	9	42,86%
TOTAL	21	100%

TABLA N°33: Relación de los espacios formados entre el tronco y los miembros superiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Relación de espacios formados entre Tronco y MMSS	Nº	PORCENTAJE
Espacios Simétricos	7	33,33%
Espacios No Simétricos	14	66,67%
TOTAL	21	100%

TABLA N°34: Relación del espacio formado entre los miembros inferiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Relación del espacio formado entre los MMII	Nº	PORCENTAJE
Espacios Simétricos	1	4,76%
Espacios No Simétricos	20	95,24%
TOTAL	21	100%

TABLA N° 35: Curvatura de la columna cervical de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Curvatura de la Columna Cervical	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	12	57,14%
Lordosis Acentuada	3	14,29%
Cifosis	6	28,57%
TOTAL	21	100%

TABLA N°36: Curvatura de la columna dorsal de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Curvatura de la Columna Dorsal	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	17	80,95%
Cifosis Acentuada	4	19,05%
Lordosis	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA N°37: Curvatura de la columna lumbar de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Curvatura de la Columna Lumbar	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	11	52,38%
Lordosis Acentuada	10	47,62%
Cifosis	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA N°38: Curvatura de la columna sacrococcígea de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Curvatura de la Columna Sacrococcígea	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	13	61,90%
Cifosis Acentuada	7	33,33%

Lordosis	1	4,76%
TOTAL	21	100%

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA AUTOADMINISTRADA A LOS ESTUDIANTES ACERCA DE SUS CARACTERÍSTICAS POSTURALES Y CONCIENCIA POSTURAL

TABLA Nº 39: Opinión respecto a la frecuencia de adopción de postura correcta de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Frecuencia de Adopción de Postura Correcta	Nº	PORCENTAJE
Siempre	0	0%
La mayoría de las veces	3	14,29%
En algunas posiciones	5	23,81%
Raramente	10	47,62%
Nunca	3	14,29%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 40: Percepción del funcionamiento del cuerpo como una unidad de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Percepción del Cuerpo como Unidad	Nº	PORCENTAJE
Siempre	4	19,05%
La mayoría de las veces	7	33,33%
A veces	9	42,86%
Raras Veces	1	4,76%
Nunca	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 41: Localización en el cuerpo de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Región del cuerpo	Nº	PORCENTAJE
Cabeza y Cuello	12	18,46%
Hombros	8	12,31%
Codos	0	0%

Brazo y antebrazo	1	1,54%
Muñeca	2	3,08%
Manos y dedos	3	4,62%
región Cervical	13	20,00%
Región Dorsal	5	7,69%
Región Lumbar	13	20,00%
Caderas	2	3,08%
Piernas	3	4,62%
Rodillas	1	1,54%
Pies	2	3,08%
TOTAL	65	100%

TABLA Nº 42: Opiniones respecto a las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Causas	Nº	PORCENTAJE
Mala postura	10	20,41%
Falta de ejercicios	13	26,53%
Falta de descanso	3	6,12%
Malos hábitos	6	12,24%
Causas afectivas	17	34,69%
TOTAL	49	100%

TABLA Nº 43: Percepción de la posición de la cabeza de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Posición de la Cabeza	Nº	PORCENTAJE
Alineada	17	80,95%
Inclinada hacia la izquierda	1	4,76%
Inclinada hacia la derecha	3	14,29%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 44: Percepción de la posición del mentón con respecto al eje medio coronal de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Posición del Mentón	Nº	PORCENTAJE
Alineado	5	23,81%
Elevado	4	19,05%
Descendido	12	57,14%

TOTAL	21	100%
-------	----	------

TABLA Nº 45: *Percepción de la posición de las clavículas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de las Clavículas	Nº	PORCENTAJE
Alineadas entre sí	16	76,19%
Elevación de clavícula izquierda/depresión de clavícula derecha	5	23,81%
Elevación de clavícula derecha/depresión de clavícula izquierda	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 46: *Percepción de la posición de las escápulas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de las Escápulas	Nº	PORCENTAJE
Alineadas	15	71,43%
Elevación escápula izquierda/depresión escápula derecha	5	23,81%
Elevación escápula derecha/depresión escápula izquierda	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 47: *Percepción de la posición de los hombros uno respecto al otro de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de los Hombros	Nº	PORCENTAJE
Alineados	13	61,90%
Elevación hombro izquierdo/depresión hombro derecho	4	19,05%
Elevación hombro derecho/depresión hombro izquierdo	4	19,05%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 48: *Percepción de la posición de las espinas ilíacas una respecto al otro de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de las Espinas Ilíacas	Nº	PORCENTAJE
Alineadas	15	71,43%
Elevación espina ilíaca izquierda/depresión espina ilíaca derecha	4	19,05%
Elevación espina ilíaca derecha/depresión espina ilíaca izquierda	2	9,52%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 49: *Percepción de la posición de la pelvis respecto al eje medio coronal correspondiente de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de la Pelvis	Nº	PORCENTAJE
Centrada	10	47,62%
En antroversión	5	23,81%
En retroversión	6	28,57%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 50: *Percepción de la posición de las rodillas de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de las Rodillas	Nº	PORCENTAJE
Rótulas Centradas	8	34,78%
Rodillas Juntas	4	17,39%
Rodillas Separadas	7	30,43%
Hiperextensión de Rodillas	4	17,39%
TOTAL	23	100%

TABLA Nº 51: *Percepción de la posición de los tobillos de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de los Tobillos	Nº	PORCENTAJE
No se tocan	16	76,19%
Se tocan	4	19,05%
Se chocan	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 52: *Percepción de la posición de los pies de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Posición de los Pies	Nº	PORCENTAJE
Alineados	14	56,00%
Abducción pie izquierdo	4	16,00%
Abducción pie derecho	3	12,00%
Aducción pie izquierdo	1	4,00%
Aducción pie derecho	2	8,00%
No responde	1	4,00%
TOTAL	25	100%

TABLAS Nº 53: *Percepción de la longitud de hemi-troncos, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Percepción de la Longitud de Hemi-troncos	Nº	PORCENTAJE
Hemi-troncos simétricos	18	85,71%
Hemi-tronco izquierdo menor longitud que hemi-tronco derecho	2	9,52%
Hemi-tronco derecho menor longitud que hemi-tronco izquierdo	1	4,76%
TOTAL	23	100%

TABLA Nº 54: *Percepción de la longitud de miembros inferiores, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Percepción de la Longitud de MMII	Nº	PORCENTAJE
Miembros inferiores simétricos	18	85,71%
MI izquierdo de menor longitud/MI derecho de mayor longitud	2	9,52%
MI derecho de menor longitud/MI izquierdo de mayor longitud	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 55: *Percepción de la longitud de los pies, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Percepción de la Longitud de Pies	Nº	PORCENTAJE
Pies simétricos	19	90,48%
Pie derecho menor longitud con respecto a pie izquierdo	2	9,52%
Pie izquierdo menor longitud con respecto a pie derecho	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 56: *Percepción de la curvatura de la columna cervical, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Curvatura de la Columna Cervical	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	11	52,38%
Lordosis Acentuada	2	9,52%
Cifosis	7	33,33%
No contesta	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 57: *Percepción de la curvatura de la columna dorsal, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Curvatura de la Columna Dorsal	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	13	61,90%
Cifosis acentuada	6	28,57%
Lordosis	2	9,52%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 58: *Percepción de la curvatura de la columna lumbar, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Curvatura de la Columna Lumbar	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	13	61,90%
Lordosis Acentuada	8	38,10%
Cifosis	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 59: *Percepción de la curvatura de la columna sacro coccígea, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Curvatura de la Columna Sacro coccígea	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	17	80,95%
Cifosis acentuada	1	4,76%
Lordosis	3	14,29%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 60: *Percepción de la musculatura de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Percepción de la Musculatura	Nº	PORCENTAJE
En su longitud Adecuada	3	14,29%
Flexible	2	9,52%
Acortada/contracturada	16	76,19%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 61: *Dedicación a la percepción del propio cuerpo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.*

Dedicación a la Percepción del Propio Cuerpo	Nº	PORCENTAJE
--	----	------------

Si	10	47,62%
Raras veces	10	47,62%
No	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 62: Aspectos de percepción del propio cuerpo de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Aspectos de Percepción del Propio Cuerpo	Nº	PORCENTAJE
Todo el cuerpo	9	40,91%
Zonas de placer	2	9,09%
Zonas de dolor/malestar	10	45,45%
Ninguna parte	1	4,55%
TOTAL	22	100%

TABLA Nº 63: Frecuencia de percepción de sí mismo como protagonista del cuidado de su propio cuerpo y salud de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Frecuencia de percepción de sí mismo como protagonista del cuidado de su propio cuerpo y salud	n	PORCENTAJE
Siempre	6	28,57%
La mayoría de las veces	10	47,62%
En algunas ocasiones	5	23,81%
Nunca	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 64: Opinión respecto a la frecuencia de intervención de la postura en las AVD de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Opinión respecto de que la postura interviene en las actividades de la vida diaria	Nº	PORCENTAJE
Siempre	17	80,95%
La mayoría de las veces	3	14,29%
A veces	1	4,76%
Raramente	0	0%
Nunca	0	0%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 65: Análisis y modificación de la postura durante las actividades de la vida diaria de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la

Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Análisis y modificación de la postura durante las actividades de la vida diaria	Nº	PORCENTAJE
Siempre	1	4,76%
La mayoría de las veces	4	19,05%
A veces	12	57,14%
Raramente	3	14,29%
Nunca	1	4,76%
TOTAL	21	100%

TABLA Nº 66: Opinión respecto a la importancia de la postura durante el desempeño del rol del terapeuta ocupacional de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014.

Opinión respecto a la importancia de la postura durante el desempeño del rol del TO	Nº	PORCENTAJE
Muy importante	21	100%
Importante	0	0%
Medianamente importante	0	0%
Poco importante	0	0%
No es relevante	0	0%
TOTAL	21	100%

RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LA OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA Y LA ENCUESTA AUTOADMINISTRADA

TABLA Nº 67: Posición de la cabeza respecto al eje medio sagital de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

Posición de cabeza	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Alineada	14	66,67%	17	80,95%
Inclinada hacia la izquierda	2	9,52%	1	4,76%
Inclinada hacia la derecha	5	23,81%	3	14,29%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 68: Posición del mentón respecto al eje medio coronal de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

Posición de mentón	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Alineada	16	76,19%	5	23,81%
Elevada	3	14,29%	12	57,14%
Descendido	2	9,52%	4	19,05%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 69: Posición de las clavículas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

Posición de clavículas	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Alineada	6	28,57%	16	76,19%
Elevación clavícula izquierda/Depresión clavícula derecha	8	38,10%	5	23,81%
Elevación clavícula derecha/ Depresión clavícula izquierda	7	33,33%	0	0%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 70: Posición de las escápulas una respecto a la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

Posición de escápulas	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Alineada	6	28,57%	15	71,43%
Elevación escápula izquierda/Depresión escápula derecha	8	38,10%	5	23,81%
Elevación escápula derecha/ Depresión escápula izquierda	7	33,33%	1	4,76%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 71: Alineación de la articulación glenohumeral una respecto de la otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la

Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

Posición de articulación glenohumeral	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Alineada	6	28,57%	13	61,90%
Elevación hombro izquierda/Depresión hombro derecha	8	38,10%	4	19,05%
Elevación hombro derecha/ Depresión hombro izquierda	7	33,33%	4	19,05%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 72: Alineación de las espinas ilíacas otra de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según la técnica de recolección de datos utilizada.

Posición de espinas ilíacas	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Alineada	19	90,48%	15	71,43%
Elevación espina ilíaca izquierda/Depresión espina ilíaca derecha	1	4,76%	4	19,05%
Elevación espina ilíaca derecha/ Depresión espina ilíaca izquierda	1	4,76%	2	9,52%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 73: Posición de la pelvis de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

Posición de pelvis	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Centrada	12	57,14%	10	47,62%
En anteroversión	8	38,10%	5	23,81%
En retroversión	1	4,76%	6	28,57%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 74: Posición de los tobillos de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad

Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

Posición de tobillos	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Se tocan	9	42,86%	4	19,05%
No se tocan	10	47,62%	16	76,19%
Se chocan	2	9,52%	1	4,76%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 75: Simetría en relación a la longitud de hemitroncos, uno respecto al otro, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

Simetría en longitud de hemitroncos	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Hemitroncos simétricos	10	47,62%	18	85,71%
Hemitronco derecho de menor longitud respecto al izquierdo	6	28,57%	2	9,52%
Hemitronco izquierdo de menor longitud respecto al derecho	5	23,81%	1	4,76%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 76: Longitud de miembros inferiores de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

Simetría en longitud de miembros inferiores	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Simétricos	20	95,24%	18	85,71%
Miembro inferior derecho de menor longitud respecto al izquierdo	0	0,00%	1	4,74%
Miembro inferior izquierdo de menor longitud respecto al derecho	1	4,76%	2	9,56%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 77: Simetría en relación a la longitud de los pies de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la

Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Simetría en longitud de los pies				
Simétricos	17	80,95%	19	90,48%
Pie derecho de menor longitud respecto al izquierdo	2	9,52%	0	0%
Pie izquierdo de menor longitud respecto al derecho	2	9,52%	2	9,52%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 78: Curvatura de la columna cervical, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Curvatura de la columna cervical				
Curvatura Equilibrada	12	57,14%	11	52,38%
Lordosis acentuada	3	14,29%	2	9,52%
Cifosis	6	28,57%	7	33,33%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 79: Curvatura de la columna dorsal de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014. Según la técnica de recolección de datos utilizada.

	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Curvatura de la columna dorsal				
Curvatura Equilibrada	17	80,95%	13	61,90%
Cifosis acentuada	4	19,05%	6	28,57%
Lordosis	0	0%	2	9,52%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 80: Curvatura de la columna lumbar, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.

	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA	ENCUESTA AUTOADMINISTRADA
--	--------------------------	---------------------------

Curvatura de la columna lumbar	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	17	52,38%	13	61,90%
Lordosis acentuada	4	47,62%	6	38,10%
Cifosis	0	0%	2	0%
TOTAL	21	100%	21	100%

TABLA Nº 81: *Curvatura de la columna sacrococcígea, de las personas que participaron del Seminario de Introducción a la Educación Postural Activa de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Octubre 2014, según técnica de recolección de datos utilizado.*

	OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA		ENCUESTA AUTOADMINISTRADA	
Curvatura de la columna sacrococcígea	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE
Curvatura Equilibrada	13	61,90%	17	80,95%
Cifosis acentuada	7	33,33%	1	4,76%
Lordosis	1	4,76%	3	14,29%
TOTAL	21	100%	21	100%