

2013

Una manera diferente de posicionarse en la vida... : un abordaje desde terapia ocupacional en educación postural activa

Bertocchi, Julia


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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/716>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
IV. 4345

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



Una manera diferente
de posicionarse
en la vida...

Un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación
Postural Activa

Bertocchi Julia - Gasparri Natalia

2013

Mar del Plata

Índice

Índice	2
Hoja de firmas.....	5
Agradecimientos.....	7
Introducción.....	11

Parte I: Estado Actual de la Cuestión

☞ Estado Actual de la Cuestión	15
--------------------------------------	----

Parte II: Marco Conceptual

☞ Capítulo I: Educación Postural Activa	22
▪ Fundamento	24
▪ Modalidad	25
☞ Capítulo II: Técnicas de concientización Corporal	33
▪ El Método Mézières	35
▪ La Antigimnasia	41

▪ El Método Feldenkrais	47
▪ La Eutonía	53
▪ Reeducción Postural Global y Stretching Global Activo	59
☞ Capítulo III Autoconciencia Corporal:.....	64
☞ Capítulo IV La Calidad de Vida:	68
☞ Capítulo V: La Valoración en Terapia Ocupacional	74
▪ Valoración y Evaluación	75
▪ El Proceso de Valoración	76
▪ Métodos de Evaluación	77
☞ Referencias Bibliográficas	79

Parte III: Aspectos Metodológicos

☞ Aspectos Metodológicos de la Investigación.....	81
▪ Problema	82

▪ Objetivos	82
▪ Variable principal de estudio	83
▪ Dimensionamiento de la Variable	86
▪ Tipo de Estudio	89
▪ Selección del Diseño de Investigación	90
▪ Población	91
▪ Muestra	91
▪ Método de Selección de la Muestra	91
▪ Criterios de Selección de la Muestra	91
▪ Técnicas de Recolección de Datos	92
▪ Análisis de Datos	93
☞ Referencias Bibliográficas	94

Parte IV: Analisis de los Datos

☞ Análisis Cuantitativo.....	95
▪ Resultados obtenidos previo a la intervención en Educación Postural Activa.....	96

- Resultados obtenidos posterior a la intervención en Educación Postural Activa.....115
- Resultados comparativos de pre y pos intervención en Educación Postural Activa.....133
- ☞ Análisis e Interpretación de los resultados154

Parte V: Conclusiones

- ☞ Conclusiones.....164

Bibliografía General.....167

Anexos.....171

- Anexo I: Hoja de consentimiento informado172
- Anexo II: Cuestionario173
- Anexo III: Tablas de resultados obtenidos.....179

Directora:

Lic. Porro Sandra

Asesoría Metodológica:

Asignatura Taller de Trabajo Final

Departamento Pedagógico de Lic. en Terapia Ocupacional

Autoras:

Bertocchi Julia, 32.518.741

Bertocchi

Gasparri Natalia, 33.412.410

Gasparri

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

AgradecimientoS

Agradecimientos de Juli y Naty

“Una persona feliz, es una persona sana, en ella no puede entrar la desarmonía ni el desbalance, no hay estancamiento, pero hay que estar dispuestos a trabajar con paciencia, disciplina y esforzarse hacia un objetivo noble y una meta firme de bienestar y tranquilidad”

Esto mismo es lo que nos transmitieron todas las personas que nos acompañaron durante esos hermosos momentos de la vida... a Ser felices!

A todos ellos... Gracias!

Agradecimientos de Juli

“La celebración es incondicional..

La celebración es agradecer a cualquier cosa que la vida te dé”

Agradezco a quienes me enseñaron a disfrutar de la vida, y a amar todo lo que hago: a mis viejos, para los cuales no tengo palabras de agradecimiento, sólo ese sentimiento hermoso de gratitud y amor.

A quienes adoro con el alma, lejos o cerca, siempre conmigo: mis hermanos, Lauty y Francis. Los Moreno, Mirta y Hector, Santi y We. Mi madrina y su hermosa familia. Mi tía y primas.

Doña Ana. Los Galizzi, Nely y Pelu

..Seres llenos de luz, que iluminan mi vida.

Es en este momento tan especial que celebro haberme encontrado con personas bellas como lo son mis amigos y compañeros del alma...

Gabyta, Lu, Ailincita, Pau, Guille, Fer, Peque, Juanga, Jorge, Ace, Pablito, Tincho, Lucas, Hernán, Leti, Luci (Juanita y Julio), Ale, Amelie....

A mi amor.... quien compartió junto a mí todo el camino por la carrera... subidas y bajadas..

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

A mi compañerita de Tesis, a mi complemento,
porque sin ella esta creación no hubiese sido igual.

A aquellas terapistas ocupacionales que guiaron mi camino profesional y humano, compartiendo sus conocimientos, su tiempo y dedicación: María Inés Galindez, Sandra Porro, Miriam Walter, Mariana Mastromarino, Laura Tejón, Mariana Soria.... Mi enorme cariño.

Con amor, un profundo: Gracias

Agradecimientos de Naty

A ustedes Familia, razón de mi existencia... Un gracias infinito por una vida llena de amor, de apoyo incondicional, de valores inculcados...

Por darme la oportunidad realizar esta maravillosa y apasionante carrera que no solo me ha formado profesionalmente sino que ha contribuido por sobre todo, en mi crecimiento personal.

Todo mi esfuerzo fue inspirado en ustedes... En vos Abuelita, mi ejemplo de lucha, fuerza, perseverancia y poder de decisión... Como te admiro!... En vos hermano mío, que estas a mi lado, me aconsejas, me sostenes y acompañas momento a momento... En vos mamá porque sos esa persona que da siempre lo mejor de sí, sin esperar nada a cambio, que comprende e intuye todo... En vos papá, que me demostraste que sin esfuerzo, nada se logra. A pesar de que tan solo por unos meses, no llegaste a vivir y celebrar este gran logro con nosotros, nunca faltaron tus palabras de aliento y las alegrías compartidas con cada pasito que iba concretando... En donde sea que estés, sé lo orgulloso que te sentís!

Gracias a mi madrina Miriam y mi tía Vero por su apoyo y contención...

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

A mis amigas, hermanas de toda la vida... Cin, Aye y Sofi que están presentes en todas, desde que tengo uso razón.

A toda La Banda Sanclementina que siempre me hace el aguante en los mejores momentos, y los que no tanto... Y sobre todo a vos, Mery Poppins (Mari Borniego) Gracias por habernos ayudado tanto en la redacción de este trabajo, sos una gran amiga y toda una Lic. en letras!!

A mis amigas, compañeras de estudio, de la vida, colegas y futuras... Excelentes personas, las que estuvieron desde el primer día y las que se fueron sumando de a poquito e hicieron que el transitar este camino sea aún más placentero... Las Guriza' (Marian, Sofi, Eri, Mary, Lu Garcia), Mariana, Nati, Mari Cappai, Lucha Rodríguez, Fer, Pau y Mechita! A todas ustedes,
Gracias!!

Un Gracias muy especial a vos, Jorge! Porque me enseñaste que hay ciertas cosas que es conveniente mirarlas desde otro lado y porque me presentaste a Julita... Con quien he transitado a la par, esta última senda... A mi Gran Amiga, Compañera, Confidente: GRACIAS!!

A todas las TO que me acompañan en este interminable proceso de aprendizaje y que han sabido guiar mis pasos, transmitir conocimientos y a quienes les tengo un profundo cariño... Sandra Porro, Adriana Boffelli, Ana Panebianco, Claudia Miranda, Diana Álvarez y Anita Valle.

Por último le doy gracias a la vida por haberlos conocido!!

*"Me gusta la gente que vibra, que no hay que empujarla...
La gente que cultiva sus sueños hasta que esos sueños se apoderan de su propia realidad...Con gente como esa, me comprometo para lo que sea por el resto de mi vida, ya que por tenerlos junto a mí, me doy por bien, retribuido..."*

Introducción

Introducción

*“Encontrar las llaves de nuestro cuerpo, tomar posesión de él y habitarlo”
(Thérèse Bertherat, 1980)¹.*

Tras haber compartido varios encuentros durante la cursada del Seminario curricular y de extensión: *Introducción a la Educación Postural Activa*, correspondiente al plan de estudios de Terapia Ocupacional. Luego de haber recibido apenas un poco de todo lo que realmente abarca este método de tratamiento, atravesando diversas teorías, pero todas entrelazadas o comunicadas de alguna manera... es que decidimos comenzar a investigar y empaparnos en el tema.

Después de que la Licenciada en Terapia Ocupacional Sandra Porro fuera la encargada de transmitirnos, enseñarnos y adentrarnos en lo que actualmente es su especialización; sentimos la necesidad de profundizar nuestros conocimientos acerca de este medio terapéutico, innovador y preventivo. Este permite, a partir de un trabajo vivencial de autoconocimiento, desplegar la conciencia corporal, la capacidad de observación y percepción, logrando desarrollar y mantener la salud.

*“A pesar de que el común de las personas no presta especial atención a su cuerpo, este es el compañero y fundamento de la vida de todo ser humano. Sin el cuerpo físico no podemos existir ni vivir. Si no alimentamos adecuadamente, cuidamos, protegemos a este cuerpo, la calidad de vida de cualquier persona se ve limitada a niveles de supervivencia biológica”
(Berta Vishnivetz, 1994)².*

Intentamos pensar al cuerpo como la base del ser. Es con él y en él que tenemos todas nuestras experiencias de vida. Por eso es un objetivo primordial, como futuras agentes de salud basando nuestras prácticas en la promoción de la salud, enseñar a vivir saludablemente. Aprender a vivir bien es un proceso que dura hasta el último de nuestros días, y cuidar la salud significa conocer y respetar los ritmos generales y particulares que rigen el funcionamiento del cuerpo de cada uno. Para conseguirlo es necesario poder sentirlo y escucharlo.

¹ Bertherat, Thérèse. “Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia”. Editorial Paidós, 1980. Pág: 11.

² Vishnivetz, Berta. “Eutonía: educación del cuerpo hacia el ser”. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1994. Pág.11

El camino que presenta la Educación Postural Activa para vivir en plenitud es a través del desarrollo de la auto-observación consciente del cuerpo. Así, la persona comienza a comprender qué está sucediendo en ella, se siente en el mundo y siente el mundo en el que vive.

A través de la observación se va expandiendo la conciencia no solo del funcionamiento corporal, sino también de la interacción constante que existe entre el cuerpo y el medio que lo rodea.

Las técnicas de concientización corporal, utilizadas durante las sesiones de Educación Postural Activa, despiertan gran diversidad de emociones, pensamientos y sentimientos en la persona, quien, al tomar conciencia, accede a un estado nuevo. Esto es un “estar despierto” viviendo continua y plenamente el momento presente, atendiendo a todo lo que sucede fuera y dentro de cada uno. En síntesis, la Educación Postural Activa brinda las herramientas necesarias para facilitar mantener la atención, expandir la percepción y los límites de la conciencia corporal; todo esto se manifiesta en la actitud de “estar despierto” y presente. Estas experiencias generan un proceso dinámico y continuo de transformación vital.

Este proceso no muestra resultados inmediatos, sino que focaliza la atención en el proceso de sentirse, observarse, conocerse. La persona comenzará a darse cuenta de cómo todas sus conductas, sentimientos, expectativas y pensamientos tienen un lugar y una manera de ubicarse en ciertos sectores de su cuerpo.

Gradualmente se perciben con mayor nitidez las sutiles diferencias de estados y sensaciones que surgen, y se descubren así los recursos adecuados para liberar tensiones profundas, limitaciones físicas o desordenes funcionales. También el simple hecho de percibir particularidades, capacidades personales, permite desarrollarlas. A través de este proceso se van introduciendo modificaciones en el estilo de vida para ir aproximándose a un concepto de vivir de acuerdo con su orden personal, en contacto consigo mismo.

A partir de nuestra investigación abordaremos un tema aún poco estudiado como lo es la influencia de la Educación Postural Activa en la Calidad de Vida. Entendiendo a la Calidad de Vida como un concepto que va más allá de la mera condición física; y que incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir, que abarca las funciones físicas, emocionales y sociales.

“Este término se relaciona con diferentes aspectos de la vida y no solo con las enfermedades y tratamientos, sino con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes de la vida” (Walker, 1998)³.

Reconocer cómo influye la Educación Postural Activa en la Calidad de Vida, implicará buscar información sobre el tema, recabar datos a través de una misma evaluación que se realizará antes de comenzar con las diez sesiones y otra valoración finalizadas las clases, comparar los resultados y así poder describir cómo influye sobre la calidad de vida de las personas que participarán de la investigación. Para la cual se realizará un estudio exploratorio-descriptivo, de campo y transversal, en la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo julio-agosto del 2013.

Podríamos concluir diciendo que es a través de este medio terapéutico que se intenta promover el restablecimiento del orden personal, tanto a nivel corporal como emocional y mental. Considerando que dicho restablecimiento facilitaría una mejor calidad de vida en el individuo.

“Cuanto más consciente se vuelve uno, más se recuerda a sí mismo, con más cautela actúa, más alerta está, más heridas empiezan a desaparecer, hay menos brotes de ira, menos odio, menos celos y menos sentimientos posesivos. Un día, uno simplemente descubre que todo eso se ha vuelto irrelevante, ha pasado a ser historia antigua, ya no se trata de cuestiones vivas sino de cuestiones muertas. Cuanto más consciente se vuelve uno, más y más heridas se curan y más se afianza la salud y la integridad. En esto consiste el milagro de adquirir conciencia: en que todo lo que es erróneo empieza a desvanecerse y todo lo que es correcto empieza a suceder” (Osho, 2007)⁴.

³ Publicado en: Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 18 Nº 1 - noviembre de 2012.

⁴ Osho. “Conciencia: La clave para vivir en equilibrio”. España. Grijalbo, 2007. Sinopsis.

Parte I

Estado Actual de la Cuestión

Estado Actual de la Cuestión⁵

Luego del rastreo bibliográfico realizado 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, en la Biblioteca de la Universidad Fasta Facultad de Ciencias Médicas, y en el buscador Google; no se detectó información pertinente respecto de la influencia de la Educación Postural Activa en la Calidad de Vida de las personas.

Sin embargo, entre los hallazgos, se ha localizado una tesis de grado que analiza la adquisición del autoconocimiento corporal en adultos mayores, junto con otras 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 de las auxiliares de enfermería sobre mecanismos posturales se relaciona con la aplicación de estos al movilizar pacientes. En 45 Auxiliares de enfermería, mujeres, que movilizan a adultos en la ciudad de Mar del Plata en el servicio de medicina preventiva SATE del Hospital Privado de la Comunidad.

Esta 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)

⁵ Se mantuvo la paridad de descripción en el Estado Actual de la Cuestión, citando según lógica del Formato IMRyD

En el año 2003, en Argentina, fue publicado en la Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, un artículo de la profesora en técnicas corporales Vasagna, A., que se titula "La Formación Corporal del Psicomotricista".

Dicho artículo versa sobre modificaciones en la Formación Técnica Profesional del psicomotricista, del Instituto Superior "Dr. Domingo Cabred" en la Ciudad de Córdoba, República Argentina.

La propuesta planteada, se desarrolla por medio de la práctica vivencial: implica un trabajo corporal que concientiza la exploración sensoperceptiva del propio cuerpo y del vínculo con los otros, en actividades donde se aborda el juego, el movimiento y su componente tónico. Se intenta el reconocimiento de las posibilidades y limitaciones del propio accionar, y se significa la vivencia cuando es representada en diferentes modos de expresión, poniendo palabras a la práctica. Esto significa que el psicomotricista puede incorporar ciertos aprendizajes técnicos que podrían volverse recursos para la intervención, según los efectos que se producen en su cuerpo a través de la propia experiencia en la utilización de técnicas corporales. Las técnicas remiten a la práctica, a los modos de abordaje, a los recursos o herramientas con que cuenta el psicomotricista para entrar en trabajo, primero con su propio cuerpo y luego con el cuerpo del otro.(2)

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 cuales 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 concurren a dicha Escuela, del Servicio de medicina preventiva, Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata durante el periodo 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 hay 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 (concientización corporal). (3)

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 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, siendo los sectores del cuerpo más afectados, la columna cervical y lumbar.

Se observó una correlación entre la edad de los participantes de la investigación y la presencia de dolor derivado de malas posturas. (4)

En el año 2010 se presentó un trabajo realizado por G. Galindo Morales, MP. Lalana Josab, MB. Sola Martínez, J. Sola Antón de la Revista Pediátrica de Atención Primaria Titulado "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 confeccionó y desarrolló un programa que aumente los conocimientos de los niños y sus familias sobre una correcta higiene postural vertebral, establecer un hábito de ejercicio físico e implicar a los niños en su autocuidado para prevenir futuras patologías de espalda.

Se elaboró conjuntamente por el Servicio de Pediatría y de Fisioterapia cuyas técnicas de recolección de datos fueron una valoración inicial, encuesta inicial, una exploración final y 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, la encuesta de satisfacción fue favorable. (5)

A comienzos del año 2013, las alumnas 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. (6)

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.
- (2) Alicia A. Valsagna, “La Formación Corporal del Psicomotrista: un Cómo y un Porqué, de un saber que se in-corpora. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas corporales, Nº33. Vol. 9. Pág: 85-94.

Material suministrado por la Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata, 2012.

- (3) 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.
- (4) Teruggi, Freda Ithati. “Actitudes Posturales en la Docencia”. Tesis de grado. Universidad Fasta, Facultad de Ciencias Médicas, 2010.
- (5) 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, Nº46 .Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza. España, 2010.

Material suministrado por la Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata, 2012.

- (6) 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.

Parte II

Marco Conceptual

Capítulo I

Educación Postural Activa

CAPÍTULO I

Educación Postural Activa

La Educación Postural Activa (EpA) es un método de tratamiento 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.

“Su cuerpo, esa casa que usted no habita. Permanecemos fuera y solo conocemos la fachada. Alberga recuerdos enterrados, rechazados, toda la historia individual, desde el nacimiento hasta el día de hoy. Para conformar, tuvo que deformarse”.⁶

La historia personal de cada sujeto va inscribiéndose en el cuerpo. De manera inconsciente la musculatura acumula tensiones en forma de corazas musculares que se van alojando en el cuerpo y que actúan primero como mecanismos defensivos para la supervivencia psicofísica del sujeto y luego, con el tiempo y su persistencia, como frenos y limitaciones en el desempeño autónomo de su vida diaria, lo cual influye directamente sobre su calidad de vida.

Una “coraza muscular” es aquella energía que se acumula en las contracturas como consecuencia de conflictos y situaciones de tensión cotidianas. Con el tiempo se transforman en rigideces y deformidades, que van rompiendo la armonía corporal y obligan a compensaciones posturales.

Todas las partes del cuerpo en su conjunto, desde los pies hasta la cabeza, colaboran en la estructura postural. Por este motivo, siempre que haya un problema postural, aunque el síntoma más relevante se manifieste en una zona determinada, todo el resto del cuerpo se verá afectado y tratará de colaborar, aun involuntariamente, en resolver el problema como pueda. El cuerpo en su totalidad tiende a hacer compensaciones, estructurándose de una manera determinada.

Francoise Mézière, pionera en Europa de la metodología de trabajo corporal global, considera que una de las causas fundamentales de deformación corporal se debe al acortamiento (inevitable) de los músculos posteriores del tronco. Esta cadena muscular está concebida no solamente para asumir una gran parte de los esfuerzos del cuerpo, sino que su

⁶ Bertherat, Thérèse. “El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia”. Buenos Aires. Editorial Paidós, 2009. Pág: 11.

entretejido hace que el conjunto de los músculos posteriores se comporte como un solo músculo y así, cualquier acción localizada provoca el acortamiento de la cadena entera. Con su gran potencial tracciona de sus inserciones óseas, desalineando las articulaciones y deformando el cuerpo de mil maneras.

Es absolutamente necesario considerar y tratar el cuerpo cómo una unidad en el que cada elemento depende del otro. La EpA es una técnica educativa y preventiva concebida para tratar al paciente desde una perspectiva global, mediante un trabajo postural basado en ejercicios de estiramientos activos globales, devolviendo la movilidad del conjunto del sistema articular despertando las zonas adormecidas del cuerpo y ayudando así a cada persona a encontrar de nuevo su equilibrio morfológico.

¿En qué se basa este abordaje terapéutico?

El objetivo de la EpA 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.

El rol del terapeuta es guiar al sujeto en su experiencia. Poner a su disposición conocimientos basados en su formación académica y en su experiencia clínica como así también en su creatividad cuando el devenir del vínculo terapéutico lo requiera y sea necesario para acompañar el proceso de cambio y transformación del sujeto.

- 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.

Se intenta recuperar la fluidez perdida, apelando también a la movilización de todos los músculos del cuerpo a través de pequeños movimientos precisos que corresponden a la fisiología muscular, intentando evitar compensaciones, sin forzar la amplitud articular. Es así como cada persona observa sus zonas vulnerables a la tensión y al dolor y a través de esos movimientos precisos e inteligentes aprende a disolverlos. Esto le permite recobrar la movilidad y vitalidad de los músculos, consiguiendo un equilibrio saludable.

La flexibilización de las defensas musculares procura al cuerpo una experiencia de placer y bienestar que rápidamente es incorporada por el Sistema Nervioso Central.⁷

¿Cómo se desarrolla?

La EpA se practica en pequeños grupos. Las sesiones se realizan una vez por semana y duran alrededor de una hora y media. Progresivamente, a lo largo de las sesiones, el cuerpo aprenderá a liberarse de los frenos musculares y recuperará su verdadera longitud. Cuando los músculos están fuertes y sanos, también protegen las articulaciones y facilitan el funcionamiento de las otras estructuras metabólicas (respiración, sistema linfático, circulación sanguínea, etc.).

La sesión parte de un aprendizaje vivencial que toma como eje la sensación (recepción de estímulos sensoriales provenientes del ambiente externo o del interior del propio cuerpo mediante receptores) y la percepción (proceso mediante el cual una persona, selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo), con el fin de despertar en el alumno un proceso de auto-observación que lo conducirá al reconocimiento de sus reacciones corporales y de las relaciones entre estas, y sus estados afectivos y emocionales.

Durante el desarrollo de la práctica en EpA es necesario transitar por los siguientes pasos para generar cambios verdaderos:

-Reconocer las zonas vulnerables a la tensión y al dolor.

A través de propuestas verbales del terapeuta, se invita a cada participante a reconocer cómo su cuerpo registra las sensaciones de la piel y las estructuras óseas, las nociones de volumen y tridimensionalidad, el modo en que el cuerpo está en contacto con cualquiera de sus apoyos sobre alguna superficie.

Es así como cada persona se permitirá profundizar en todo aquello que llega de su universo interior, tomando como válido el registro propio y dando lugar a interrogantes tales como ¿qué sensaciones físicas y emocionales llegan hoy a la conciencia?, ¿en qué estado global se encuentra cada uno?, ¿qué está pidiendo hoy el cuerpo?, ¿hay excesiva tensión en alguna zona?, ¿cuál es el grado de movilidad?

⁷ <http://www.clinicasdesalud.blogspot.com.ar/>

-Actuar desbloqueando las áreas de tensión y acortamiento, a partir de herramientas saludables

Cada persona recorre todas las zonas de su cuerpo, intentando despertarlas, palpándose los músculos y tomándose el tiempo necesario para darse cuenta de lo que realmente siente. De esta manera, empieza a reconocer su cuerpo de una forma más amplia que basándose únicamente en el testimonio de los ojos. Desarrolla la capacidad atencional, la observación y la toma de conciencia de su cuerpo; explora las posibilidades de movimiento consciente; llega a conocer los significados de algunos dolores o tensiones y su relación con la postura a través de la experiencia vivencial con el cuerpo que permite descubrir las potencialidades del propio ser, desconocidas hasta ese momento y otorga funcionalidad y libertad al movimiento, con lo cual el cuerpo se torna ágil y liviano.

-Sostener el cambio tomando conciencia de hábitos y actitudes corporales.

Con el transcurso tiempo, cada persona podrá responsabilizarse de su propio proceso de autoconocimiento mediante la participación activa. Cada movimiento, postura o ejercicio de los que realiza, cobra sentido cuando pasa a estar integrados de manera natural en los “esquemas” (corporales-emocionales) que conforman nuestro modo de “estar” y de “movernos”, y esto no será posible sin la experiencia vivenciada, que permitirá incorporarlo de manera natural a la vida diaria.

Es un trabajo que requiere de coraje, de voluntad y de deseo para enfrentar un proceso de cambio y un largo camino de aprendizaje.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de Educación Postural Activa? Creemos necesario poder determinar cada uno de los conceptos que definen a este término.

Educación

Partiendo de entender 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 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”.

8

Es interesante reconocer que la educación en salud tiene una función preventiva y correctiva, y que su principal finalidad no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables.

Postural

La postura es la relación de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo y su correlación entre la situación de las extremidades con respecto al tronco y viceversa. Es decir, es la posición del cuerpo con respecto al espacio que lo rodea y cómo se relaciona el sujeto con él. Está influenciada por factores culturales, hereditarios, profesionales, hábitos (pautas de comportamiento), modas, aspectos psicológicos, fuerza, flexibilidad, etc.

Según criterios mecánicos la postura ideal se define como la que utiliza la mínima tensión y rigidez y permite la máxima eficacia en el desempeño ocupacional de la vida cotidiana. Establece, a su vez, un gasto de energía mínimo. Es aquella que para permitir una función articular eficaz, necesita flexibilidad suficiente en las articulaciones de carga para que la alineación sea buena, está asociada a una buena coordinación, a los gestos elegantes y a la sensación de bienestar.

La postura se determina y mantiene mediante la coordinación de los diferentes músculos que mueven los miembros, mediante la propiocepción (sentido que informa al organismo sobre la posición de los músculos, tendones y articulaciones) y también mediante el sentido del equilibrio.

Otro término relacionado con postura, es el de actitud postural y se define como la disposición física externa, que reproduce la disposición o actitud interna y la forma de relacionarse con el entorno. La postura traduce la actitud que tenemos hacia nosotros mismos y hacia la vida. Habla del potencial de movimiento que tenemos y de su calidad. Muestra si somos cautivos de las dificultades del cuerpo o si somos libres para hacer lo que deseamos hacer con nuestras vidas. Un vistazo a la manera de pararse dice mucho más de lo que pueden decir las palabras.⁹

⁸ Perea Quesada, Rogelia. “Educación para la salud: reto de nuestro tiempo”. España. Díaz de Santos, 2004. Pág: 28.

⁹ Pazos, J. M. y Aranguren, J. L. “Educación postural”. España. Inde publicaciones, 2000.

Tenemos la tendencia a adoptar malas posturas haciendo un mal uso del propio cuerpo. Nos alejamos de la conducta natural y espontánea con la que venimos provistos. El sistema fascial es una estructura de tejido conectivo muy resistente que se extiende por todo el cuerpo como una red tridimensional y tiene como finalidad la coordinación del equilibrio postural. Será el encargado de resolver, de manera constante, los problemas que creamos con nuestras malas posturas. El aparato locomotor nunca descansa, ni siquiera cuando dormimos (solo disminuye su actividad). Mientras estemos con vida estaremos en movimiento de forma constante y obligaremos a nuestro sistema fascial a reequilibrar continuamente la postura.

La función postural es la base de toda motricidad dinámica, y se puede asegurar entonces que no es posible un buen movimiento sin una buena postura que lo sustente. Con el paso del tiempo, aquellos malos hábitos serán inicio de dolores crónicos como los que muchos sufren en el cuello y los hombros; también de padecimientos como la lumbalgia y la inflamación del sistema digestivo; una errónea forma de respirar, mala circulación y una contracción diaria de los músculos, entre otros. Todo esto, sin que uno se dé cuenta. El dolor que a veces se padece en espalda, hombros o cuello, músculos y articulaciones, en general, sin saber muy bien porqué, se debe a los malos hábitos posturales. Es que el cuerpo se queja ante las posturas forzadas y mantenidas durante períodos prolongados de tiempo y el trabajo sedentario, solo hay que saber escucharlo y no acallar su llamado de atención. Para esto hay que hacer el máximo esfuerzo que se pueda y trabajar en el lenguaje corporal, la conciencia y el registro del propio cuerpo que es el primer paso para poder producir un cambio favorable. Una vez logrado esto, tratar de corregir los malos hábitos posturales y de movimiento que hemos ido adquiriendo a lo largo de la vida, a través de la realización y adopción de posturas, ejercicios físicos y respiratorios adecuados.

El objetivo principal es ayudar al cuerpo a funcionar como una unidad y así alcanzar un estado de equilibrio estable, y de esta forma *“Encontrar las llaves de nuestro cuerpo, tomar posesión de él y habitarlo”*.¹⁰

¹⁰ Bertherat, Thérèse. “Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia”. Editorial Paidós, 1980. Pág:11.

Activa

El tratamiento requiere de voluntad y deseo de enfrentar un proceso de cambio, que necesitará inevitablemente, un compromiso de participación activa en el proceso terapéutico.

El ser humano es responsable de su propia salud y bienestar. El camino para ejercer esa responsabilidad se basa en su rol activo con relación a la comprensión de lo que le pasa y en la realización de acciones conducentes a efectivizar los cambios que le sean posibles para estar mejor.

Responsabilizarse por la sensación, hacerse cargo de ella, es permitirle que circule entre los sentimientos, pensamientos, actos. Tan obvio como percibir el cansancio y descansar, sentir el dolor por la injusticia social y comprometerse en un acto transformador.

“El miedo a comprometerse con la sensación conforma un no. Un no en la musculatura que es un no en el psiquismo. Se crea una verdadera resistencia a la sensación, una sordera sensible que lleva a tensiones, contracturas, corazas. Miedo enraizado en las leyes que contradicen nuestra naturaleza corporal, leyes escritas o no en los mandatos sociales o familiares, en el temor a la enfermedad, a la locura. Temores, prohibiciones que se adentran en nuestra mente y cuerpo, y nos aprietan la vida”.¹¹

Este miedo a la sensación que muy profundamente es un miedo al cambio, abre el capítulo de cómo las normas sociales, familiares, las necesidades corporales no escuchadas, construyen una naturaleza poco natural en el ser humano.

Por otro lado, el incremento de la sensibilidad, la apertura hacia el universo de la sensación, es muchas veces el contacto con el dolor y el sufrimiento. El darse cuenta, es entrar en contacto, natural, espontáneamente, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe, en donde se pueden registrar todo tipo sensaciones (placenteras o dolorosas). Por lo que es totalmente necesario que la persona esté dispuesta a tener ese contacto... *“La conciencia del cuerpo hay que conquistarla y la conquista únicamente el que se lo permite”*¹²

Hacia una comprensión de la promoción de la salud

¹¹ Kesselman, Susana. “El pensamiento corporal: de la inteligencia emocional a la inteligencia sensorial”. Buenos Aires. Editorial Lumen, 2005. Pág: 32-33.

¹² Bertherat, Thérèse. “Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia”. Editorial Paidós, 1980. Pág:130.

En las últimas décadas, y desde un enfoque más sociocomunitario, se ha enfatizado el modelo de la promoción de la salud, el cual concibe a la salud como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder en forma positiva a las exigencias del medio, destacando recursos psicosociales y capacidades físicas (Epp, Kickbusch, Lalonde y Terris, OPS, 1996)¹³. Con la finalidad de garantizar el derecho a la salud para todas las personas se creó la Carta de Ottawa, la misma es considerada como el marco conceptual en el arte de la promoción de la salud, la cual consiste en “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma” (OMS, 1986)¹⁴. En el marco de la Terapia Ocupacional (T.O.) podríamos considerar a la promoción de la salud como un “Conjunto de acciones de educación, investigación y acción social, orientadas a la construcción de prácticas sociales horizontales, solidarias, comprometidas y participativas, que requieren el intercambio entre saberes de los agentes de salud y saberes de la población” (Albornoz, Crego y Escalada, 2010)¹⁵. Desde este enfoque de la promoción de la salud, sería posible demorar la aparición de enfermedades o aliviar la sintomatología si se sigue un cierto estilo de vida.

El trabajo de promoción de la salud presenta características comunes basadas en la colaboración y ciclos recurrentes de planificación, implementación y evaluaciones de programas. Los modelos preponderantes (Tones y Tilford, 2001; Raeburn y Rootman, 1998) destacan la intención de desarrollar el potencial de las personas para controlar su propia salud y trabajar en colaboración.

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 la gente 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

¹³ Epp, Jake; Kickbusch, Ilona; Lalonde, Marc, y Terris, Milton: “*Promoción de la salud, una antología.*” Publicación Científica N° 557. OPS, Washington, EUA, 1996.

¹⁴ Carta de Ottawa: <http://www.slideshare.net/niedfeld/carta-de-ottawa> Pág: 1.

¹⁵ Albornoz, L. Escalada, P. y Crego, A. Tesis de grado: “Construyendo una propuesta horizontal en salud y educación”. UNMdP, 2009. Pág: 41.

información y a los servicios, con el fin de que las personas obtengan un mayor control sobre su propia salud y bienestar.

Se considera que la promoción de la salud es un proceso, una interrelación de varias disciplinas, entre ellas la Terapia Ocupacional, la cual facilita el crecimiento personal, la autoexpresión y la calidad de vida.

Según la licenciada en T.O Mariel Pellegrini¹⁶, nuestra disciplina puede contribuir a la promoción de la salud en cuatro áreas:

1. aumentando el acceso a los servicios de salud,
2. desarrollando un ambiente saludable,
3. fortaleciendo los grupos y recursos comunitarios,
4. promocionando comportamientos saludables e incrementando los conocimientos acerca de la salud.

Podemos plantear que la Terapia Ocupacional como disciplina en el campo de la promoción de la salud brinda la posibilidad de gestionar, diseñar y aplicar dispositivos grupales destinados a promover la salud, favorecer el funcionamiento psicológico, el bienestar, la participación social y prevenir la enfermedad.

En este sentido, la Lic. en Terapia Ocupacional Sandra Porro desarrolla la Educación Postural Activa como medio terapéutico para promover la salud. Se basa en el fundamento pedagógico de la Terapia Ocupacional y, de acuerdo con sus investigaciones personales, toma y refina principios de diversas disciplinas que tienen en común el trabajo corporal consciente y global, con el propósito de brindar a las personas la posibilidad de aprender acerca de la importancia del cuerpo y su cuidado. Propone acompañar y guiar a la persona durante el proceso de búsqueda de su propio equilibrio, brindando herramientas que contribuyan a desarrollar su potencial, a descubrir un camino basado en la experimentación activa y continua, lo cual permite no solo mantener la calidad de vida, sino también mejorarla.

“Debo terminar diciendo que las únicas terapias válidas, es decir, de efectos duraderos, son las que cambian la estructura externa y la estructura interna (una no se mueve sin la otra) y que permiten al paciente recibir de él mismo nuevas informaciones utilizables

¹⁶ Pellegrini, M. “Terapia Ocupacional en el trabajo de salud comunitaria”. Artículo de Revista: Terapia-ocupacional. Com. Diciembre 2004. Pág: 2.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

cotidianamente, que le permiten continuar evolucionando sin la intervención del terapeuta".¹⁷

¹⁷ Bertherat, Thérèse. "Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia". Editorial Paidós, 1980. Pág: 113.

Capítulo II

Técnicas de Concientización

Corporal

CAPÍTULO II

Técnicas de concientización corporal

“Un intento de relacionar cuerpo y mente”...

En el último siglo, han surgido diversos métodos y técnicas corporales que se ocupan de la salud de nuestro cuerpo, integrando la mayor cantidad de información y puntos de vista posibles, aunando el concepto de unidad psicofísica.

Todos ellos surgieron de la búsqueda y la experimentación personal de sus creadores, de su creatividad para superar graves problemas de salud. Desarrollados desde lo empírico, algunos buscaron un soporte científico en la anatomía, la neurofisiología, la física, enunciando sus leyes y postulados verificables en la praxis. Como lo fue Wilhelm Reich con la Vegetoterapia, Alexander Lowen y la Bioenergética, Alexander Gerda y la Eutonía, Therese Bertherat y la Antigimnasia, Feldenkrais y su método, Phillippe Souchart y la Reeducción Postural Global, entre otros.

Asimismo se añaden disciplinas orientales, como las Terapias Corporales, La Reflexología y La Acupuntura... Estas disciplinas trabajan con el cuerpo y buscan alguna forma de bienestar corporal, emocional o psicológico.

Todas estas escuelas tienen bases teóricas comunes: hablan de la unidad funcional entre cuerpo y mente, y de una coraza o endurecimiento del carácter, tanto en el ámbito de las actitudes como en el de las tensiones crónicas en el cuerpo. Ante lo cual, intentan restablecer el flujo de energía corporal.

El equilibrio orgánico repercute en el bienestar psíquico y viceversa, es una interrelación de continuidad inseparable. La clave del trabajo corporal reside en hacer consciente lo que expresa el cuerpo.

Aquí simplemente se desea presentar una orientación general sobre diversas modalidades de trabajo corporal, agrupadas por intereses afines, que a lo largo de su trayectoria han sabido interactuar, cambiar y adaptarse al surgimiento de nuevos abordajes.

El Método Mézières (1)

El Método Mézières es una técnica de fisioterapia creada y elaborada desde 1947 por la fisioterapeuta francesa Françoise Mézières. Esta terapia trata al paciente de forma individual y dentro de una visión global de la mecánica corporal. El objetivo de este método implica mejorar la postura corporal y aliviar el dolor mediante un reequilibrio de las cadenas musculares y articulares, basándose en ejercicios de estiramientos activos globales.

Además del papel terapéutico que Mézières aporta a numerosas patologías, también tiene una vocación preventiva muy importante. De este modo la persona adquiere herramientas de "autoaprendizaje" que le permiten restaurar la fisiología de sus articulaciones, músculos, respiración y sistema nervioso, mejorando globalmente su salud. Por lo que, el método Mézières puede convenir a cualquier persona que desee participar en su bienestar.

Es importante emplazar la obra científica de Françoise Mézières en el contexto médico de la época.

La rehabilitación física nace en 1945 tras la Segunda Guerra Mundial y la posterior epidemia de poliomielitis. En su origen, la fisioterapia tuvo como objetivo la recuperación de la fuerza muscular de los enfermos politraumatizados y parapléjicos, aunque más adelante esta opción terapéutica se convirtió en la única forma de rehabilitación. Desde esta perspectiva se considera que los dolores y las disfunciones son consecuencia de una hipotética falta de fuerza y que las deformidades son causadas por una improbable inaptitud para resistir a la fuerza de la gravedad. A partir de este postulado, los tratamientos consistirían únicamente en ganar fuerza muscular. Las diferencias entre las escuelas se reducen entonces a minúsculos detalles, a variantes en torno a la musculación y a la ganancia de fuerza.

Françoise Mézières estudió en la Escuela Francesa de Ortopedia y Masaje en París, cuyo director era Boris Dolto. Allí aprendió las técnicas de la época, especialmente la "gimnasia correctiva", basada exclusivamente en la potenciación muscular.

En 1947 descubrió lo que ella llamaría su "observación Príncipeps":

“Cuando en una mañana de primavera de 1947 vimos entrar en nuestro gabinete una paciente con una gran cifosis, no imaginábamos que nuestra profesión y el tipo de enfermos iban a cambiar. Se trataba de un sujeto longilíneo, muy alto y delgado. Un corsé de hierro y cuero, lejos de detener el progreso inevitable de su enfermedad, había provocado numerosas heridas en las caderas y alrededor de los hombros, incluso que siete vértebras quedasen en carne viva, igual que el ángulo inferior de los omoplatos. Pero la enferma no se rendía y acudía a nosotros porque no podía levantar los brazos ni trabajar. Como es natural, probamos con los ejercicios de enderezamiento y el trabajo de las dorsales para fortalecer los músculos extensores de la espalda, pero la rigidez era tal que le era imposible realizarlos. Entonces tumbamos a nuestra enferma en el suelo, en decúbito supino, provocamos el apoyo de los hombros y descubrimos con asombro que se producía una enorme lordosis lumbar cuando en el examen en bipedestación, la paciente únicamente presentaba una cifosis dorsal. Para evitar añadir un mal a aquel que ya existía, provocamos una retroversión pélvica llevando las rodillas hacia el abdomen y, de nuevo para nuestra sorpresa, vimos que la lordosis en la zona lumbar se borraba y se desplazaba hacia la nuca, mientras que la cabeza se iba hacia detrás impidiendo acercar el mentón al cuello” (Françoise Mézières, 1972)¹⁸.

Françoise Mézières comprendió entonces que la paciente tenía tal rigidez muscular, que cada segmento había perdido su autonomía frente a los niveles adyacentes, y que cualquier esfuerzo de corrección local se propagaba al conjunto del sistema y creaba aquí o allá lordosis o acortamiento. De la observación prínceps extrajo sus primeras conclusiones.

Fundado sobre principios simples pero surgidos de una observación muy detallada, y confirmados por la anatomía y la biomecánica, el método postural global de Françoise Mézières es de una riqueza infinita, tanto por el análisis que consigue como por los resultados que logra.

Representa una auténtica revolución en el arte manual curativo y los terapeutas que lo practican, los médicos que lo recomiendan y lo prescriben, y los innumerables pacientes que se benefician de él constituyen su mejor garantía.

Las teorías de Françoise Mézières nunca han podido ser refutadas, porque son demostrables sobre cualquier persona¹⁹. Sin embargo su método se ha ido extendiendo y desarrollándose

¹⁸ Godelieve Struyf-Denys. “El manual del mezierista, Tomo II”. España. Editorial Paidotribo, 2004. Pág: 134.

¹⁹ http://www.diafreo.es/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=10

lenta y difícilmente, siendo muy frecuente su adulteración y tecnificación, incluso por sus propios seguidores. Pues, a pesar de su lógica, su aplicación es compleja, y, sobretodo, sus bases teóricas se enfrentan a la hipótesis sobre el funcionamiento muscular que siempre ha predominado en medicina, en rehabilitación, en gimnasia, e incluso, en los métodos alternativos. Oponiéndose su mirada holística a la forma de pensar condicionada por el razonamiento lineal y analítico en el que la mayoría están formados.

Principios del Método Mézières²⁰

Para comprender mejor el tratamiento sobre base del Método Mézières es importante tener en cuenta algunos conceptos teóricos:

1. La unidad corporal y las cadenas musculares.

La visión del mezierista considera que muchos dolores y deformidades de la espalda no se deben a una debilidad muscular sino, en muchas ocasiones, a la rigidez de los tejidos como músculos y fascias. La reeducación deberá ser global ya que el funcionamiento de los músculos es global, unos se relacionan con los otros formando cadenas musculares, particularmente la cadena posterior que se extiende desde el cráneo hasta los dedos de los pies. En consecuencia, se deberá insistir sobre la flexibilidad muscular respetando las capacidades de cada individuo.

2. La lordosis es móvil.

La lordosis se define como la concavidad de la curva de la espalda, de este modo se pueden apreciar en el cuerpo dos lordosis, la cervical y la lumbar. Cuando se habla de hiperlordosis se está haciendo referencia a un aumento del arco lumbar.

Cuando la hiperlordosis es debida a una rigidez muscular, no es suficiente con estirar esos músculos de forma analítica porque la tensión se transmitirá a otra parte del cuerpo: al cuello, a las piernas, al tórax, etc. Cualquier intento de reducir la hiperlordosis del cuello, provoca automáticamente un aumento de la lordosis lumbar, y viceversa. Es como si la lordosis se moviera de un lado hacia el otro. De ahí la importancia de flexibilizar esos músculos al tiempo que se controlan las demás partes del cuerpo con el fin de evitar compensaciones y deformidades.

²⁰ Goussard, Jean-Claude. "El método Mézières" Traducción: F. Colell. Paris. Revista de Medicina y Ortopedia, Publicación N°6, 2011.

3. El diafragma: respiración y postura.

El diafragma no es solo un músculo de la respiración. Por un lado sus inserciones sobre las vértebras influyen en la forma de nuestra espalda y, también, sobre la dinámica del cuerpo. Su ubicación y su funcionalidad le otorgan un papel clave en la educación postural global. Es frecuente encontrar alteraciones posturales asociados a una mala mecánica del tórax, de ahí la necesidad de trabajar simultáneamente los ejercicios posturales con una respiración adecuada.

No se trata de enseñar a respirar sino de mejorar la mecánica torácica para que los músculos respiratorios funcionen mejor.

4. El reflejo "antidolor".

Para evitar el dolor el sistema neuromuscular, adopta determinadas posturas de manera automática e inconsciente. Estas compensaciones, que el cuerpo realiza para evitar u ocultar el dolor, requieren una visión global de la deformidad y del síntoma. Desde esta concepción no se debería únicamente tratar la consecuencia.

Tratamiento Mezierista²¹

El tratamiento comienza con una valoración exhaustiva del paciente y su patología, incluyendo una entrevista y un detallado examen físico de las cadenas musculares y su postura global para poder marcarse objetivos concretos e individuales para cada paciente.

Para tratar el desequilibrio de las cadenas musculares, Mézières propone un conjunto de posturas activas realizadas bajo un control respiratorio específico. El fisioterapeuta ayuda, guía y controla el trabajo del paciente mientras este realiza la postura. Por lo tanto, en este tipo de trabajo global es indispensable la presencia del fisioterapeuta.

Se emplean igualmente otras técnicas de fisioterapia, siempre desde un enfoque global como el masaje, la eutonía y la propiocepción. Estas dos últimas son parte fundamental del tratamiento, ya que ayudarán a crear nuevos esquemas posturales y de movimiento en la corteza cerebral y así conseguir que los cambios producidos durante el tratamiento perduren en el tiempo.

²¹ <http://files.sld.cu/rehabilitacion-ejer/files/2010/05/metodo20meziere.pdf>

A continuación se detallan los procedimientos más habituales durante un tratamiento:

Técnicas del Método Mézières ²²

1. Las posturas de estiramiento.

Son estiramientos activos globales de las cadenas musculares, asociados a un trabajo respiratorio, siempre respetando las particularidades de cada paciente. Para mejorar la postura es necesario un trabajo activo y participativo durante el ejercicio. Este ejercicio postural permite reequilibrar las cadenas musculares, tonificando unas y flexibilizando las otras.

Las posturas de estiramiento tienen como objetivo alargar las cadenas musculares, que permiten corregir los desequilibrios de una manera simultánea, favoreciendo al mismo tiempo la libertad respiratoria.

La expiración prolongada, asociada al estiramiento vertebral y a la rotación externa de los miembros, permite un alargamiento completo del sistema miofascial y una corrección global.

Además, la puesta en tensión global y el trabajo diafragmático activan al sistema neurovegetativo lo que implica, una serie de reacciones como hambre, frío, sueño, risa, llanto.

2. Las técnicas manuales.

Durante el trabajo postural se realizan técnicas de masaje, neuromusculares, fasciales y otras maniobras para favorecer la relajación global del sistema muscular, las contracturas o los puntos dolorosos. Actuando al mismo tiempo sobre el fenómeno propioceptivo de recuperación de las sensaciones musculares. De esta forma se podrán realizar los ejercicios de una forma más progresiva y suave.

²² <http://ifgm.es/index.php/es/prof-metodo-mez/tratamiento>

3. Los movimientos y el ritmo corporal.

El método Mézières no consiste solamente en un trabajo de la musculatura estática sino que también va dirigido a los músculos de la dinámica, por eso se le otorga importancia al movimiento y al ritmo durante las sesiones.

Si bien el trabajo sobre la musculatura estática representa una parte importante de la sesión, también se efectúan ejercicios y movimientos dinámicos dentro de la postura. Estos ejercicios respetan el movimiento natural del cuerpo, recuperando el ritmo perdido de la espalda y del resto del cuerpo. Integrando una postura armoniosa con movimientos fluidos, la persona recupera la sensación de equilibrio y bienestar.

4. La toma de conciencia corporal.

No se trata solamente de normalizar lo que es disarmónico y disfuncional, sino que también es necesario estimular los receptores kinestésicos (situados en músculos, tendones y articulaciones), lo que exige del paciente una atención importante durante la sesión.

Utilizando técnicas y ejercicios de sensibilización corporal conseguimos estimular los mecanismos propioceptivos situados en músculos y articulaciones. De este modo la persona conocerá mejor las diversas partes de su cuerpo y, lo que es más importante, sentirá un nuevo esquema corporal. Gracias a las interconexiones que se producen entre estos receptores propioceptivos y el cerebro, se produce una mejora en la armonía entre cuerpo y la mente.

A modo de conclusión se puede decir que el método Mézières, mediante un trabajo postural basado en ejercicios de estiramientos activos globales y de percepción corporal, reequilibra las diferentes cadenas musculares y articulares, lo que mejora la postura y alivia el dolor.

La estática y los movimientos del ser humano se realizan gracias a la acción conjunta de huesos, articulaciones y músculos. Esta biomecánica global se desarrolla gracias al sistema

de cadenas articulares y musculares, que se desequilibran de manera particular en cada persona y que, con el tiempo, pueden ser origen de muchas lesiones.

El tratamiento pretende devolver la movilidad global de músculos y articulaciones de una forma progresiva, equilibrando la respiración, estirando las cadenas musculares retraídas, mejorando la conciencia corporal y siempre con la participación activa del paciente. Además de su acción terapéutica a nivel de la espalda y otras disfunciones músculo-esqueléticas, Mézières tiene una vocación educativa y preventiva, que permite una rearmonización de la postura.

La Antigimnasia (2) ²³

Thérèse Bertherat, creadora de la anti-gimnasia, nació en Lyon en 1931. Después de una infancia difícil, a los treinta y seis años de edad y con dos hijos de cuatro y seis años, enviudó. A la edad de treinta y cinco años, su marido, un hombre inteligente, con un prometedor futuro profesional en el mundo de la psiquiatría, había sido asesinado en el hospital por uno de sus enfermos.

“Situaciones como esta desencadenan una terrible descarga de adrenalina. Uno tiene que decidir si morirse o continuar viviendo”.²⁴ Thérèse decidió vivir. Muy pronto conoció a una mujer, Suze L., que hacía un tipo de gimnasia en la que utilizaba pequeñas pelotas. Los movimientos eran suaves, sencillos y novedosos. Entusiasmada con este hallazgo, decidió emprender la carrera de fisioterapia, pero lo limitado de la enseñanza la decepcionó. “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”²⁵. Fue entonces cuando conoció a Françoise Mézières, una fisioterapeuta que elaboró 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.

El estudio de las propuestas de Mézières, pero también su propia observación y experiencia, le permitieron complementar y perfeccionar la técnica que hoy se conoce como Antigimnasia.

Básicamente, la Antigimnasia consiste en que la persona aprenda por sí misma, con pequeños movimientos suaves y extremadamente precisos que responden exactamente a la fisiología de cada uno de los músculos que componen nuestro cuerpo, a despertar todas sus "zonas muertas" y así eliminar los dolores y la rigidez que bloquean. El objetivo final es conseguir un cuerpo armonioso, equilibrado y, por lo tanto, sano.

²³ Entrevista a Thérèse Bertherat (2009): <http://buenasiembra.com.ar/salud/terapias-alternativas/therese-bertherat-creadora-de-la-pedagogia-corporal-1213.html>

²⁴ Bertherat, Thérèse. “El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia”. Buenos Aires. Editorial Paidós, 2009. Pág: 25.

²⁵ Ibídem Pág: 73.

Thérèse define su método como "pedagogía corporal" ya que en realidad consiste en enseñar, no en repetir hasta la extenuación series de ejercicios. Es absolutamente necesario que la persona sepa que la historia de su vida está inscrita en su cuerpo porque sus músculos tienen memoria. Insiste en que las tensiones, contracturas e inhibiciones, son la respuesta corporal a los acontecimientos que han ocurrido en la vida desde incluso antes de nacer y hasta el momento presente, y que han dado al cuerpo la forma que tiene en la actualidad. Por lo tanto, es fundamental que la persona conozca su propio cuerpo y comprenda las interacciones musculares que acaban determinando su forma. Plantea que es necesario enseñar a las personas que existen cientos de músculos que forman parte de nosotros y que, aunque no sepamos ni nombrarlos ni localizarlos, determinan nuestra situación de salud o de enfermedad.

"Tomar conciencia del propio cuerpo significa abrirse el acceso a la totalidad del propio ser. Tenga en cuenta que el cuerpo y el espíritu, lo psíquico y lo físico, incluso la fuerza y la debilidad, representan la unidad del ser, no su dualidad. A lo largo de los años he comprobado que muchas personas tienen una conciencia parcial, fragmentaria, de su propio cuerpo y no saben cómo actúa cada parte de él en relación con las otras ni cómo se organizan ni cuáles son sus funciones y sus verdaderas posibilidades. También separan cuerpo y mente, y eso es un error" (Therese Bertherat, 2009)²⁶.

"Esa fragmentación de las percepciones corporales puede llevar a que la persona descuide ciertas partes de su cuerpo, ya que no existen para ella, y por simple compensación, abuse de las otras bloqueando la libre circulación de la energía necesaria para su bienestar" (Therese Bertherat, 2009)²⁷. Esto es lo que intenta prevenir la Antiginasia, cuyos profesionales tratan de que la persona perciba su propio cuerpo como la primera casa que habita y que sepa organizar sus movimientos desde el interior, porque sentirse bien en el cuerpo significa poder sentirse a uno mismo y poder percibir y desarrollar distintas sensaciones.

Una parte importante de las enseñanzas de este método la compone la explicación de lo que ella llama "tigre", que es la cadena muscular posterior del cuerpo, que une la cabeza con los dedos de los pies, y que considera responsable de las dolencias de la espalda, contracturas y malestares corporales. Es un concepto que aprendió de Françoise Mézières. "Ella me enseñó

²⁶ Bertherat, Thérèse. "El cuerpo tiene sus razones: autocura y antiginasia". Buenos Aires. Editorial Paidós, 2009. Pág: 13.

²⁷ Ibídem Pág: 108.

que existe una enorme fuerza que nos manipula a todos y que se encuentra oculta en el hueco de nuestra nuca, que pasa por detrás de los omoplatos, por la espalda, los riñones y las piernas hasta llegar a los músculos de los dedos de los pies. Y aunque son distintos y están bien diferenciados, los músculos de todas estas zonas del cuerpo se comportan como una auténtica cadena, como si fueran un solo músculo. Los músculos del "tigre" son tan solidarios entre sí que jamás se sueltan. Se solapan como las escamas de un pez. De esta forma, cada vez que movemos la cabeza hacia un lado también estamos moviendo la cadera aunque no nos demos cuenta. Y cuando movemos la cadera movemos los músculos de los pies aunque no seamos conscientes de ello. Es una cadena sólida y muy poderosa que domina completamente al cuerpo. Es a esta cadena a lo que yo llamo el "tigre" o el "dictador" porque, desde luego, nos condena a una auténtica dictadura solapada" (Therese Bertherat, 1998)²⁸.

Lo que la Antigimnasia propone es aprender a convivir con ese "tigre", a "domesticarlo" y sacarle provecho. Se trata de que la persona llegue a conocer sus músculos para que así pueda independizar cada movimiento utilizando la parte del cuerpo correspondiente y ahorrando de esa manera energía y esfuerzo de forma considerable. Y eso se hace sin prisas y mediante movimientos muy simples.

Una vez que se ha comprendido y asimilado esta información se enseña a la persona a poner y mantener su cuerpo en orden. Se trata de enseñar a cada uno a progresar, a cambiar las costumbres autodestructivas de sus músculos y a llevar al cuerpo hacia la perfección natural. En eso consiste la Antigimnasia, en un método que permite a la persona encontrar la movilidad y vitalidad de los músculos que los acontecimientos de la vida han contraído, acortado o, incluso, atrofiado.

"Somos bellos y estamos bien hechos. Disponemos de un enorme potencial, pero no estamos del todo acabados o perfeccionados. Y para conseguir acercarnos a esa perfección anatómica de la que potencialmente somos capaces yo propongo la Antigimnasia como la mejor alternativa posible, ya que enseña a conocer y habitar el cuerpo para mantenernos sanos y vitales" (Therese Bertherat, 2009)²⁹.

²⁸ Bertherat, Thérèse. "El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia". Buenos Aires. Editorial Paidós, 2009. Pág: 80.

²⁹ Bertherat, Thérèse. "El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia". Buenos Aires. Paidós, 2009. Pág: 85.

Una sesión de Antigimnasia consiste, básicamente, en tratar de aprender a apaciguar al "tigre" y a conocer el cuerpo en profundidad durante una sola sesión semanal de 90 minutos. Mediante pequeños movimientos suaves y precisos se trata de hacer entender al "dictador" que debe soltar su poder para así dejar a la parte delantera empezar a trabajar. Es decir, lo primero en lo que se trabaja es en flexibilizar la musculatura posterior, destrabar los músculos para proporcionar al cuerpo la posibilidad de encontrar una distribución más justa de las fuerzas y así liberar la energía bloqueada. Entonces la parte delantera (muslos, vientre, etc.) se vuelve más fuerte y la forma del cuerpo cambia. Está más en orden, más bello, más estilizado, más elegante, en su formas. Pero lo mas importante es que está en equilibrio.

En la primera fase de la sesión la persona se dedica a localizar con precisión en qué lugar, de la cabeza a los pies, se siente acorazado, bloqueado, limitado. Palpándose los músculos y tomándose el tiempo necesario para darse cuenta de lo que uno siente, se empieza a conocer el cuerpo de una forma más precisa que basándose únicamente en el testimonio de los ojos. En un segundo momento se intenta que cada individuo se contacte con cada uno de sus nudos musculares, esos que le impiden moverse. Después, fibra a fibra, la persona empieza tranquilamente a desenredar la madeja complicada de su musculatura hasta que esta alcance su amplitud y elegancia naturales.

Progresivamente, con el correr de las sesiones y haciendo esta "musculación inteligente" que adapta los movimientos a la fisiología especial de cada músculo, el cuerpo aprende a desbaratar la red en la que estaba atrapado. Se extiende, descansa, encuentra su verdadera longitud, su belleza natural, su tranquilidad.

“En la primera sesión de Antigimnasia el cerebro puede seguir siendo incrédulo, pero los músculos ya conocen la verdad. El cuerpo es inteligente y maleable y lo que nosotros hacemos es dirigirnos a esa inteligencia y aprovechar la maleabilidad” (Thérèse Bertherat, 1980)³⁰.

No hay una edad ideal para empezar a practicar la Antigimnasia. “Nuestro cuerpo es maleable siempre, sea cual sea la edad. Por tanto, todos nosotros, tengamos la edad que tengamos, somos bellos y perfectos en potencia ya que nuestra forma es modificable,

³⁰ Bertherat, Thérèse. “Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia”. Editorial Paidós, 1980. Pág: 52.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

nuestras tensiones pueden ceder, nuestras malformaciones pueden desaparecer y nuestro equilibrio puede restablecerse” (Therese Bertherat, 1998)³¹.

³¹ Bertherat Thérèse. “La guarida del Tigre: antigimnasia para el dolor de espalda y las contracciones musculares”. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1998. Pág: 28.

El Método Feldenkrais (3)

El método fue desarrollado por el Dr. Moshe Feldenkrais (1904-1984), distinguido científico, físico graduado en La Sorbona (París), ingeniero y especialista en neuro-cibernética, primer cinturón negro de Judo de Occidente. A través de su experiencia, y como consecuencia de un accidente en la rodilla que con el tiempo empezó a imposibilitarlo, comenzó a explorar las relaciones existentes entre la manera de moverse, de sentir, de pensar y de actuar de los seres humanos. Investigó durante 40 años sobre las ciencias del comportamiento, neurología, psicología, pedagogía y aprendizaje a través del movimiento. Pionero en el área de la Educación Somática y en la investigación en diversos campos de la neurología, aplicó todos sus conocimientos científicos al estudio de la autoconciencia, el movimiento y el aprendizaje.

Partiendo del principio de que hombres y mujeres actúan en función de la imagen que se crean del propio cuerpo, Feldenkrais enfatizaba que es entonces esta imagen, y no el cuerpo, la que se debe trabajar. "Aquel que utiliza sus músculos sin observar, analizar ni comprender, actúa como una máquina", decía. De esta manera, proponía que en lugar de hacer deporte u otras actividades gimnásticas, conviene primero tomar conciencia concreta de la forma en cómo funciona y se mueve el propio cuerpo. "El propósito de mi método es que el cuerpo esté organizado para moverse con un mínimo esfuerzo y máxima eficacia, no a través de la fuerza muscular, sino de un mayor conocimiento de su funcionamiento".³²

Su trabajo lo llevó a centrar la atención sobre la expresión sensorial y la postura, destacando que esta última es una de las claves más importantes, no solo de la evolución, sino también de la actividad del cerebro. Sobre esta base, Feldenkrais formuló un método que relaciona espíritu, cuerpo y medio ambiente en una interacción dinámica.

Esta técnica integradora parte de la base de que la mayoría de los adultos no tienen conciencia del sentido kinestésico, que en principio poseen. La idea básica es reeducar los movimientos del cuerpo para eliminar las respuestas estereotipadas del cerebro, que obstaculizan el propio funcionamiento y, por ende, la energía y creatividad.

El método está fundamentado en la capacidad que el cuerpo tiene para reaprender. Propone al ser humano nuevas alternativas de movimiento y expresión de sí mismo mediante

³² <http://www.indepsi.cl/bodyreaders/literatura/arti-ryv.htm>

movimientos pequeños y suaves, realizados en su mayor parte en el suelo, que van generando cambios kinestésicos y en la motricidad general. Es aplicable a cualquier persona que quiera aprovechar al máximo su potencial humano y mejorarse a sí mismo.

Este método brinda la oportunidad de ampliar la gama de opciones disponibles para el desarrollo de la persona. Mediante la creación de nuevas vías neuronales (sinapsis) del sistema nervioso, se consigue que este disponga de más y mejores recursos para cualquier aspecto de la vida en general, y del movimiento en particular. El aprendizaje orgánico, el que implica al sistema sensoriomotor, es la ruta que consigue tal evolución. No se enseña "lo correcto" al alumno o paciente, sino que se pretende crear las condiciones óptimas para que éste aprenda con lentitud a descubrir su propio ritmo, su propio proceso de mejora, no se interfiere en el proceso personal.

"Yo no trato a personas, no las curo y tampoco les enseño. Yo les cuento historias porque estoy convencido de que la cosa más importante para un ser humano es el aprendizaje. Aprender debería ser una experiencia placentera, maravillosa".³³

Feldenkrais, encontró tras sus investigaciones una vía útil de llevar a cabo una práctica en la cual el movimiento fuera algo más que un simple instrumento mecánico para el ser humano. Descubrió que era un medio de desarrollo para el individuo mediante el aprendizaje. De esa forma, encontró el modo de aplicar los últimos hallazgos en neurofisiología y neurobiología en una práctica que fuera factible con el desarrollo humano. Este fue su aporte más importante.

Es una práctica sencilla, cómoda y agradable que se encarna en las dos ramas del método: la Integración Funcional (IF) en las sesiones individuales, y la Toma de Conciencia a través del Movimiento (TCAM) en las clases prácticas que se imparten en grupo:

³³ <http://feldenkraissevilla.blogspot.com.ar/>

Integración Funcional³⁴

Es la rama menos conocida pero la más interesante ya que su aplicación es individualizada, es decir, específica para aquella persona que se atiende. Cuando alguien se encuentra con una limitación, una dolencia de cualquier tipo, hay que ofrecerle una alternativa y eso es lo que propone en la práctica la Integración funcional: la normalización de las funciones, en aquellos casos que son recuperables y mejorables, y la anhelada optimización de las funciones, en aquellos otros que no lo son, bien sean de tipo neuronal o fisiológico. De hecho, en el método no se trabaja con el cuerpo sino sobre las funciones. Feldenkrais definió la función como la interacción de la persona con el mundo exterior, de uno con el entorno.

La intervención individual del educador de Feldenkrais propicia el examen específico de aquella persona con un síntoma que, aunque igual al de otros, desarrolla y ajusta bajo un signo de identidad específico. Por consiguiente, la aplicación será en cada caso diferenciada según el paciente, no según la dolencia. No existen recetas acordes al problema que se interviene sino personas con una realidad concreta. De este modo se inicia un proceso cuya guía es el paciente en lugar del terapeuta o educador. Tan solo hay que dar la oportunidad de crear un contexto en el que descubra cuál es la línea o las líneas de mejora y esta es la que seguirá el educador de Feldenkrais de la mano del paciente o alumno.

Esta rama del método Feldenkrais, se aplica con manifiesto éxito en cualquier dolencia de la espalda, de la columna, de las articulaciones o de los músculos, como ya se ha mencionado anteriormente. También en las afecciones por traumatismos, congénitas, víricas, y, por último, en las enfermedades neurológicas como son el parkinson y la parálisis cerebral. En los casos con afecciones psicológicas hay que resaltar que las pautas que se desarrollan tanto en la depresión, como en el estrés, en el síndrome de ansiedad, fobias, o cualquier otro desequilibrio de esta naturaleza, pueden tratarse sin pasar por ninguna situación traumática. Ya que, durante el proceso de tratamiento, no se requiere de ningún momento en el que el paciente deba enfrentarse con las imágenes mentales que le angustian o le preocupan, y que residen en su inconsciente. Simplemente aprende mejores respuestas a un entorno que considera hostil, hasta que deja de serlo, es un proceso aparentemente invisible, pero con una amplia actividad neuropsicológica.

La aplicación concreta se realiza mediante manipulaciones motoras no agresivas ni dolorosas por las que se establece una comunicación no verbal paciente/terapeuta o, mejor dicho,

³⁴ Feldenkrais, Moshe. "La dificultad de ver lo obvio". Buenos Aires. Editorial Paidós, 1991. Pág: 119.

educador/alumno. El paciente comunica cómo se siente y cómo lo expresa en su modo singular de organizar el movimiento, y el educador le plantea alternativas en el marco de un proceso específico de educación neuromuscular. Cuando el primero siente que no se le corrige ni se le impone, está en aptitud de asimilar mejoras y facilitar al segundo cuáles son las disposiciones que en aquel momento puede asumir como propias. Se establece un diálogo respetuoso en el curso de un progreso obvio. Una comunicación entre dos sistemas nerviosos.

Toma de Conciencia a través del Movimiento³⁵

"Movimiento es vida. Sin movimiento, la vida es impensable"

Esta es la rama del método más conocida. A los pacientes que asisten a las sesiones de Integración funcional se les enseñan ejercicios específicos de esta variedad del método Feldenkrais para que complementen el tratamiento individualizado en su casa. Consiste en la práctica de ejercicios de clases monográficas que, generalmente, trabajan sobre alguna función motora concreta. Existen centenares de clases en las que el alumno integra en su propio sistema considerables mejoras en sus funciones generales y específicas, según sean los intereses de este. Como lo que se pretende es ampliar el repertorio de las capacidades motoras (relativas a la motilidad y al sentido kinesiológico), esta rama del método es especialmente indicada para cualquier persona, tenga o no alguna dolencia. Ciertamente es, además, que si se amplían las opciones motoras muchos problemas se resuelven sin que necesariamente se esté asistiendo a una terapia específica.

Esta rama del método ofrece la oportunidad de darse cuenta del modo en que uno organiza sus movimientos y de cuán limitados son. A partir de aquí, se desarrolla una innumerable gama de posibilidades nuevas, accesibles para el propio organismo. Nadie indica cómo hacerlo porque lo descubre cada uno por sí solo en un contexto que facilita y ayuda a este fin. Por consiguiente, cuando se trabaja en grupo, los ejercicios se realizan sin modelos siguiendo las pautas verbales en el modo y en el ritmo que el alumno traduce, en la motilidad según sus posibilidades. Los modelos coaccionan la libertad del propio desarrollo que implican un fin o una meta.

³⁵ Feldenkrais, Moshe. "La dificultad de ver lo obvio". Buenos Aires. Editorial Paidós, 1991. Pág: 92.

En las clases, la persona se siente libre en su propio proceso en el que mejorar es posible y accesible, en contraposición al estancamiento por faltas de recursos y alternativas, partiendo de la situación en la que ella se encuentra, ya sea con dolencias físicas, neurológicas y psicológicas, o bien en una situación saludable. Cada mejora es un paso adelante que optimiza la organización del movimiento y repercute también en todos los aspectos de la persona.

*"La vida es movimiento. La vida es un proceso.
Incrementa la calidad de ese proceso e incrementarás la calidad de la vida misma"*

En resumen, el método Feldenkrais con sus dos ramas, se basa en la autoimagen, la plasticidad del sistema nervioso y sus posibilidades de aprendizaje, así como sobre las potencialidades funcionales del ser humano.

Propone un enfoque global del ser humano, ya que lo considera como un todo, una unidad psicocorporal; lo emocional y lo corporal son dos facetas de una misma entidad con interacción mutua. La principal expresión del sistema nervioso es el movimiento; es la traducción corporal de la intención. No se trata únicamente de un trabajo sobre el cuerpo, sino de una educación del sentido kinestésico que lleva a una conciencia más discriminativa del cuerpo, lo que a su vez afina el funcionamiento del sistema nervioso.

Este método conduce a la creación de nuevos esquemas motores, modificando las respuestas usuales del cuerpo en el campo de gravedad con la búsqueda de vías más eficaces desde el punto de vista de la movilidad y del gasto de energía.

La idea consiste en utilizar el tacto (en sesión individual de IF) y el movimiento (en sesión de grupo de TCAM) de tal forma que el alumno fije su atención en el proceso propioceptivo más que en el resultado exterior. El niño aprende de esta forma y es lo que Feldenkrais denomina aprendizaje orgánico: un aprendizaje sensoriomotor que depende de la maduración del sistema nervioso e influye a su vez sobre el desarrollo de las conexiones nerviosas.

El efecto principal del método es el mejoramiento de la función y de la imagen de sí mismo, la cual entre más amplia y más completa, más aumenta el número y la variedad de sus posibilidades de acción.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

La Eutonía (4)³⁶

La **Eutonía** (del griego «eu»: correcto, buen, justo, armonioso, óptimo; y «tonus»: tono, tensión. Significa: armonía del tono) es una disciplina corporal transdisciplinar de autodesarrollo, creada por Gerda Alexander en 1959 con fines terapéuticos y educativos, y que considera el cuerpo como la base fundamental del ser y como el centro de la experiencia³⁷.

La Eutonía se centra en lograr el equilibrio armonioso de la tonicidad, en constante adaptación a la actividad y a las acciones de la persona en cada momento de su vida.

Origen y aplicaciones actuales de la Eutonía

La Eutonía nació a partir de la búsqueda y las necesidades de Gerda Alexander, una alemana radicada en Dinamarca, dotada de una sensibilidad exquisita y una gran capacidad de observación. Su formación y su posterior actividad profesional estuvieron vinculadas a aquellas áreas del arte en donde es fundamental lo corporal: rítmica, danza, teatro, música, etc.

Muy joven Gerda contrajo reumatismo articular y endocarditis, dolencias que dejaron serias secuelas en su corazón. Se podría decir que cualquier enfermedad obliga a la persona a definir una actitud; la de ella se caracterizó por ser una “actitud saludable” que redundó en la creación de un método de educación, reeducación y terapéutica corporal: la Eutonía. Su frágil salud y un fuerte deseo de no renunciar a los proyectos condujeron a Gerda hacia sus hallazgos. Sus investigaciones, para las que se transformó a sí misma en objeto de observación, fueron motivadas por un objetivo central: cómo hacer que el movimiento ocurra con el máximo rendimiento y el mínimo esfuerzo.

³⁶ Vishnivetz, Berta. “Eutonía: educación del cuerpo hacia el ser”. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1994.

³⁷ Plaza, Fabiana y Ramírez, Silvina. “¿Qué es la Eutonía de Gerda Alexander?”. Publicación de Escuela Argentina de Eutonía. Diciembre, 2008. Pág: 16.

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, lordosis, etc.). Además, es útil en rehabilitación neurológica, optimiza las funciones neurovegetativas, mejora los reflejos posturales y la estabilidad, reconstruye dinámicamente la imagen de sí mismo y refuerza el sentimiento de mismidad autoafirmando y dando sostén interno.

En el área de salud, la Eutonía se practica actualmente en relación con distintas especialidades: prevención y recuperación de problemáticas traumatológicas y neurológicas, fonaudiología, preparación para el parto, etc. Asimismo, en el ámbito de la salud mental, esta terapia corporal se aplica con éxito en el tratamiento de ciertas patologías en las que el cuerpo es objeto de autoagresión y maltrato, y en las que el malestar y la angustia del paciente se manifiestan en el rechazo y la no aceptación de su corporalidad y en los trastornos de su imagen corporal.

Esta disciplina también forma parte del entrenamiento de actores, bailarines y músicos, y resulta de gran utilidad para implementar recursos que facilitan la utilización del cuerpo como instrumento y canal de expresión.

Objetivos de La Eutonía

Desarrollar una conciencia más profunda de la realidad corporal y espiritual como verdadera unidad.

Orientar la exploración del cuerpo hacia el descubrimiento de sí mismo.

Descubrir a través de una investigación personal los vínculos íntimos que existen entre la tonicidad y lo vivido consciente e inconscientemente.

Adquirir el tono adecuado no solo para la relajación sino para la vida.

Método Eutonista

Gerda Alexander tenía como requisito básico no interferir en el desarrollo de sus alumnos como seres autónomos. Así lo reflejan las consignas o principios que propuso:

El alumno es quien debe trabajar consigo mismo sin adaptar ni copiar ningún movimiento preestablecido.

El eutonista no debe indicar al alumno qué debe experimentar o sentir, para que por sí solo aprenda a adquirir una actitud y atención perceptiva predispuesta, abierta y flotante, no sujeta a la espera de fines o resultados.

Es el eutonista quien propicia la independencia de los alumnos. Por esta razón, no se trabaja por imitación o copia de modelos, sino que, a través de propuestas verbales que accionan como disparadoras de la tarea, se invita a cada alumno a indagar en su interioridad de acuerdo con su deseo o posibilidad y a tornarse sensible y responsable de su búsqueda. En un espacio de confianza, cada alumno es respetado en sus propios tiempos, y esto va creando un sujeto responsable de sus actos y sus hallazgos. El eutonista evita inferencias que puedan perturbar o influir. Es así como cada alumno se transforma en su propio artífice con la guía, el cuidado y el seguimiento del profesional eutonista.

De esta manera, cada alumno se contacta con las texturas, consistencias, formas, temperatura y presiones, datos del mundo circundante que contribuyen a desarrollar la sensibilidad de la piel. Se contacta sensaciones de peso y volumen, el espacio tridimensional que es, el espacio interno como instancia de construcción de aspectos de sí mismo. Emociones, afectos, pensamientos, sensaciones, son también cuestiones vividas en y desde este espacio interno consciente. No tienen volumen pero tienen peso, un peso especial, y se revelan en el tono de los músculos, el funcionamiento de los órganos, el equilibrio, estructura, movimientos, posturas. La historia personal está inscrita en este espacio. Se es el espacio que se ocupa. En la experiencia se lo explora a partir de la conciencia de la piel hacia el interior, tejidos, vísceras, con la percepción de volumen y tridimensionalidad, distancias entre sectores de una misma región y distintas regiones entre sí, límites, órganos, tratando de transformarlo en un espacio consistente. La conciencia de la estructura ósea (solidez, elasticidad y porosidad) también forma parte de la exploración del espacio interno desde donde se van distinguiendo huesos, articulaciones, músculos, etc. Su desarrollo implica además de su exploración estructural, la experiencia práctica a partir del movimiento consciente.

Durante la clase, el eutonista puede poner sus manos en contacto con una parte del cuerpo del paciente, acción que recibe el nombre de "toque eutónico". Este modo no invasivo de tocar ayuda a mostrar qué está pasando en la zona tocada. El toque eutónico sirve como punto de referencia sensorial, activa el campo energético, mejora los niveles de circulación en la zona y ayuda a regular el tono. Así, las manos del eutonista se transforman en una suerte de espejo que abre a una mirada interna transformadora y a una nueva conciencia corporal.

Se llega al contacto eutónico luego de haber trabajado sobre la estimulación de la piel, el espacio interno y la conciencia ósea. La incorporación progresiva de estos principios y el adentramiento en la pedagogía eutónica harán que cada uno pueda descubrirse en su capacidad de contacto consiente, con sí mismo, con otros y con los objetos.

Es así como se intenta restituir su capacidad sensitivo-perceptiva, poniéndolo en "contacto consigo mismo" (sin excluirlo de lo que recibe del medio externo: estar dentro y fuera de uno) y, finalmente, reafirmar su Yo corporal. (Se entiende por Yo corporal a la unidad psicosomática que integra el cuerpo anatómico y su psiquismo, reuniendo en un mismo término el ser sintiente y el ser pensante que cada individuo es).

Las experiencias vividas en las clases de Eutonía facilitan la integración del individuo, y el autoconocimiento, lo que favorece la comprensión de los propios procesos para promover la elección de una vida saludable y creativa, retomando así el poder sobre la salud personal.

La Eutonía da una idea de concepto dinámico, "expresa la idea de una tonicidad armoniosamente equilibrada, en adaptación constante ajustada al estado o a la actividad del momento"³⁸.

Un buen tono corporal es aquel que permite una dinámica de adaptabilidad y flexibilidad acorde con el propio deseo en cada situación y circunstancia de la vida. Es, entonces, lo contrario de un tono que permanece en estado de excesiva tensión, provocando dolores, contracturas, dificultad en el movimiento (tono rígido o hipertono), o de uno muy bajo que deja la sensación de un cuerpo pesado y con poca fuerza (hipotono).

Gerda distingue entre la relajación como estado de tono bajo y la regulación del tono para adaptarlo a las distintas "demandas de la existencia". El tono sería un estado con una amplia gama de tonicidades como tantas emociones existen. Y es mediante el desarrollo de la conciencia corporal que se logra la conexión con esta diversidad.

Se puede percibir esta fluctuación adaptativa en tres áreas:

- Actividad muscular: la dificultad de lograr dicha fluctuación puede darse tanto en hipertono, por contracturas y acortamientos musculares, como en hipotono que se

³⁸ Hemsy de Gainza, V. "Conversaciones con Gerda Alexander. Vida y pensamiento de la creadora de la Eutonía". Buenos Aires. Editorial Paidós, 1983. Pág: 52.

manifiesta en zonas sin capacidad refleja ni tono postural adecuado, generando inestabilidad en la estructura esquelética.

- Actividad neurovegetativa o autónoma: se refiere a la vía orgánica y visceral regulada por el sistema nervioso autónomo.

La idea es conducir a una regulación entre la vía simpática y parasimpática, en una doble rienda que evite fijaciones con predominio de una u otra.

El predominio simpático-tónico o vago-tónico en forma fija crea terrenos corporales que sufren transformaciones que pueden desencadenar patologías en sí mismas o propiciarlas.

- Actividad psicodinámica: pueden observarse tonos emocionales fijos, que en términos psicopatológicos pueden ser considerados como ansiedad, depresión o dificultad de para afrontar las distintas circunstancias de la vida.

Dando cuenta de que se conocen las interacciones constantes entre el tono y la actividad cerebral, la interrelación estrecha de nuestro psiquismo con el tono postural, el sistema neurovegetativo y el conjunto de las regulaciones fisiológicas. Así, por estas diferentes vías se manifiesta en nuestro cuerpo la parte consciente e inconsciente de nuestra personalidad. Por lo tanto cada cambio de conciencia actúa sobre el conjunto de tensiones musculares.

Cabe aclarar, y a modo de conclusión, que la Eutonía es una disciplina pedagógica y terapéutica de abordaje corporal, que propicia la búsqueda del tono muscular justo, intentando que los movimiento naturales se desenvuelvan con el mínimo gasto energético, es decir, intenta lograr la capacidad de fluir entre niveles de tensión óptima que se adecuen a las necesidades del individuo para cada una de sus actividades cotidianas. Mediante la atención-intención-consciencia del cuerpo, trabaja con el reconocimiento de los espacios corporales internos y el contacto con el medio circundante, propone el autoconocimiento de la corporalidad como un proceso a partir de un cuerpo disponible que se interroga, que cuestiona lo que se da por establecido.

Constituye un medio para la enseñanza capaz de proveer a cada uno la posibilidad de desarrollar su propia individualidad en el movimiento y así encontrar las regularidades corporo-espirituales dentro de sí.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

Reeducación Postural Global (RPG) y Stretching Global Activo (SGA). (5)

RPG es un método de terapia manual, creado por el fisioterapeuta francés Philippe Souchard en el año 1980, orientado al abordaje de problemas que afectan el sistema músculo esquelético.

El método RPG tiene como principios la individualidad, causalidad y globalidad, y es continuamente actualizado y enriquecido con los aportes realizados por el autor y sus colaboradores. Estructurado sobre la base de la organización muscular postural en cadenas y la interrelación existente entre las partes del sistema locomotor, permite abordar la problemática de cada paciente de manera única y transitar el viejo axioma según el cual "no hay enfermedades sino enfermos"³⁹.

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, recuperar la flexibilidad muscular, eliminar el dolor y reestablecer la función; partiendo de la importante conexión entre forma, estructura y función, en el estudio y terapia de las afecciones del sistema neuro-músculo-esquelético.

"Una cadena muscular es la expresión de una coordinación motriz organizada para cumplir con un objetivo" (Philippe Souchard, 1987). 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.

Comprender y respetar esta fisiología muscular tónica se encuentra en el espíritu de la RPG y en las bases que sustentan su práctica.

Siguiendo los principios de la RPG al servicio del deporte, la gimnasia y la ergonomía en el trabajo y la vida diaria, se desarrolló en 1990 un método de prevención denominado SGA. Este último se basa en autoposturas de estiramiento progresivo y global de cadenas musculares. Es una herramienta eficaz tanto para mejorar el rendimiento muscular, como para prevenir las lesiones.

³⁹ Souchard, Philippe. "Stretching Global Activo: de la perfección muscular a los resultados deportivos" (4ª Edición). España. Paidotribo, 2003. Pág:114.

Se entiende por cadena muscular al conjunto de músculos que se organizan para resolver conjuntamente una tarea neuromotriz.

Normalmente estas cadenas cumplen funciones hegemónicas (esenciales para la vida) como son la respiración (cadena inspiratoria), la alimentación (cadena anterior del brazo), etc. De esta manera el ser humano se asegura funciones vitales, tales como el enderezamiento (cadena posterior), la estática, el movimiento y la coordinación.

Dicho esto, y aplicando la lógica, una alteración en la forma de esta cadena (por ejemplo una cadena posterior acortada) alterará la función de esta (se verá limitado el enderezamiento). Así mismo, una debilidad en uno de los eslabones de la cadena, afectará al conjunto de esta (la cadena siempre se rompe por su eslabón más débil).

El concepto de cadena muscular es funcional, no anatómico, aun cuando para graficarlas se describan los músculos con sus nombres individuales. El fin de la terapia es actuar sobre la continuidad del tejido conectivo (fascia, aponeurosis, tendones, etc.) y dentro de esta continuidad, sobre el tejido muscular contráctil.

Existen en el hombre ocho cadenas musculares con predominio de función tónica, compuesta cada una de ellas por varios músculos con múltiples planos de acción. Las cadenas se combinan entre sí para satisfacer el control postural.

Según Léopold Busquet (1994): "Las cadenas musculares representan circuitos en continuidad de dirección y de planos a través de los cuales se propagan las fuerzas organizadoras del cuerpo"⁴⁰.

Para la comprensión íntima del ser humano es necesario en primer lugar, tener, una buena comprensión de la organización fisiológica del cuerpo para seguir mejor la instalación inteligente de los esquemas de compensación, de la patología.

Continuando con la teoría del autor, se propone pensar que el cuerpo obedece a tres leyes⁴¹:

Equilibrio

Economía

⁴⁰ Busquet, Léopold. "Las cadenas musculares. Tomo I" (4ª Edición). España. Paidotribo, 2007. Pág: 19.

⁴¹ *Ibidem*. Pág: 21.

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.

Nuestro confort y nuestro equilibrio 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, el paciente no podrá mantener su verticalidad e ingresará en la cama.

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.

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

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 aplican sobre ella esté en una constante fisiológica. Si este crédito de longitud no se puede conceder, se produce una tensión dolorosa que desencadena por vías reflejas tensiones musculares.

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.

Reeducación Postural Global ⁴²

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

La RPG concibe al paciente 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.

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, para recuperar la flexibilidad muscular, eliminar el dolor y restablecer la función.

Stretching Global Activo

El Stretching Global Activo (SGA) es la aplicación de las posturas de la Reeducación Postural Global (RPG) pero realizadas de una manera activa por el mismo paciente.

Es una disciplina moderna que busca reestablecer 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.

“Es útil para todas las personas, tanto deportistas de elite, como para cualquier otra que quiera estar flexible y joven, sin límite de edad. Sabemos que con el tiempo no hay cuerpo que resista a la deformidad, rigidez y falta de agilidad, es por eso que todos necesitamos estirarnos” (Souchard Ph., 2003)⁴³.

“Un cuerpo flexible nos ayuda a vivir mejor”

⁴² http://www.adifi.com.ar/rpg_sga.html

⁴³ Souchard, Philippe. “Stretching Global Activo: de la perfección muscular al éxito deportivo II” (3° Edición). España. Paidotribo, 2003. Pág: 6.

El método se sostiene principalmente en 5 Principios Teóricos⁴⁴:

- 1- Los músculos se organizan y funcionan en forma de cadenas musculares.
- 2- Cada músculo tiene varias fisiologías o direcciones de trabajo.
- 3- El estiramiento muscular sigue los mismos principios de la física que los materiales visco-elásticos.
- 4- Los estiramientos deben ser siempre activos y globales.
- 5- La respiración es el motor del estiramiento.

⁴⁴ <http://www.serfuncional.com/2012/03/20/los-5-principios-del-stretching-global-activo-i/>

Capítulo III

Autoconciencia Corporal

CAPÍTULO III

Autoconciencia (7)

La autoconciencia es un proceso mediante el cual se adquiere conocimiento acerca de uno mismo, en un momento particular del tiempo y que define una serie de circunstancias internas y externas que determinan la forma de pensar, sentir, comportarse y relacionarse, aparte de las actitudes que uno posee y todo aquello que le interesa y motiva hacia la satisfacción de las necesidades personales. La forma de ser no es estática ni definitiva durante toda la vida, aunque hay algunas características que acompañan al individuo a lo largo de su vida.

El proceso de autoconciencia implica un estado involucrado de observación de uno mismo que permita identificar, interpretar, evaluar y modificar las manifestaciones de los estados internos y las manifestaciones que se hagan hacia el ambiente externo. Se trata de reconocer los propios pensamientos, emociones y conductas, reconocer los patrones que se dibujan en el proceder cotidiano y que trascienden hasta convertirse en la personalidad e identidad de cada uno.

Cualquier conocimiento que se tenga acerca de uno mismo es un conocimiento histórico, dado que solo se pueden conceptualizar las formas en las que tradicionalmente uno se ha comportado adaptativamente a condiciones pasadas. Ese conocimiento sirve, en todo caso, de herramienta e insumo para planificar el comportamiento presente y futuro. Lo más conveniente es desarrollar un mecanismo de auto observación y pautas de reflexión que permitan anticipar objetivamente el proceder, con base en el conocimiento que se tiene del proceder anterior, sin rigidizar las posibilidades que siempre existen de adaptación a las nuevas condiciones.

El mundo exterior genera impresiones, ante las cuales uno va reaccionando sin darse cuenta y lo hacen pasar de la dicha al sufrimiento, según lo que en la vida se presente.

La persona condiciona su felicidad al mundo exterior. A partir de los estímulos que recibe, de sus primeras experiencias, las influencias que tiene alrededor y la propia educación, se van construyendo los ideales de vida, las actitudes y patrones de pensamiento que son considerados como la propia identidad.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

La conciencia permite mirarse a sí mismo y tomar un poco de distancia entre lo que sucede alrededor y la manera como uno actúa, decide, reacciona. No significa vivir en la pasividad, sino tener una paz interior que lo haga fuerte ante los estímulos, la información externa o los pensamientos que lo atormentan, y así poder actuar con sabiduría cuando sea necesario.

Pero pocas veces uno se cuestiona la forma como vive, lo que es o realmente quisiera ser. Tampoco se piensa que esa forma de pensar y ver el mundo podría ser completamente diferente. Resulta que la vida es una construcción que se ha hecho a través de una formación, un contexto social y cultural, y una serie de conductas mentales que lo han condicionado debido a las propias experiencias.

Hacia La Autoconciencia corporal...

“nuestro cuerpo es nosotros mismos”

Se trata de comprender y dedicar especial atención a lo que el cuerpo puede decir. Nuestra historia individual, nuestro presente y pasado está reflejado en él.

“Muchas psicoterapias utilizan el habla para acceder a las experiencias tempranas inconscientes, olvidadas. Sin embargo, tenemos sentimientos mucho antes de aprender a hablar”(Moshe Feldenkrais, 1991)⁴⁵

Nuestras tristezas, emociones y frustraciones fueron impregnadas en cuerpo, en nuestros músculos, creando acortamientos, retracciones y limitaciones en los movimientos. Es así como las tensiones y contracturas son la respuesta corporal a todos los acontecimientos ocurridos a lo largo de la vida y han dado al cuerpo la forma que tiene actualmente. Por lo tanto es fundamental que las personas conozcan su propio cuerpo y comprendan las interacciones musculares que acaban determinando su forma.

Es posible lograr el equilibrio corporal reconociendo aquellas zonas tensas (alejadas de la forma ideal) a través de la toma de conciencia del propio cuerpo para conseguir movimientos y posturas inteligentes.

⁴⁵ Feldenkrais, Moshe. “La dificultad de ver lo obvio”. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1991. Pág.140.

La clave está en el desarrollo de las percepciones no visuales, en donde la persona puede descubrirse desde el interior de sí misma, despertar sensaciones reprimidas, adormecidas en el cuerpo, encontrar su unidad y así el bienestar, la salud.

Desarrollar y agudizar la autoconciencia corporal, se refiere a conocerse desde el cuerpo, descubrir los huesos, sus direcciones, los espacios entre los huesos, sentir los músculos, llegar a conocer los significados de algunos dolores o tensiones y su relación con la postura, darse cuenta de cómo favorece la utilización de movimientos realizados con conciencia. Para lograr esto, la atención de la persona debe impulsarse en dos direcciones. La primera es la interna, necesaria para conectar con las sensaciones interiores corporales (propiocepción-kinestesia) y también con sensaciones psicológicas (emociones-sentimientos). La segunda se orienta al exterior, a una toma de conciencia de sí mismo en relación con el espacio y con el entorno social. Al comprender patrones de movimientos se comprenden los patrones de comportamiento que se han ido adoptando a lo largo de la vida en las actividades diarias.

La experiencia vivencial a través del cuerpo, permite conocer potencialidades del propio ser, desconocidas hasta ese momento. A partir de la observación de uno mismo y el conocimiento del propio cuerpo se puede empezar a intervenir, se trata de aprender a escucharlo, a pensarlo, a examinarlo, a descifrar sus mensajes con aptitud de modificarlo.

“Es posible encontrar las llaves de nuestro cuerpo, tomar posesión de él, habitarlo al fin, para hallar en él: vitalidad, salud y autonomía a que tenemos derecho” (Therese Bertherat, 1980)⁴⁶

⁴⁶ Bertherat, Thérèse. “Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia”. Editorial Paidós, 1980. Pág:11

Capítulo IV

Calidad de Vida

CAPÍTULO IV

La Calidad de Vida relacionada con la Salud es el conjunto de características que definen el bienestar y el funcionamiento de una persona en un momento dado. La medición de estas características debe abarcar los ámbitos físicos, psicológicos y sociales del individuo.

La calidad de vida (6) ⁴⁷

La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"⁴⁸.

Se ha hecho frecuente en estos últimos años utilizar el término calidad de vida (CV), ya sea en el ámbito político, económico, académico o en el área de la salud, por los profesionales Médicos, Psicólogos, Asistentes Sociales, Enfermeros, Terapistas Ocupacionales, etc. Es necesario entonces comenzar por definir que es la CV.

Coinciden en afirmar algunos autores que surge el término en la década del '70 extendiéndose hacia los años '80, encubierto por el desarrollo de conceptos tales como bienestar, salud y felicidad. Algunos (Ferrel, cols, 1989; Grau, 1997) retoman las primeras contribuciones en esta temática realizadas por trabajos de Filosofía y Ética, y aseguran que se usó para discutir problemas del significado de la Vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. Otros señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias Médicas para extenderse rápidamente a la Psicología y Sociología. A principios de la década del '80 la mayoría de los trabajos provenían en una proporción mayor de las Ciencias Médicas en relación a los trabajos Psicosociales, hacia finales de esta década esta proporción se fue invirtiendo.

⁴⁷ Auzmendi, Ana Laura. Tesis de Grado: "Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados". UNMDP, 2004. Pág: 18-22.

⁴⁸ Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-1409

La evolución del concepto de CV se caracterizó por una continua ampliación. En las antiguas civilizaciones se asociaba al cuidado de la Salud personal, se centró luego en la preocupación por la Salud e Higiene Pública, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, e incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. En este transcurrir, los indicadores han evolucionado desde la vertiente de las condiciones de vida hasta la experienciación (percepción, valoración) de estas condiciones. A medida que fueron creciendo los estudios en esta temática, este concepto fue sufriendo un proceso de maduración y aumentando la complejidad y, a la vez, enriqueciendo su vulnerabilidad.

De esta manera surgen una serie de problemas en la investigación de la CV en el contexto de la salud. Uno de ellos se debe a su identificación conceptual determinada por su complejidad, ha resultado más fácil poder medirla que definirla. Confundiéndosela con bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad (Grau 1997). Según Campbell y cols (1976) es una entidad vaga y etérea, no se sabe exactamente de qué se trata, pero es algo de lo que todo el mundo habla, por eso a tal punto ha llegado su indistinción.

El concepto CV es extenso y ambiguo. Si al fenómeno vida humana se lo despoja de su dimensión temporal (la cantidad: expresada en esperanza de vida en años, tasa de mortalidad, etc.), los atributos que restan tienen que ver con la calidad, pero esta requiere otro tipo de indicadores (Ware 1987). Según Slevin y otros (1988) definirla adquiere connotaciones filosóficas.

Levi y Anderson afirman que la CV es una “medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”⁴⁹. Actualmente es enorme la diversidad de las definiciones, pero la gran mayoría de los autores la conceptualizan con referencia al bienestar de las personas.

Otro de los problemas surge relacionado con la naturaleza de sus componentes subjetivos y objetivos. El primero corresponde a definiciones basadas en el bienestar, la satisfacción y la felicidad. El segundo se refiere a las condiciones materiales de la vida, nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto, que suele aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos

⁴⁹ Levi L. y Anderson. “La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida”. México. Editorial El Manual Moderno, 1980. Pág: 7.

de medición (Grau 1977). Puede referirse la cuestión de la objetividad a quien hace la evaluación: si un observador externo o la propia persona (Slevin y otros 1988; Fayos y Beland 1981; De Haes, Van Knippenberg 1987). Esto es particularmente importante en lo que refiere a CV en relación con la salud y, especialmente en la resolución de los problemas metodológicos de su evaluación.

En los últimos años se ha dado mayor preponderancia a la evaluación del propio individuo en relación al componente subjetivo, de su naturaleza psicológica (De Haes, Van Knippenberg 1987, 1989; Lara, Muñoz y cols. 1995; Grau, Jimenez, Chacán y otros 1995; Grau 1997). Como se ha planteado (Moreno, Ximenez 1996; Grau 1997) las condiciones "objetivas" se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar "subjetivo". No basta con los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; está claro que no siempre el sufrimiento y la felicidad están determinados por el nivel de vida: la opulencia social y el consumismo de bienes no significan, definitivamente, CV (Campbell 1976; Grau 1997). Si la CV es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto (De Haes, Van Knippenberg 1989; Gill y Feinstein 1994; Winefeld 1995). Por lo tanto, según Slevin y cols. (1988) no basta con el juicio exclusivo de los agentes de salud, debe contarse con la valoración de las personas.

Desde el punto de vista de la psicología, este concepto se convierte básicamente en un tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida; se centra en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos que la integran.

Debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida y, por lo tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva hay que subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener 1984). Sin embargo, existen opiniones divergentes en relación a la satisfacción (Reimel, Muñoz 1990), asociándola a factores intrínsecos (reconocimiento, progreso, autorrealización) y extrínsecos (status, salarios, seguridad) o conceptualizándola en términos de actitud. Esto ha permitido recientemente examinarla desde diferentes modelos teóricos.

A lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona a partir esas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. No obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como positivas o no, es decir, aspectos que influyen en la escala de valores y las expectativas de la personas: la cultura.

Pues bien, se concibe al ser humano inmerso dentro de una sociedad enmarcada en un lugar determinado (físico e histórico) y una cultura que ha adquirido mediante socialización; ambos elementos regulan e incluso limitan -si bien no de forma terminante- las concepciones de mundo del sujeto. Desde esta arista, el sujeto se ubica para evaluar más o menos consciente lo que le acontece y, sin duda, no es sencillo, puesto que este proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales antes mencionados, por nombrar algunos: el nivel evolutivo, la comparación con otros, su historia personal, el momento actual, las expectativas futuras, etc. Todo ello se conjuga y permite que el sujeto a cada momento de la vida, la conciba de cierta forma, y la vivencie acorde a dicha evaluación. Por último, si bien se ha planteado calidad de vida desde una evaluación mediada por una multiplicidad de factores, no se pueden obviar las características personales, el estado que se adiciona al resto de los factores antes mencionados complejizando más aun este proceso, desde aquí se rescata la subjetividad, esta forma de concebir el mundo tan particular como humanos existen en la Tierra, que a la vez está mediada por el proceso de socialización y la cultura en la cual se desenvuelve y lo regula.

Es desde este eje, el de la subjetividad, el hecho de que para entender conceptualmente "calidad de vida", se requiere comprender que, al concebirse: "vida" se hace referencia a una forma de existencia superior a lo físico, puesto que se debería considerar el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, entre otros elementos; en otras palabras, además de sus nexos con los demás en la esfera social y comunitaria, trasciende a su individualidad. Pues bien, por lo tanto, "Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así

como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores⁵⁰; es así como cada grupo social identifica las tendencias en materia de bienestar, por ello se hace preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la comunidad, por citar un ejemplo, en el caso de las sociedades que ya han resuelto sus necesidades básicas, en términos de bienes y servicios, sus objetivos de bienestar se orientan más hacia la realización personal familiar y profesional del grupo social, es decir, dada la existencia de sociedades más desarrolladas que otras, los estándares de bienestar son diferentes y así las definiciones de calidad de vida. Y tal como plantea Blanco (1988) Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales. La calidad de vida estaría además construida histórica y culturalmente con valores sujetos a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los particulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad, y su consecuente forma particular de mirar el mundo: Subjetividad.

Podemos concluir, diciendo que la calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana. Lo anterior se acopla a la perfección a la mayoría de las tendencias actuales, rechazan el concebir al humano como ser lineal, ello se considera obsoleto, ya que desde su misma corporalidad la complejidad del ser humano es indescriptible, por ello acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de esta madeja de factores mutuamente influyentes; por ello el concepto de Calidad de Vida depende en gran parte de la concepción propia de mundo que tiene el sujeto en particular: la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera. En otras palabras, y a modo de síntesis, se recalca el valor de la interpretación que se realiza de los hechos y lo objetivo que se tiene en la vida, es decir, el valuarte inmensurable de lo subjetivo: "los lentes con los que nos paramos y vemos el mundo".

⁵⁰ <http://educapreven.blogspot.com.ar/p/calidad-de-vida-calidad-de-vida-y.html>

Capítulo V

La valoración en Terapia Ocupacional

CAPÍTULO V

La valoración en Terapia Ocupacional (8) ⁵¹

Uno de los aspectos clave para lograr una intervención ocupacional efectiva consiste en el seguimiento minucioso del proceso de Terapia Ocupacional. Una de las partes más relevantes del proceso es la etapa de “valoración”, que incluye la recogida de información, el análisis de los datos, la identificación de los problemas y de los resultados deseados, la toma de decisiones para la intervención y la evaluación continuada.

El razonamiento clínico tiene lugar en todo momento, haciendo juicios de manera constante con relación a la relevancia de la información, así como de las conclusiones, las acciones y las decisiones que se desprenden de ella. Esta última parte del proceso es la que le da sentido y lo convierte en un proceso genérico aplicable a todos los individuos. Aunque para cada uno es distinto, en toda persona debe estar cercanamente integrado con sus necesidades, conocidas a través de la valoración.

Valoración y Evaluación

Los términos valoración y evaluación se utilizan de forma indistinta e intercambiable, aunque no tienen el mismo significado. Ambos son términos complementarios que encierran conceptos estrechamente relacionados.

Begoña Polonio López (1998) define la *Valoración de Terapia Ocupacional* como un “proceso sistematizado y documentado de obtención y análisis de información sobre un estado particular de función, determinando el grado y el valor (cualidad y cantidad) de la discrepancia entre lo que se considera como norma y los hallazgos individuales obtenidos durante el mismo. Tiene por objeto proporcionar el fundamento sobre el que apoyarse para diseñar las hipótesis y planificar la línea terapéutica a seguir”⁵².

⁵¹ Polonio López, Begoña. “Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica”. Capítulo III. Argentina. Editorial Médica Panamericana, 2004. Pág: 39-59.

⁵² *Ibidem*. Pág: 40.

La Valoración es la suma de los resultados de las evaluaciones utilizadas, que proporcionan una visión exacta del nivel funcional de la persona, entendido en el más amplio sentido de la palabra.

La Evaluación tiene un doble significado, por un lado consiste en toda serie de pruebas utilizadas para medir las habilidades y déficit del paciente y, por el otro, sirve al terapeuta ocupacional para actualizar su trabajo, para determinar la eficacia del mismo y para modificar la línea terapéutica, en la medida en que el cumplimiento (o la inalcanzabilidad) de los objetivos propuestos así lo requiera.

El Proceso de Valoración

El proceso de valoración comienza con un screening, es decir, una primera aproximación al caso, en el que se hace una evaluación breve de la situación, para determinar la adecuación del tratamiento y, a grandes rasgos, qué tipos de evaluaciones serán necesarias.

A continuación de este screening, si procede la intervención ocupacional, se realiza una valoración inicial completa en la que obtendremos toda información relevante del caso. Los procedimientos utilizados para llevar a cabo esta valoración son la revisión de historia clínica, la observación, la entrevista y el uso de procedimientos formales de evaluación.

Una vez obtenidos los datos más relevantes, se analizan e interpretan para identificar los problemas. Entonces, esta información se utiliza para establecer objetivos y prioridades para formular un plan de tratamiento integral.

Dependiendo del tipo de tratamiento y de los cambios observados en el rendimiento del paciente, el terapeuta efectuará nuevas mediciones de los parámetros de rendimiento o mejoría. Estos datos obtenidos en reevaluación se interpretan y se comparan con los registrados en la evaluación previa para poder apreciar los cambios.

La reevaluación es esencial para determinar la efectividad del tratamiento, para modificar estrategias terapéuticas utilizadas en relación con las necesidades del paciente y para revisar la valoración.

El proceso finaliza con el análisis de los resultados y de la efectividad del proceso.

Métodos de Evaluación

Existen métodos múltiples y variados de evaluación que oscilan en un continuum que va desde evaluaciones muy específicas para una función determinada, hasta baterías de procedimientos que evalúan toda una esfera del individuo, pasando por instrumentos para conocer el nivel funcional en un área de desempeño.

Para que el resultado de la valoración sea satisfactorio, es necesario combinar el conocimiento con la experiencia y con la capacidad del terapeuta para escuchar activamente, para comprender al otro, para empatizar con él y para lograr su confianza, de modo que puedan lograrse las metas finales de la intervención de forma cooperativa. El terapeuta debe registrar todos los datos obtenidos con la mayor precisión y objetividad posibles.

La primera entrevista es vital para el posterior desarrollo de la intervención, ya que aquí comienza a establecerse la relación terapéutica entre el terapeuta y el paciente. Para que el resultado de la intervención sea satisfactorio es esencial combinar una serie de elementos internos del terapeuta, relacionados con el conocimiento y con las actitudes propias, y externos, relacionados con el contexto. Entre los aspectos intrínsecos, cabe destacar una formación sólida que guíe la selección de preguntas y las áreas que hay que cubrir en la entrevista, y la capacidad para escuchar activamente, desempeñando un papel de compromiso con el paciente y de profundo respeto. Entre los aspectos extrínsecos, podemos considerar: el lugar donde se lleva a cabo la entrevista, las interrupciones, la privacidad, las distracciones, el ambiente, etc.

Existen principalmente dos tipos de entrevistas, la estructurada y la no estructurada. La estructurada tiene un formato predefinido para ser utilizada en una situación particular, en la que el terapeuta recoge la misma información en todos los casos que la usa. La entrevista no estructurada, por el contrario, permite recoger libremente información que se considera relevante en cada caso. También existen las entrevistas semiestructuradas, en las que se da una combinación de las anteriores, con una parte de las preguntas cerradas y otra abierta.

Según Benjamín (1974), la entrevista tiene tres partes: iniciación, desarrollo y cierre. En la fase de iniciación, el terapeuta explica el propósito de la entrevista y su rol. En este momento comienza a establecerse una confianza y comprensión mutuas. Durante esta fase se deben definir los parámetros de la entrevista: el tiempo que se dispone, el tipo de tema

que se va a tratar y el uso que se hará de la información. Durante la fase de desarrollo, el entrevistador busca información y explora los problemas con la persona. Hay una serie de habilidades que deben ponerse en práctica en esta fase: formular solo una pregunta a la vez, tolerar el silencio, escuchar cuidadosamente, observar las respuestas verbales y no verbales, reformular o aclarar preguntas cuando sea necesario, estimular a la persona a continuar. La fase final de la entrevista debe poder ser anticipada por el entrevistado a través de las señales que le proporciona el terapeuta. Es importante tanto para el terapeuta como para el paciente saber que la entrevista está llegando a su fin.

La observación, durante la entrevista o el desempeño funcional de tareas, es el medio para completar y contrastar la información obtenida durante la entrevista. Mediante esta se puede obtener mucha información sobre el paciente, como, por ejemplo, la postura, habilidad física, habilidades sociales, manera de vestir, tono de voz, expresión facial, manera de hablar y comunicarse, etc.

Además de la observación informal, podemos utilizar una observación estructurada para evaluar como el paciente ejecuta una actividad predeterminada.

Procedimientos formales de evaluación

El terapeuta elegirá en cada momento, entre los instrumentos disponibles para el propósito de su valoración, aquellos que resulten más apropiados, teniendo en cuenta que el instrumento de medida seleccionado debe reunir una serie de características: fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio y especificidad.

Referencias Bibliográficas:

Godelieve Struyf-Denys. "El manual del mezierista" (Tomo I y II). España. Editorial Paidotribo, 2004.

Goussard, Jean-Claude. "El método Mézières" Traducción: F. Colell. Paris. Revista de Medicina y Ortopedia, 1987.

http://www.diafreo.es/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=10

<http://files.sld.cu/rehabilitacion-ejer/files/2010/05/metodo20meziere.pdf>

<http://ifgm.es/index.php/es/prof-metodo-mez/tratamiento>

http://www.reeducacioncorporalfuncional.com/ed_articulomezieres.php

<http://asso.mezieres.pagesperso-orange.fr/description2/corpsindicaciones.htm>

<http://www.lanacion.com.ar/827405-antigimnasia-una-herramienta-que-libera-el-cuerpo-de-tensiones>

<http://www.metodo-mezieres.com/index.php/es/metodo-mezieres/como-es-una-sesion>

<http://buenasiembra.com.ar/salud/terapias-alternativas/therese-bertherat-creadora-de-la-pedagogia-corporal-1213.html>

Bertherat, Thérèse. "Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia". Buenos Aires. Editorial Paidos, 1980.

Bertherat Thérèse. "La guarida del Tigre: antigimnasia para el dolor espalda y las contracciones musculares". Buenos Aires, Editorial Paidos, 1998.

Bertherat, Thérèse. "El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia". Buenos Aires. Editorial Paidos, 2009.

Feldenkrais, Moshe. "La dificultad de ver lo obvio". Buenos Aires. Editorial Paidos, 1991.

<http://www.indepsi.cl/bodyreaders/literatura/arti-ryv.htm>

<http://feldenkraisbarcelona.net/2009/10/14/el-metodo-feldenkrais/>

Vishnivetz, Berta. "Eutonía: educación del cuerpo hacia el ser". Buenos Aires. Editorial Paidós, 1994.

http://www.eutoniaconruth.com.ar/nota_tecnicas_full.php

Souchard, Philippe. "Stretching Global Activo: de la perfección muscular a los resultados deportivos" (4° Edición). España. Paidotribo, 2003.

<http://www.serfuncional.com/2012/03/20/los-5-principios-del-stretching-global-activo-i/>

Busquet, Léopold. "Las cadenas musculares. Tomo I" (4° Edición). España. Paidotribo, 2007.

Bertocchi, Francisco y Wingerter, Julieta. Tesis de grado: "Comportamiento del flujo respiratorio máximo de niños con Síndrome de Respirador Bucal luego de realizar elongación de la Cadena Muscular Inspiratoria a través del método Stretching Global Activo". Licenciatura en Kinesiología. UNER, 2012.

Auzmendia, Ana Laura. Tesis de Grado: "Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados". UNMDP, 2004. Pág: 18-22.

Group: The World Health Organization Quality of Life Assesment: Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-1409

<Http://psicologiabienestar.wordpress.com/2011/04/11/autoconciencia/>

<http://elyoga.about.com/od/Tradicionfilosoficayespiritual/a/Autoconciencia-Para-Llegar-A-La-Conciencia-conocimiento-interior.htm>

Polonio López, Begoña. "Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica". Argentina. Editorial Médica Panamericana, 2004.

Parte III

Aspectos Metodológicos

Aspectos metodológicos de la Investigación

Problema

¿De qué manera influye la Educación Postural Activa (EPA) en la calidad de vida de las personas, de entre 40-60 años, que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo de julio-agosto del año 2013?

Objetivos

Objetivo general:

* Determinar de qué manera influye la EPA en la calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

Objetivos específicos:

* Identificar los resultados de la evaluación de los pacientes pre-intervención de las sesiones de Educación Postural Activa.

* Identificar las modificaciones que se producen en los pacientes post-intervención de las sesiones de Educación Postural Activa.

* Comparar los resultados obtenidos en las evaluaciones pre y post-intervención.

Variable principal de estudio

Variable: Educación Postural Activa (EPA) en relación a la Calidad de Vida.

Definición Conceptual: EPA en relación a la CV

Modo en que una persona percibe su salud física y mental a partir de lograr autoconciencia, a través de un medio terapéutico preventivo, como lo es la EPA. Este permite, a partir de un trabajo vivencial de autoconocimiento, desplegar la conciencia corporal, la capacidad de observación y percepción, con lo que se logra desarrollar y mantener la salud.

Definición Operacional:

Educación Postural Activa: Método de tratamiento 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. Siendo el principal propósito de este medio terapéutico brindar al paciente la posibilidad de aprender a cuidar de su propia salud.

Dimensión: Percepción de la propia salud

Salud física y mental: Capacidad que el cuerpo humano tiene para satisfacer las exigencias que son impuestas por la vida cotidiana. Dichas forma física es un estado del cuerpo que al mismo tiempo se vincula con los estados mentales; ambos combinados nos ayudan a desarrollar una vida dinámica y positiva.

Satisfacción en relación a la salud: Estado de complacencia que la persona refiere respecto su salud física, mental y social.

Sensación de placer, disfrute, satisfacción: Capacidad que tiene la persona de goce respecto la vida.

Dimensión: Percepción del propio cuerpo

Localización en el 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.

Limitación que genera la contractura, tensión y/o dolor: Impedimento ocasionado por las molestias corporales.

Conciencia postural: Capacidad para reconocer la posición del cuerpo en el espacio.

Respiración consciente: Capacidad para reconocer los momentos respiratorios de inhalación y exhalación.

Nivel de energía: Capacidad física y mental que tiene la persona para afrontar diversas situaciones cotidianas.

Sueño: Capacidad que tiene la persona para relajarse física y mentalmente y así lograr un descanso reparador.

Dimensión: Percepción de los propios sentimientos - emociones

Aceptación del propio cuerpo: Reconocer y aprobar la propia apariencia física.

Satisfacción en relación a su sexualidad: Estado de complacencia que la persona refiere respecto sus relaciones sexuales.

Frecuencia de sentimientos de malestar: Manifestaciones recurrentes de sentimientos negativos.

Dimensión: Percepción de las relaciones Interpersonales

Entorno social saludable: Ambiente en el cual la persona establece relaciones interpersonales que le permiten mantener cierto bienestar.

Vínculos satisfactorios: Capacidad de goce y disfrute en las relaciones interpersonales.

Dimensión: Nivel de responsabilidad en relación a la propia salud

Medidas para evitar contractura, tensión y/o dolor: Acción llevada a cabo para aliviar molestias corporales.

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

Dimensionamiento de la variable

Variable: Educación Postural Activa en Calidad de Vida

Dimensiones	Indicadores	Nivel de Medición
Percepción de la propia salud	*Salud física y mental.	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
	*Satisfacción en relación a su salud.	Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho
	*Sensación de placer, disfrute, satisfacción.	Nada Poco Medianamente Bastante Totalmente

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

Percepción del propio cuerpo	*Localización en el cuerpo de contractura, tensión y/o dolor.	Cabeza Cuello Hombros Espalda Caderas Rodillas Pies Otras partes del cuerpo Ninguna
	*Reconocimiento de las causas de la contractura, tensión y/o dolor.	Malas posturas Falta de ejercicio Falta de descanso Malos hábitos Causas emocionales
	*Limitación que genera la contractura, tensión y/o dolor.	Nada Poco Medianamente Bastante Extremadamente
	*Conciencia postural.	Siempre Frecuentemente A veces Raramente Nunca
	*Nivel de energía.	Nada Poco Medianamente Bastante Totalmente
	*Sueño.	Siempre Frecuentemente A veces Raramente Nunca

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

<p>Percepción de los propios sentimientos/emociones</p>	<p>*Imagen/esquema corporal/ Aceptación del propio cuerpo.</p> <p>*Satisfacción en relación a su sexualidad.</p> <p>*Frecuencia de sentimientos de malestar.</p>	<p>Si No A veces</p> <p>Nada Poco Medianamente Bastante Totalmente</p> <p>Siempre Frecuentemente A veces Raramente Nunca</p>
<p>Percepción de las relaciones interpersonales</p>	<p>*Contexto/ambiente que lo rodea.</p> <p>*Vínculos satisfactorios/ satisfacción en relación a los vínculos.</p>	<p>Nada Poco Medianamente Bastante Totalmente</p> <p>Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho</p>
<p>Nivel de responsabilidad en relación a su propia salud</p>	<p>*Medidas p/evitar contractura, tensión y/o dolor.</p> <p>*Dedicación en relación al estado de su cuerpo.</p>	<p>Analgésico Ejercicio de estiramiento Auto-masaje Otras medidas</p> <p>Si No A veces</p>

Tipo de estudio

Reconocer cómo influye la EPA en la Calidad de vida implicó, en un primer momento, hacer un relevamiento teórico bibliográfico y diseñar un cuestionario para poder recabar los datos. Se aplicó el instrumento mencionado en aquellas personas que concurrieron a las sesiones de EPA en la Clínica de Salud durante los meses de julio y agosto, bajo la modalidad de pre-prueba y post-prueba. Finalmente, se compararon los resultados y así pudimos describir dicha influencia sobre la calidad de vida de las personas que participaron de la investigación. Para ella se realizó un Estudio Exploratorio-Descriptivo, de campo y transversal.

A su vez se hizo referencia a un estudio pre-experimental del tipo diseño en un grupo con medición pre y post-intervención.

Tipo de Estudio por su nivel de profundidad

Estudio Exploratorio:

A partir de dicha investigación se abordó un tema o problema de investigación poco estudiado, como lo es la Educación Postural Activa. Así se logró aumentar el grado de familiaridad con esta técnica de tratamiento innovadora, y que sea utilizada como punto de partida para otros estudios más profundos, ya que este tipo de estudios permiten identificar tendencias, descubrir variables e identificar sus posibles relaciones. Cabe aclarar que este tipo de estudio carece de hipótesis previas.

Estudio Descriptivo:

Se llevó a cabo una investigación sobre la influencia de la Educación Postural Activa en la calidad de vida, intentando determinar esta influencia con una evaluación pre y post-intervención de Terapia Ocupacional. Pretendiendo describir algunas características fundamentales, tanto del método de tratamiento como de su relación con la calidad de vida, que se presentan en las personas concurrentes a las sesiones de Educación Postural Activa.

Ya que la realización de estudios descriptivos supone la existencia de investigación exploratoria ejecutada sobre el tema por el mismo investigador, es que se concluyó que la mencionada investigación sería un Estudio Exploratorio - Descriptivo.

Tipo de Estudio por su nivel de aplicación

Se trató de un estudio de campo, ya que se estudiará a aquellas personas que concurrieron a las sesiones de Educación Postural Activa en la Clínica de Salud de la Ciudad de Mar del Plata con el fin de conocer su estructura y sus relaciones sociales en el medio natural.

Tipo de Estudio por su relación con el número de Aplicaciones

Teniendo en cuenta el alcance temporal de la investigación, esta consistió en un estudio transversal. Debido a que se realizó por única vez en el período comprendido entre julio-agosto del 2013.

Selección del diseño de Investigación

Diseño Pre-experimental

El diseño pre-experimental se llevó a cabo en la Clínica de Salud, en la cual los grupos se conformaron de manera natural, teniendo en cuenta que cada persona que concurre allí lo hace de manera autónoma e independiente.

El tipo de diseño consistió, en este caso, en administrar una evaluación previa a las 10 sesiones de Educación Postural Activa y otra, finalizados los encuentros; bajo la modalidad de pre-prueba y post-prueba con el fin de analizar una sola variable que es la Educación Postural Activa en la calidad de vida.

Población

La población accesible fueron de hombres y mujeres que asistieron a la Clínica de Salud de la Ciudad de Mar del Plata durante los meses de julio-agosto del 2013.

Muestra

Hombres y mujeres que concurrieron a la Clínica de Salud de la Ciudad de Mar del Plata durante los meses de julio-agosto. Un total de 14 personas constituyeron la muestra.

Método de selección de la muestra

Se acudió a la utilización 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 a los que se tuvo fácil acceso, ya que se conseguirán los resultados de esta investigación seleccionando directa e intencionadamente a aquellas personas que asistieron a la Clínica de Salud y cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.

Cráterios de selección de la muestra

Criterios de Inclusión:

Hombres y mujeres entre 40-60 años que concurrieron a las sesiones de Educación Postural Activa durante el periodo julio-agosto.

Hombres y mujeres que aceptaron la propuesta de participación en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Personas que no aceptaron participar del estudio.

Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos utilizada para llevar a cabo la investigación fue un Cuestionario administrado por entrevista personal, que se aplicó a personas que concurrieron a las sesiones de EPA en la Clínica de Salud de la Ciudad de Mar del Plata durante el periodo julio-agosto del 2013.

Instrumento: Cuestionario

El cuestionario consiste en un conjunto de 22 preguntas respecto a la variable a medir: EPA en la Calidad de Vida. El contenido de las preguntas es variado, teniendo en cuenta que los aspectos medidos están relacionados con: la percepción de la propia salud, la percepción del propio cuerpo, la percepción de las emociones y sentimientos, la percepción de las relaciones interpersonales y el nivel de responsabilidad del sujeto en relación con su propia salud.

Las preguntas que constituyen el cuestionario son cerradas. Estas contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas, es decir, se presentaron a los sujetos las posibilidades de respuestas y ellos debieron circunscribirse a ellas. Algunas son dicotómicas (dos alternativas) y otras incluyen varias alternativas de respuestas.

Dichas categorías de respuestas fueron definidas a priori y se le presentarán al respondiente, quien debió elegir la opción que describía más adecuadamente su respuesta.

Se aplicó el cuestionario a través de una entrevista personal. De manera individual y reservada. Se utilizó un cuestionario "Pre-intervención" y "post-intervención" con el objeto de poder comparar los resultados y así determinar la manera en la que influye la EPA en la calidad de vida de dichas personas.

Análisis de datos

Los datos se analizaron a través de las siguientes herramientas:

Técnicas estadísticas descriptivas

Porcentaje

Tablas bivariadas

Presentaciones gráficas.

Referencias Bibliográficas:

Hernández Sampieri, Roberto. "Metodología de la Investigación" (4° Edición). Mc Graw Hill. México, 1991.

http://132.248.9.9/libroe_2007/0966808/09_c05.pdf

http://www.slideshare.net/cucha_/tcnicas-e-instrumentos-para-elaborar-el-proyecto-de-tesis?from_search=3

<http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catmetinvcont/material/PPT%20Parte%207%20Analisis%20de%20los%20datos-1.pdf>

Parte IV

Análisis de los Datos

ANALISIS CUANTITATIVO

PRESENTACIÓN DE LA MUESTRA

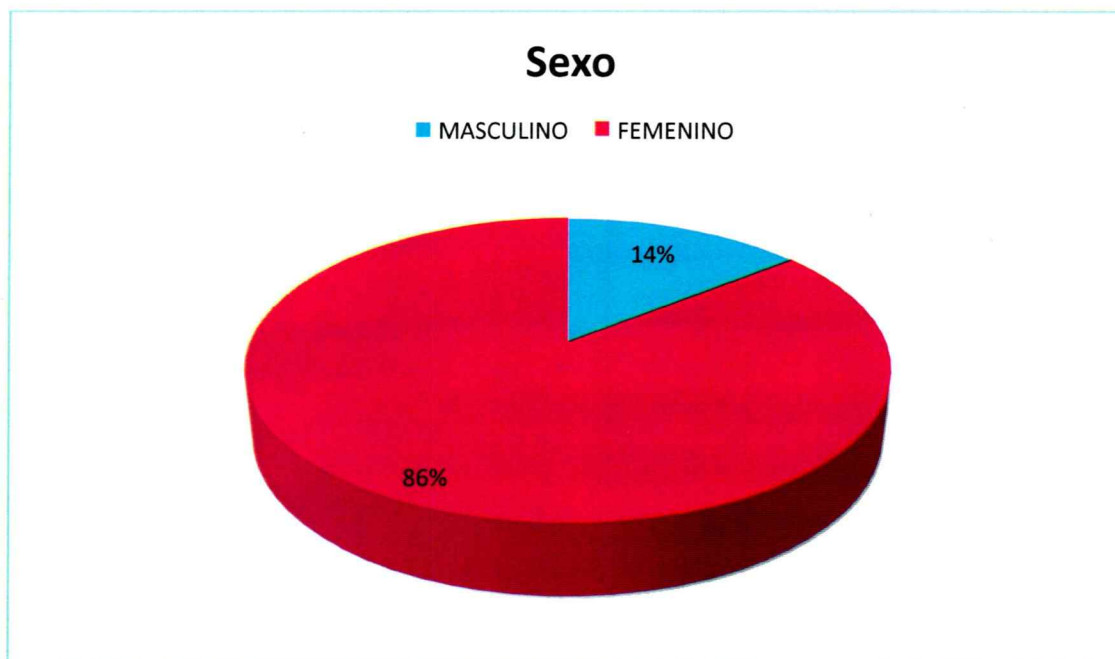


GRAFICO N° 1: Sexo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 14,3 % fueron de sexo masculino y el 85,7 % restante de sexo femenino

RESULTADOS OBTENIDOS

PREVIO A LA INTERVENCION EN EDUCACION POSTURAL ACTIVA



GRAFICO N° 2: Consideración sobre la propia calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 7,1 % consideran tener una muy buena calidad de vida, el 57,2% consideran que es buena y el 35,7% restante que es regular. Ninguno de las personas considera que su calidad de vida es mala o muy mala.



GRAFICO N° 3: Grado de satisfacción con su propia salud de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 21,4 % consideran estar muy satisfecho con su salud, el 50% consideran estar satisfecho y el 28,6% restante que están insatisfechos.

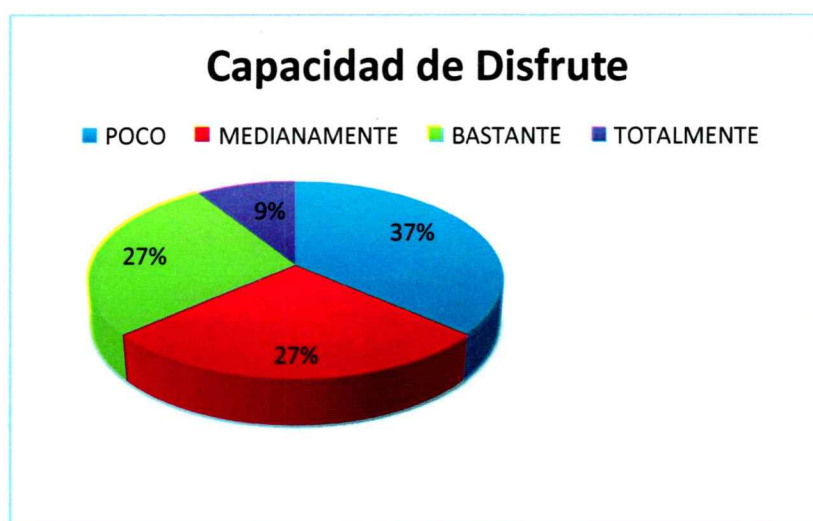


GRAFICO N° 4: Capacidad de disfrutar de las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 28,6 % consideran que disfrutaron poco de sus actividades diarias, el 21,4% consideran disfrutar lo normal, el 28,6% consideran disfrutar bastante y el 21,4% restante que disfrutaron totalmente.



GRAFICO N° 5: Localización de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 28,6 % presentan contracturas, tensión y/o dolor en la espalda, el 21,5% en las caderas, los que presentan

cuello y hombros se dividieron en un porcentaje igual de 14,3% , mientras que el resto en rodillas, pies y otras partes del cuerpo se dividieron con igual porcentaje (7,1%).



GRAFICO N° 6: Consideración de las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 51,1 % considera que las causas de las contracturas, tensión y/o dolor son malas posturas/posiciones, el 28,7% considera que son causas afectivas-emocionales, mientras que los que consideran que se debe a malos hábitos o falta de descanso se dividieron con igual porcentaje (7,1%).



GRAFICO N° 7: Limitación que genera la contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,9 % considera las contracturas, tensión y/o dolor lo limita bastante, el 21,4% considera que lo limita medianamente, mientras el 28,6% considera lo limita poco. El 7,1% restante considera no lo limita.



GRAFICO N° 8: Medidas tomadas para evitar la contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,9 % toma un analgésico para aliviar las contracturas, tensión y/o dolor, el 35,7% realiza un ejercicio de estiramiento, mientras el 21,4% toma otras medidas.



GRAFICO N° 9: Dedicación en relación al estado de su cuerpo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 57,1 % no se toma un tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo, el 28,6% a veces, mientras el 14,3% si se toma un tiempo.

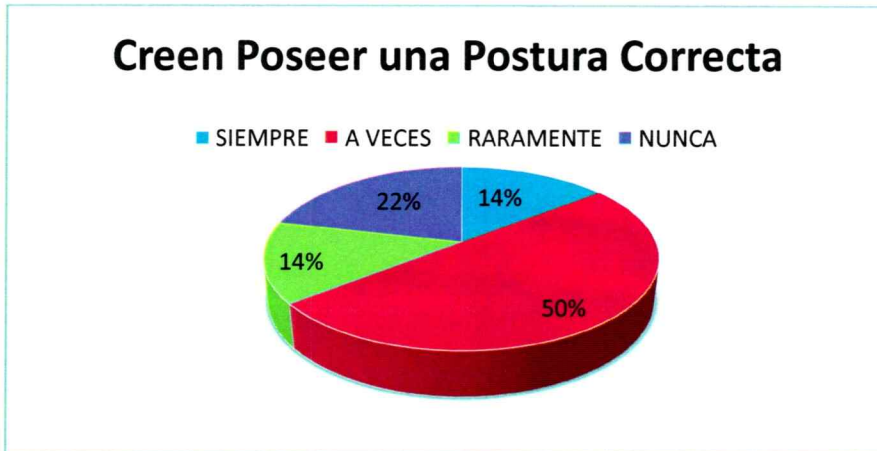


GRAFICO N° 10: Creencia de poseer una postura correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50 % a veces cree tener una postura correcta , el 14,3 % cree tenerla raramente, otro 21,4% cree tenerla nunca y el 14,3% restante cree tenerla siempre.



GRAFICO N° 11: Manera de sentarse de las personas que concurren a la Clínica de

Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50 % se sienta sobre sacro manteniendo espalda erguida y alineada, el 35,7% sobre isquiones manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada y el 14,3% restante sobre pubis manteniendo espalda erguida y alineada.

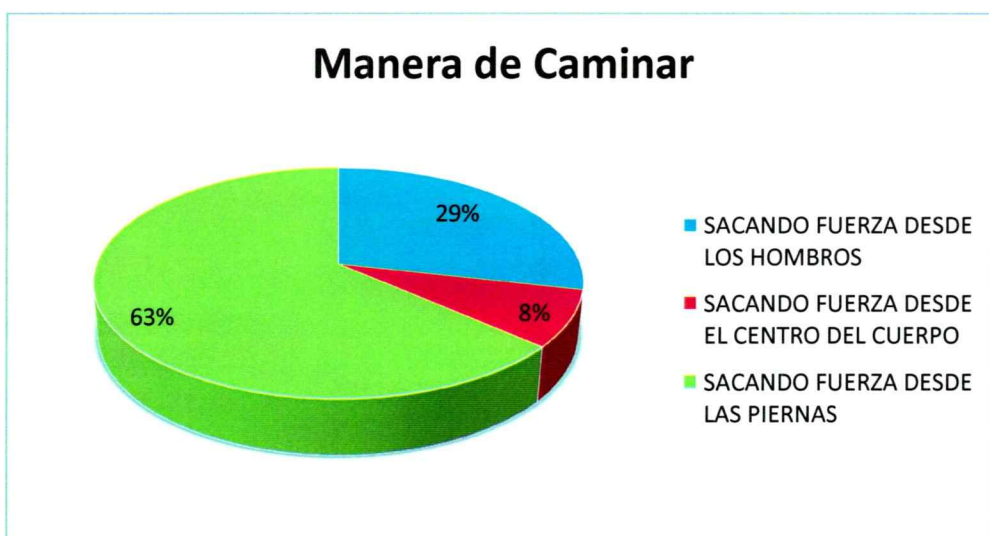


GRAFICO N° 12: Manera de caminar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 57,1 % camina sacando fuerza desde las piernas, el 57,1% saca fuerza de los hombros Y el 7,1 % restante saca fuerza desde el centro del cuerpo.



GRAFICO N° 13: Creencia de respirar de una forma correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,9 % no cree tener una respiración correcta, el 35,7% cree tener una respiración correcta y el 21,4% cree tener una respiración correcta a veces.



GRAFICO N° 14: Forma de respirar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 57,1 % cuando respira, inhala y exhala por nariz y el 35,7% inhala por nariz, exhala por boca.



GRAFICO N° 15: Lugar hacia donde se dirige el aire que respiran las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50 % cuando respira, dirige el aire hacia los pulmones, el 21,4% hacia la garganta, el 21,4% hacia el estómago y el 7,2% restante hacia el vientre.



GRAFICO N° 16: Cantidad de energía para realizar las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50 %considera que tiene poca energía para realizar las actividades diarias, el 35,7% medianamente tiene una cantidad de energía, el 7,1% tiene bastante energía y el 7,1% posee una total cantidad de energía.



GRAFICO N° 17: Aceptación de su apariencia física en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,8 % considera que acepta su apariencia física, el 35,7% la acepta a veces y el 21,5% no la acepta.



GRAFICO N° 18: Satisfacción respecto de su vida sexual en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,9 % considera que no está satisfecho con su vida sexual, el 35,4 % considera que está bastante satisfecho, mientras que los que consideran que están medianamente satisfechos presentan un porcentaje de 21,4%

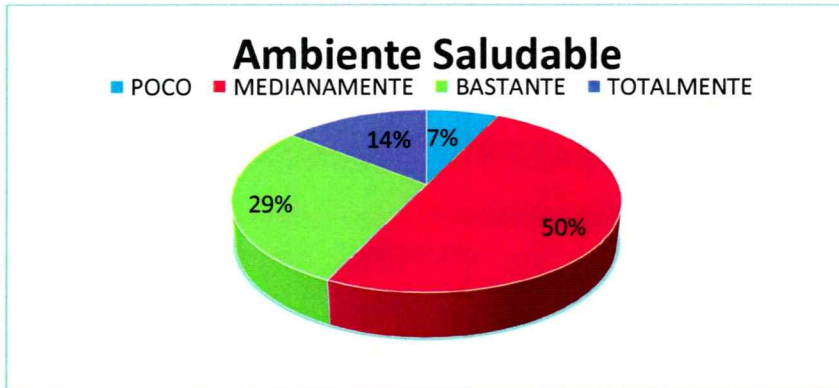


GRAFICO N° 19: Consideración respecto a cuan saludable es el ambiente físico que rodea a las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50 % considera que el espacio físico a su alrededor es medianamente saludable, el 28,6% considera que es bastante saludable, el 14,3% considera que es totalmente saludable y el 7,1% considera que lo es poco saludable.

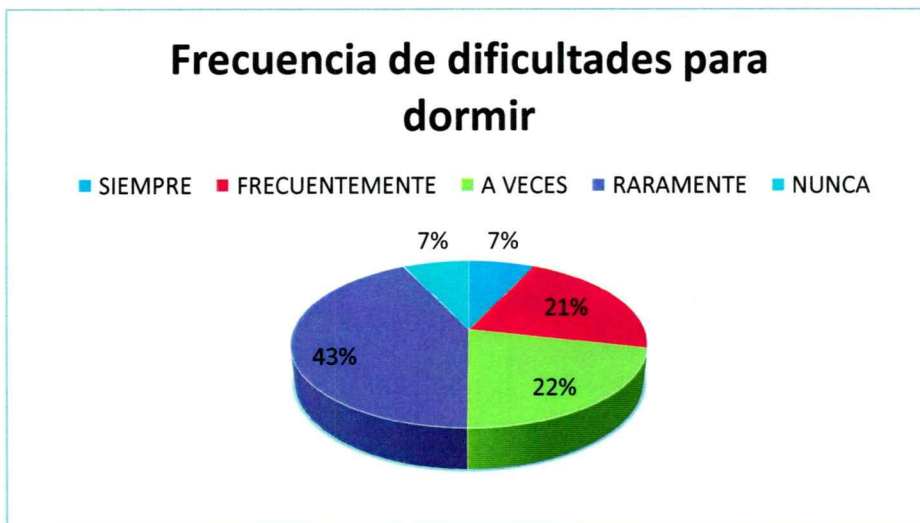


GRAFICO N° 20: Frecuencia de Dificultades para dormir de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,8% raramente tiene dificultades para dormir, los que consideran que tienen dificultades frecuentemente y a veces se dividieron con igual porcentaje (21,5%), los que consideran que no tiene dificultades presentan un porcentaje de 7,1% al igual que los que siempre tienen dificultades.



GRAFICO N° 21: Grado de satisfacción respecto a sus relaciones interpersonales de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50% está satisfecho con sus relaciones interpersonales, el 35,7% está muy satisfecho y el 14,3% considera que no está satisfecho.

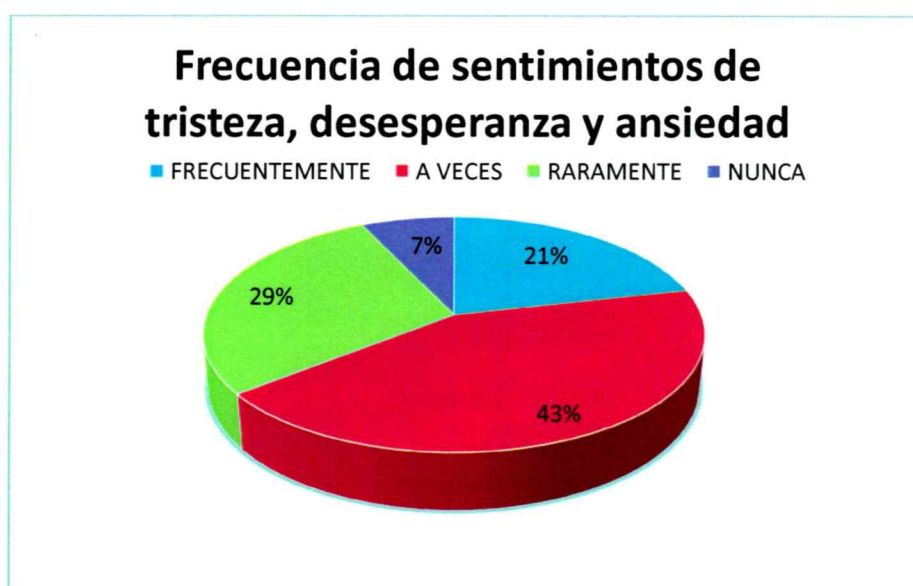


GRAFICO N° 22: Frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,9% a veces tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad, los que consideran que los tienen raramente presentan un porcentaje de 28,6%, el 21,4% considera que los tiene frecuentemente y el 7,1% restante nunca los tiene

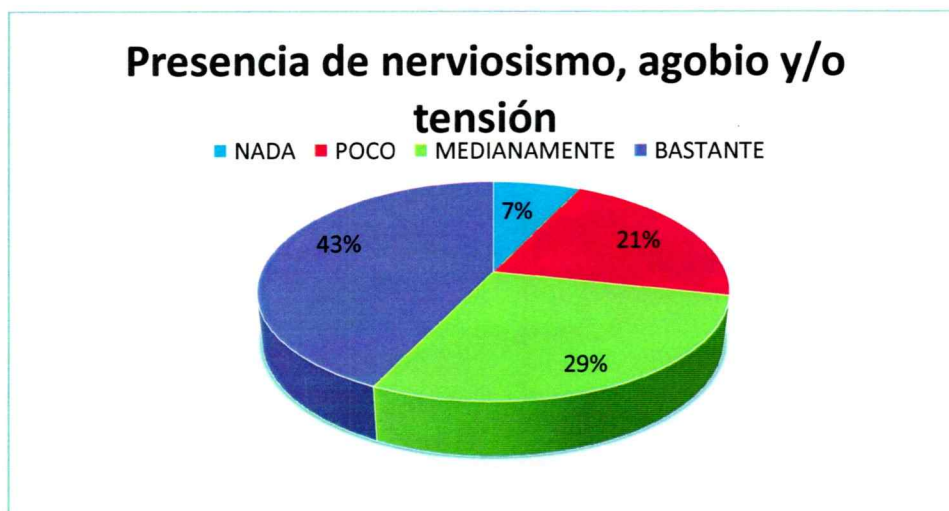


GRAFICO N° 23: Presencia de sentimiento de nerviosismo, agobio y/o tensión en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,9% se ha sentido bastante nervioso, agobiado y/o en tensión, el 28,6% consideran que medianamente los presentan, el 21,4% lo sienten poco y el 7,1% nada.

RESULTADOS OBTENIDOS

POSTERIOR A LA INTERVENCION EN EDUCACION POSTURAL ACTIVA



GRAFICO N° 24: Consideración sobre la propia de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 71,4 % consideran tener una buena calidad de vida, el 28,6% consideran que es muy buena. Ninguno de las personas considera que su calidad de vida es regular, mala o muy mala.



GRAFICO N° 25: Grado de satisfacción con su propia salud de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 41 personas que conformaron la muestra, el 35,7% consideran estar muy satisfecho con su salud, el 57,1% consideran estar satisfecho y el 7,1% restante que están insatisfechos.



GRAFICO N° 26: Capacidad de disfrutar de las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,9% consideran que disfrutan bastante de sus actividades diarias, el 35,7% consideran disfrutar totalmente y el 21,3% consideran disfrutar medianamente. Ninguno considera no disfrutar o disfrutar poco de sus actividades diarias.



GRAFICO N° 27: Localización de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 11 personas que conformaron la muestra, el 21,4 % presentan contracturas, tensión y/o dolor en las caderas, el mismo porcentaje se observa en hombros, el 14,4% en ninguna parte, mientras que el resto en cuello, espalda, rodillas, pies y otras partes del cuerpo se dividieron con igual porcentaje (14,3%).

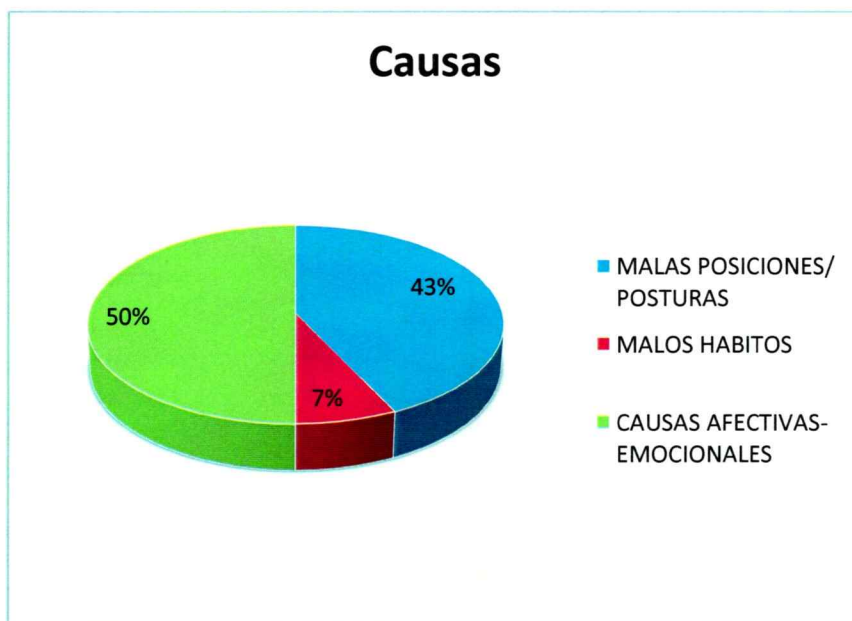


GRAFICO N° 28: Consideración de las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50 % considera que las causas de las contracturas, tensión y/o dolor son afectivas- emocionales, el 42,9% considera que son malas posiciones/ posturas, el 7,1% que considera que se debe a malos hábitos. Mientras que ninguna persona considero que se debe a falta de descanso o ejercicio.

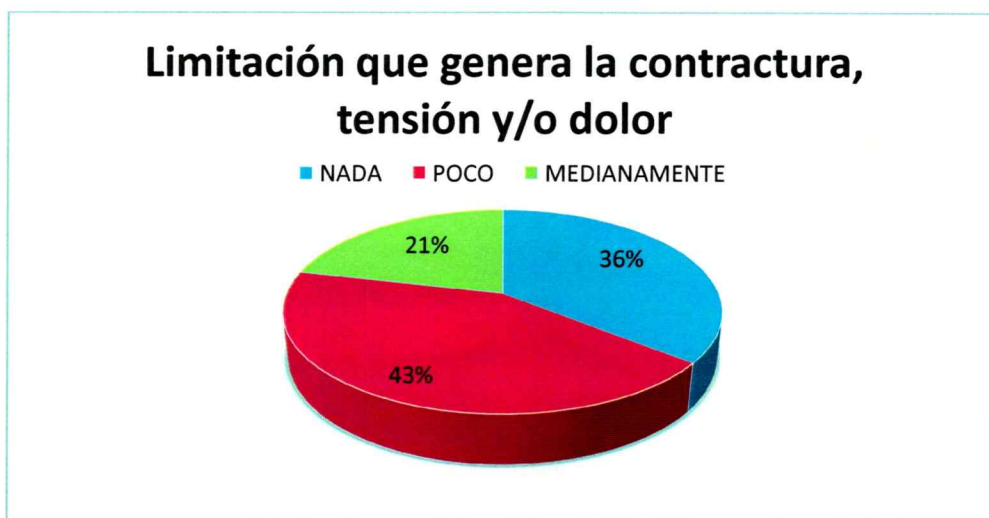


GRAFICO N° 29: Limitación que genera las contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 35,7 % considera las contracturas, tensión y/o dolor no lo limita, el 42,8% considera que lo limita poco., EL 21,4% restante considera que esta limitado medianamente. Ninguna persona considera que las contracturas, tensión y/o dolor lo limita bastante o totalmente.



GRAFICO N° 30: Medidas tomadas para evitar las contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 35,7% realiza un ejercicio de estiramiento para aliviar las contracturas, tensión y/o dolor, el 28,6% realiza un automasaje, el 28,6% toma otras medidas, mientras que el 7,1% toma un analgésico.



GRAFICO N° 31: Dedicación en relación al estado de su cuerpo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 11 personas que conformaron la muestra, el 57,1 % a veces se toma un tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo, el 42,9% si se toma un tiempo. Ningún paciente considero que no se toma tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo.

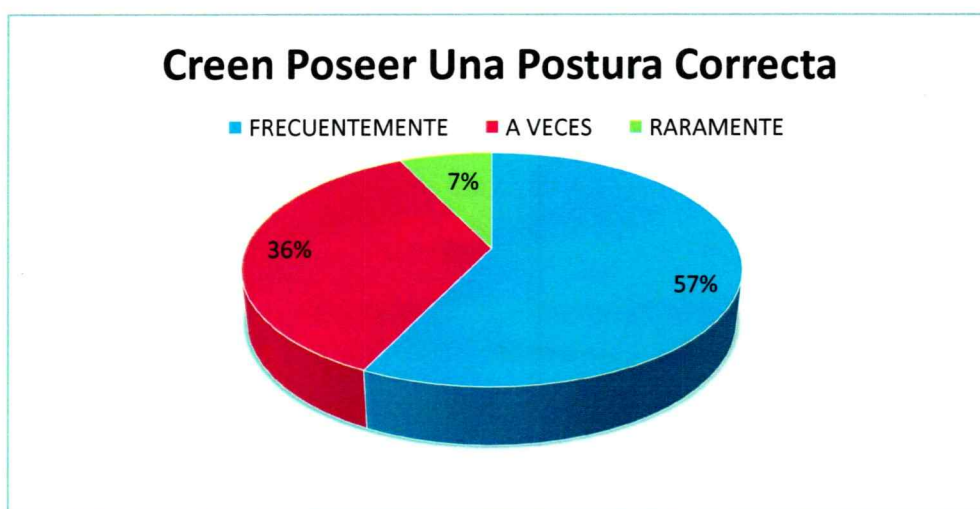


GRAFICO N° 32: Creencia de poseer una postura correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 57,1% cree tener una postura correcta frecuentemente, el 35,7% a veces cree tenerla, el 7,1% raramente cree tenerla. Ningún paciente considero que siempre tiene una postura correcta al igual que considerar que nunca la tienen.



GRAFICO N° 33: Manera de sentarse de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 85,7% considera que se sienta sobre isquiones manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada, el 14,3% considera que se sienta sobre sacro manteniendo la espalda erguida y alineada. Ninguno de los pacientes se sienta sobre pubis manteniendo la espalda erguida y alineada.

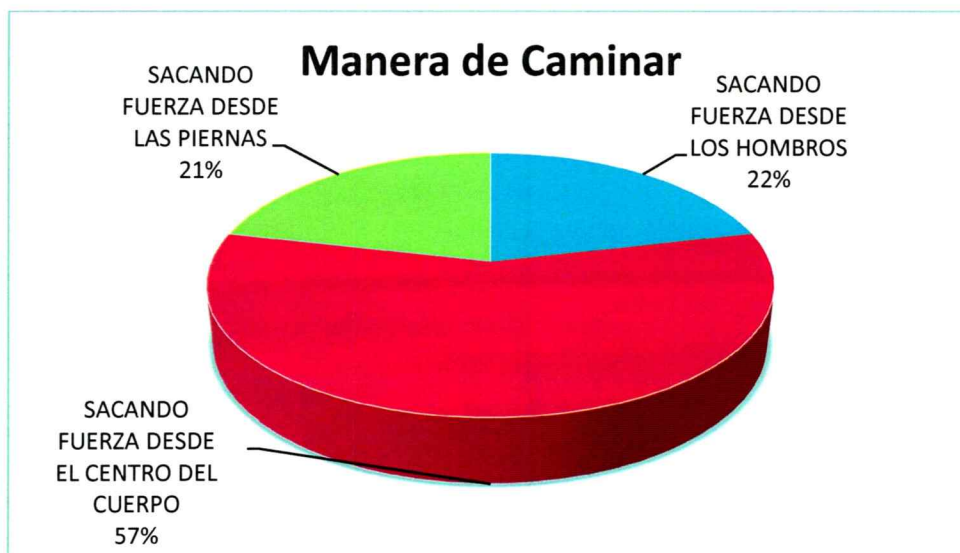


GRAFICO N° 34: Manera de caminar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 57,2 % camina sacando fuerza desde el centro del cuerpo, el 21,4% saca fuerza desde las piernas y el 21,4% desde las piernas.

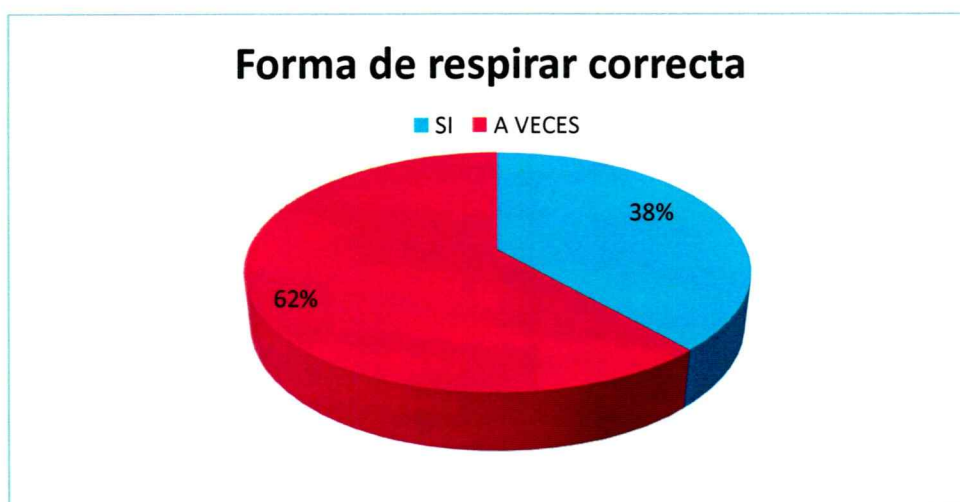


GRAFICO N° 35: Creencia de respirar de una forma correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 57,1 % cree tener una respiración correcta a veces, el 35,7% cree tener una respiración correcta. Ninguna persona cree no tener una respiración correcta.



GRAFICO N° 36: Forma de respirar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50% cuando respira, inhala por nariz y exhala por boca, el 42,9% inhala y exhala por nariz y el 7,1% restante inhala y exhala por boca.



GRAFICO N° 37: Lugar hacia donde se dirige el aire que respiran las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 57,1% cuando respira, dirige el aire hacia el vientre, el 28,6% hacia el estómago, el 14,3% hacia los pulmones. Ningún paciente considero que cuando respira lleva el aire a la garganta.



GRAFICO N° 38: Cantidad de energía para realizar las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50 %considera que tiene una total cantidad de energía para realizar las actividades diarias, el 28,6% tiene bastante de energía, el 21,4% tiene una cantidad media energía. Ninguna persona considero que no tiene o que tiene poca energía para realizar sus actividades diarias.



GRAFICO N° 39: Aceptación de su apariencia física en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 11 personas que conformaron la muestra, el 64,3 % considera que acepta su apariencia física y el 35,7% la acepta a veces. Ninguna persona considero que no acepta su apariencia física.



GRAFICO N° 40: Satisfacción respecto de su vida sexual en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 35,7 % considera que no está satisfecho con su vida sexual, el 21,4% considera está satisfecho medianamente, el 21,4 % considera q está bastante satisfechos, mientras que los que consideran que lo están totalmente presenta un porcentaje de 14,3.El 7,1% restante está poco satisfecho con su visa sexual.

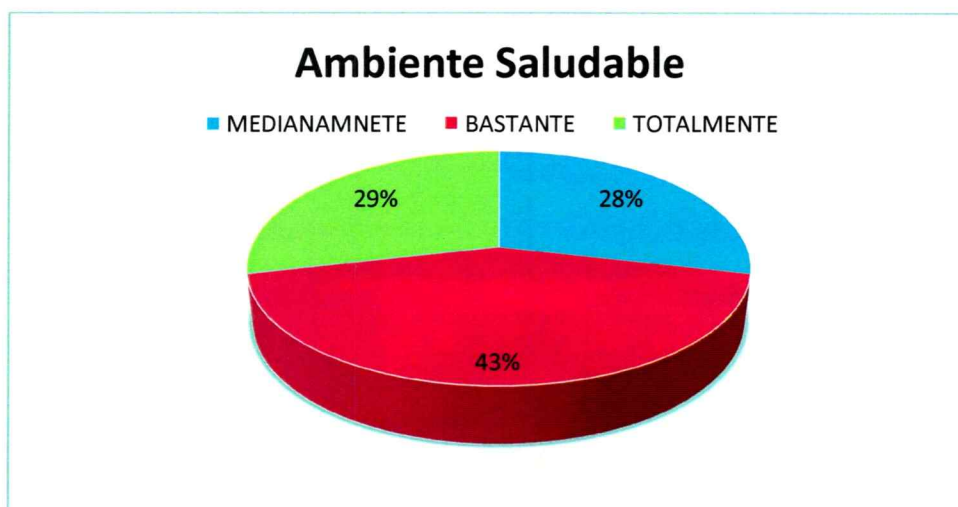


GRAFICO N° 41: Consideración respecto a cuán saludable es el ambiente físico que rodea a las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,8% considera que el espacio físico a su alrededor es totalmente saludable. Los que consideran que es saludable medianamente y totalmente se dividen en un porcentaje igual de 28,6%. Ningún paciente considera que su ambiente es poco saludable.



GRAFICO N° 42: Frecuencia de Dificultades para dormir de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 35,7% a veces tiene dificultades para dormir, el 35,7% raramente tiene dificultades para dormir, el 21,4% considera que no tiene dificultades y el 7,1% restante siempre tiene dificultades. Ninguna persona considero que frecuentemente tiene dificultades para dormir.

Grado de satisfacción con sus relaciones interpersonales

■ MUY SATISFECHO ■ SATISFECHO

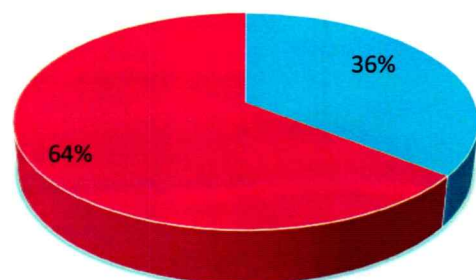


GRAFICO N° 43: Grado de satisfacción respecto a sus relaciones interpersonales de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 64,3% está satisfecho con sus relaciones interpersonales y el 35,7% está muy satisfecho. Ninguna persona considero que no está satisfecho.

Frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad

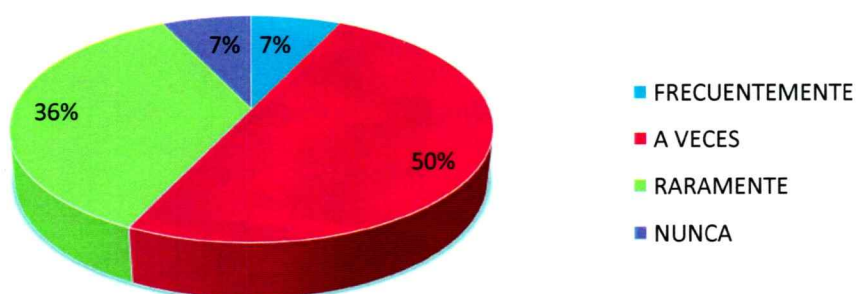


GRAFICO N° 44: Frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 50% a veces tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad, el 35,8% considera que los tienen raramente y el 7,1% considera que los tiene frecuentemente, al igual que los que consideran que nunca los tienen (7,1%). Ningún paciente considero que siempre tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad.



GRAFICO N° 45: Presencia de sentimiento de nerviosismo, agobio y/o tensión en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

De un total de 14 personas que conformaron la muestra, el 42,8% pocas veces se ha sentido nervioso, agobiado y/o en tensión, el 28,4% presentan medianamente, el 14,3% lo sienten lo normal y el 14,3% nada.

RESULTADOS COMPARATIVOS DE PRE Y POS INTERVENCION EN EDUCACION POSTURAL ACTIVA

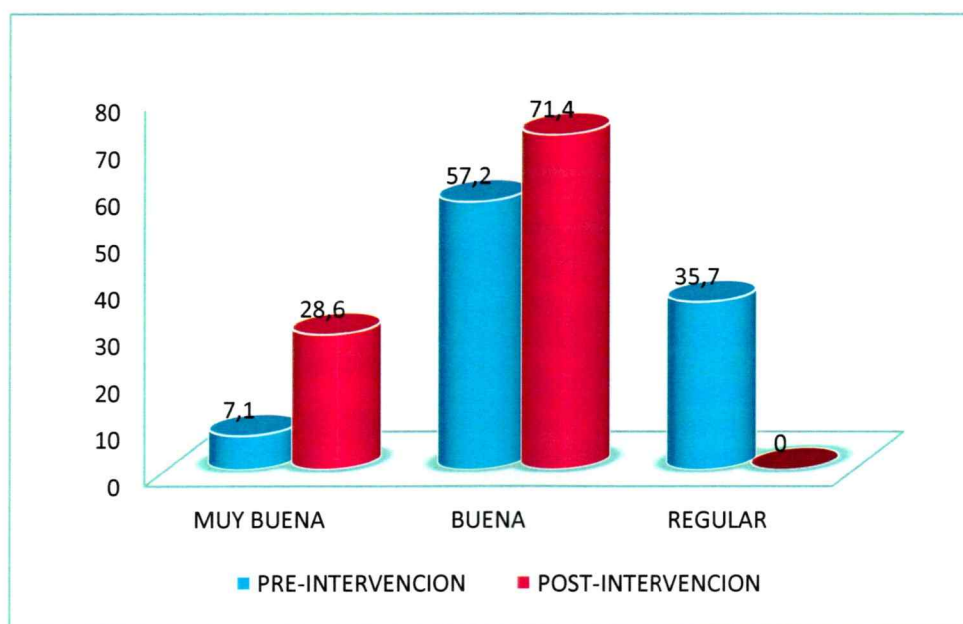


GRAFICO N° 45: Consideración sobre su propia calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 7,1% consideraba tener una muy buena calidad de vida, el 57,2% consideraba que es buena y el 35,7% restante que era regular. Ninguno considero que su calidad de vida es mala o muy mala. Posterior a la Intervención en EPA el 71,4 % considero tener una buena calidad de vida, 28,6% considero que tener una muy

buena calidad de vida. Ninguno considero que su calidad de vida es regular, mala o muy mala.

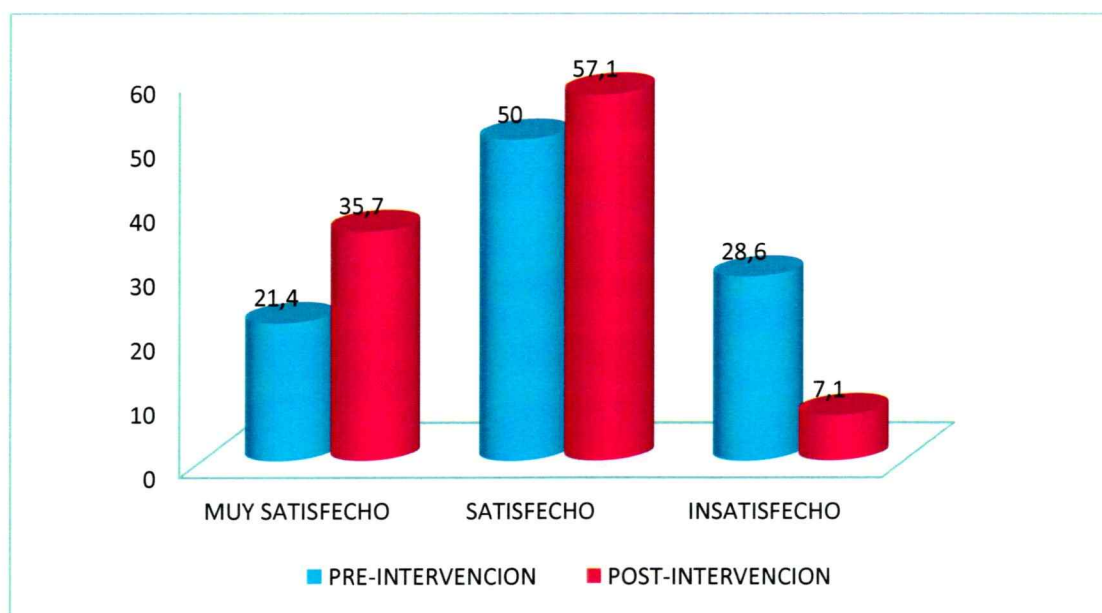


GRAFICO N° 47: Grado de satisfacción con su propia salud de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 50% considero estar satisfecho con su salud, el 28,6% considero estar insatisfecho y el 21,4% restante que estaban muy satisfechos. Posterior a la Intervención en EPA el 57,1% considera estar satisfecho con su salud, el 35,7% considera estar muy satisfecho y el 7,1% restante que están insatisfechos.

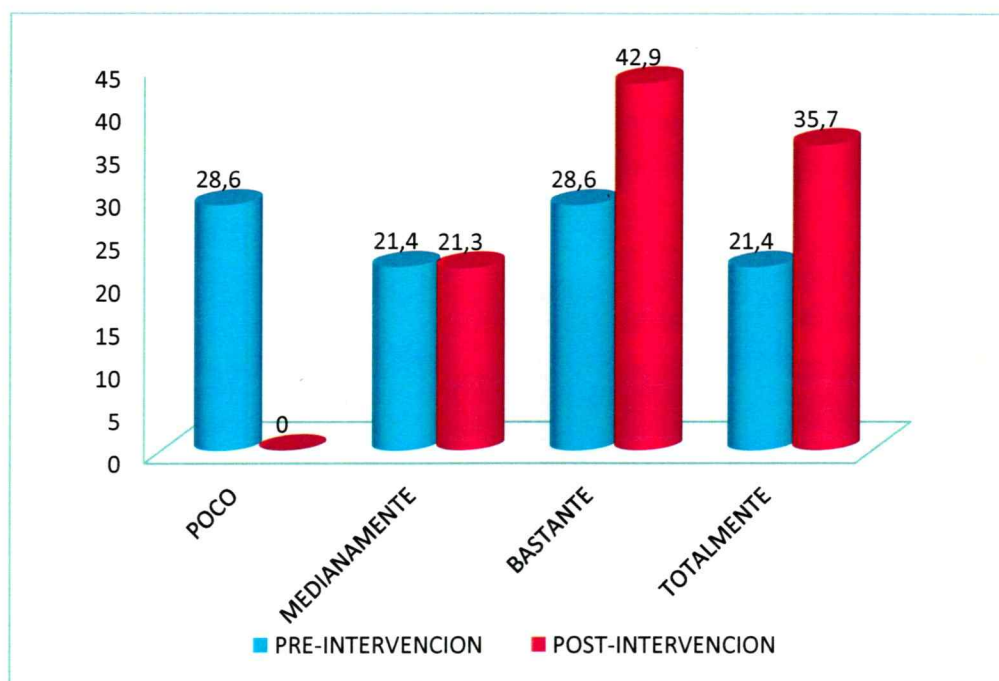


GRAFICO N° 48: Capacidad de disfrutar de las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 28,6 % consideraban que disfrutaban poco de sus actividades diarias, el 21,4% consideraba disfrutar medianamente, el 28,6% consideraban disfrutar bastante y el 21,4 % restante que disfrutaban totalmente. Posterior a la intervención en EPA el 42,9% considera que disfrutaban bastante de sus actividades diarias, el 35,7% considera disfrutar totalmente y el 21,3% considera disfrutar medianamente. Ninguno considera no disfrutar o disfrutar poco de sus actividades diarias.

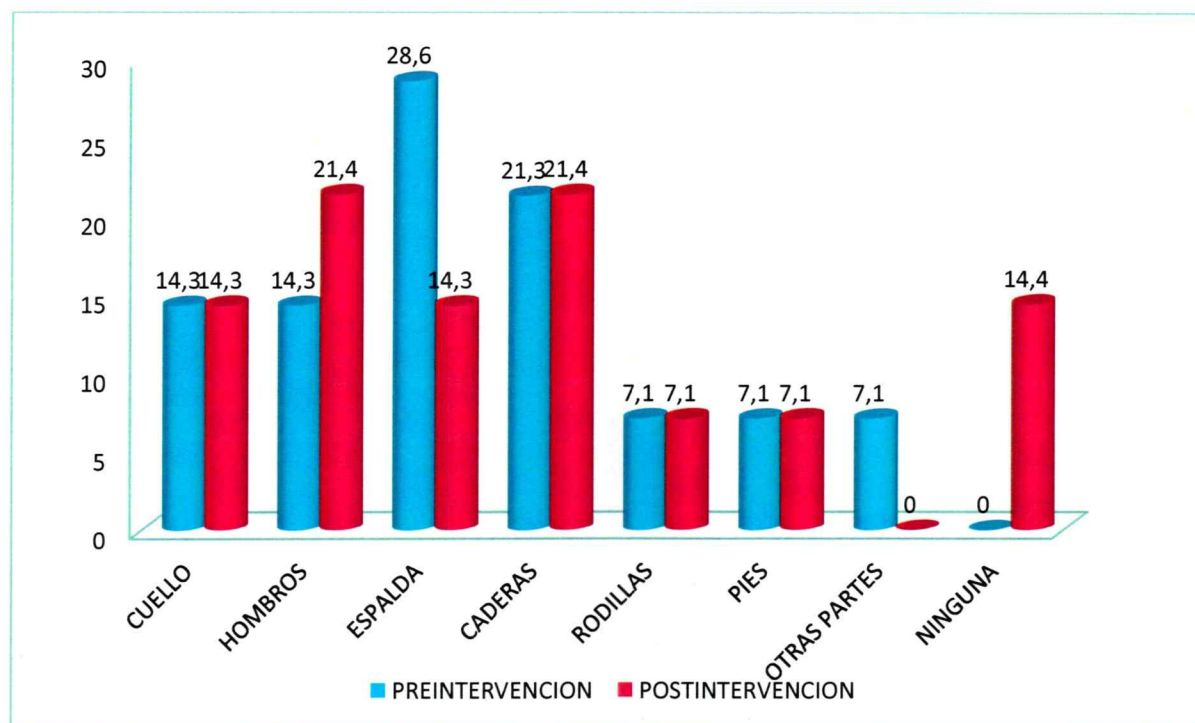


GRAFICO N° 49: Localización de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 28,6 % presentaba contracturas, tensión y/o dolor en la espalda, el 21,3% en caderas, el 14,3% en los hombros, el 14,3% en el cuello, mientras que el resto en rodillas, pies y otras partes del cuerpo se dividieron con igual porcentaje (7,1%). Nadie considero que no presenta contracturas tensión y/o dolor. Posterior a la intervención el 21,4 % presenta contracturas, tensión y/o dolor en caderas, el mismo porcentaje presenta en hombros, mientras que los que presentan en cuello y espalda se dividieron con igual porcentaje (14,3%). El 14,4% considera que no le duele ninguna parte.

Los que consideran que presentan dolor en rodillas y pies se dividieron en igual porcentaje (7,1%).

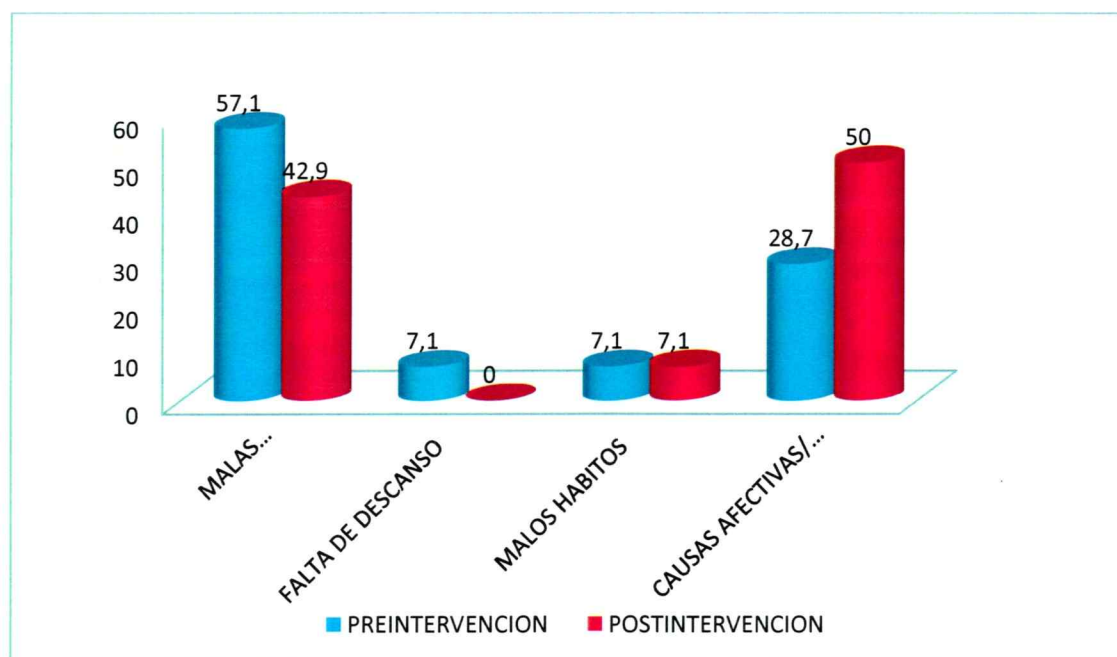


GRAFICO N° 50: Consideración de las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 57,1 % considero que las causas de las contracturas, tensión y/o dolor son malas posturas/posiciones, el 28,7% considero que son causas afectivas-emocionales, mientras que los que considero que se debe a malos hábitos o falta de descanso se dividieron con igual porcentaje (7,1%). Posterior a la intervención en EPA el 50 % considera que las causas de las contracturas, tensión y/o dolor son afectivas-emocionales, el 42,9% considera que son malas posiciones/ posturas, el 7,1% que

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

considera que se debe a malos hábitos. Mientras que ninguna persona considero que se debe a falta de descanso o ejercicio.

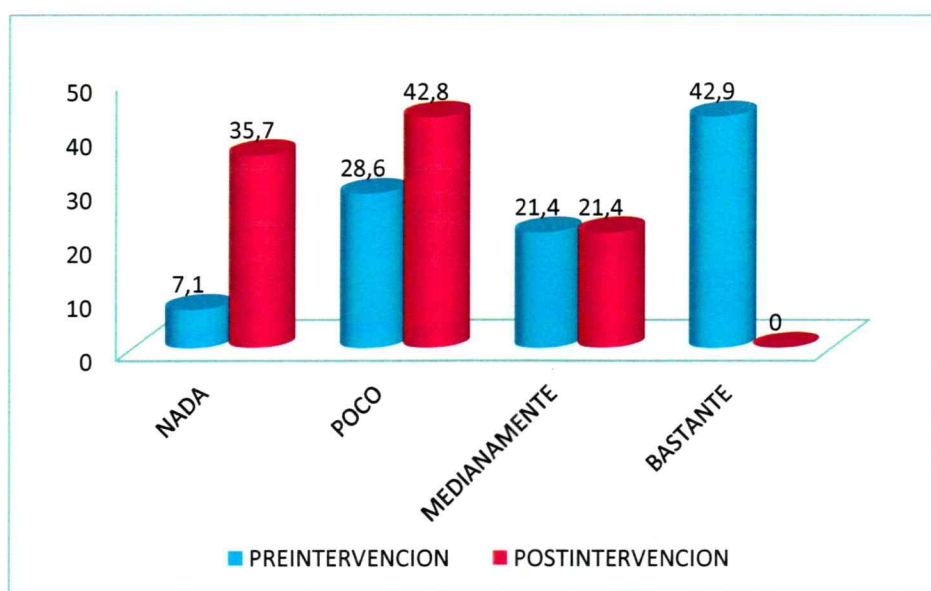


GRAFICO N° 51: Limitación que genera la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 42,9 % consideraba que las contracturas, tensión y/o dolor lo limitaba bastante, el 21,4% consideraba que lo limitaba medianamente, el 28,6% consideraba lo limitaba poco, mientras que el 7,1 % consideraba que no lo limitaba. Posterior a la intervención en EPA, el 42,8 % considera las contracturas, tensión y/o dolor lo limita poco, el 35,7% considera que no lo limita, el 21,4% considera que lo limita

medianamente. Ninguna persona considera que las contracturas, tensión y/o dolor lo limita bastante o totalmente.

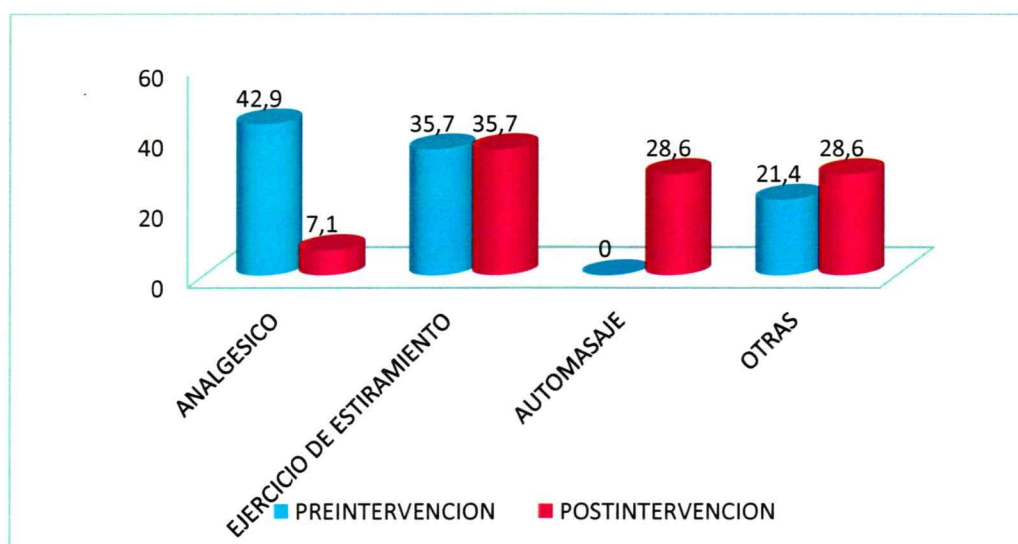


GRAFICO N° 52: Medidas tomadas para evitar la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 42,9 % tomaba un analgésico para aliviar las contracturas, tensión y/o dolor, el 35,7% realizaba un ejercicio de estiramiento, mientras el 21,4% tomaba otras medidas. Posterior a la intervención en EPA el 35,7% realiza un ejercicio de estiramiento para aliviar las contracturas, tensión y/o dolor, el 28,6% realiza un automasaje, el 28,6% toma otras medidas, mientras que el 7,1% toma un analgésico.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

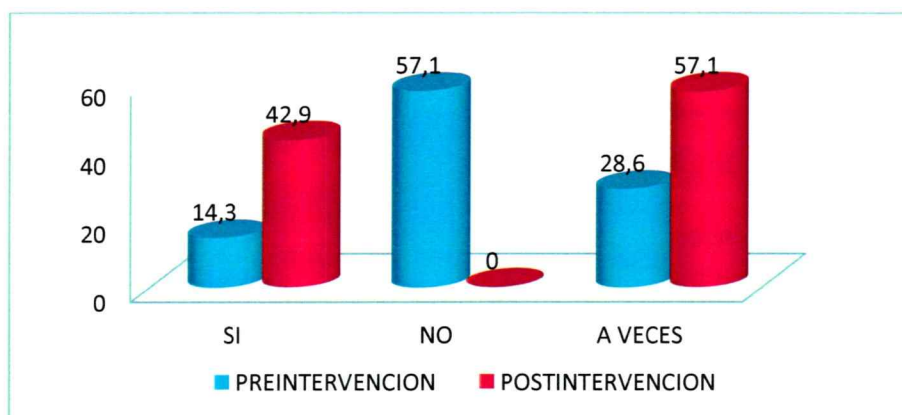


GRAFICO N° 53: Dedicación en relación al estado de su cuerpo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 57,1 % no se tomaba un tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo, el 28,6% a veces, mientras el 14,3% si se tomaba un tiempo. Posterior a la intervención en EPA el 57,1 % a veces se toma un tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo, el 42,9% si se toma un tiempo. Ningún paciente considero que no se toma tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo.

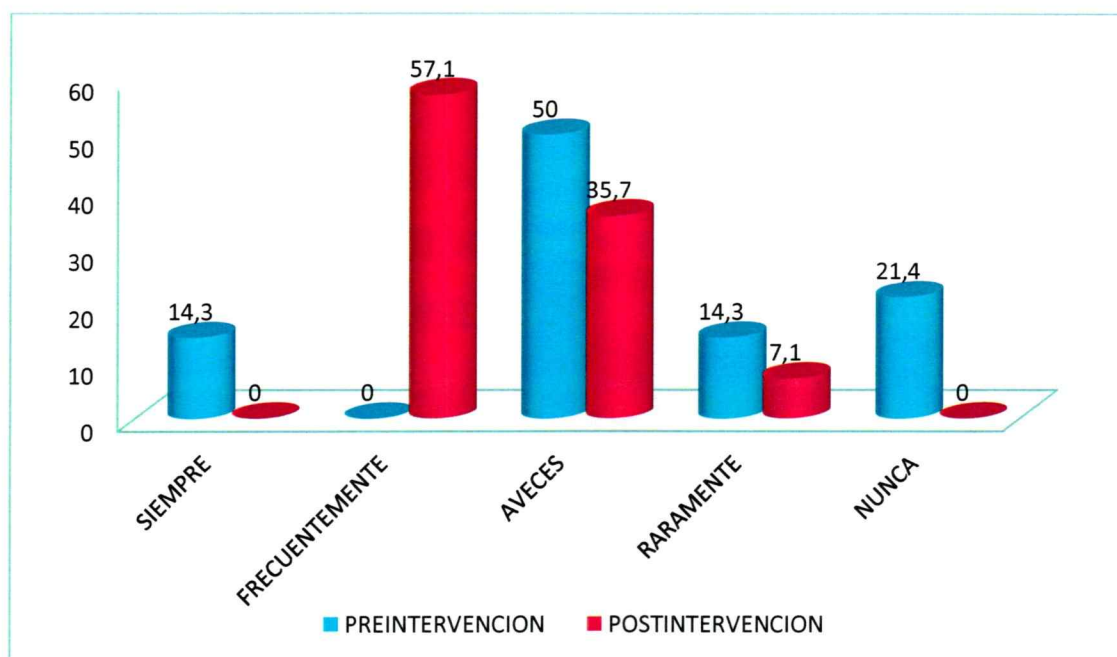
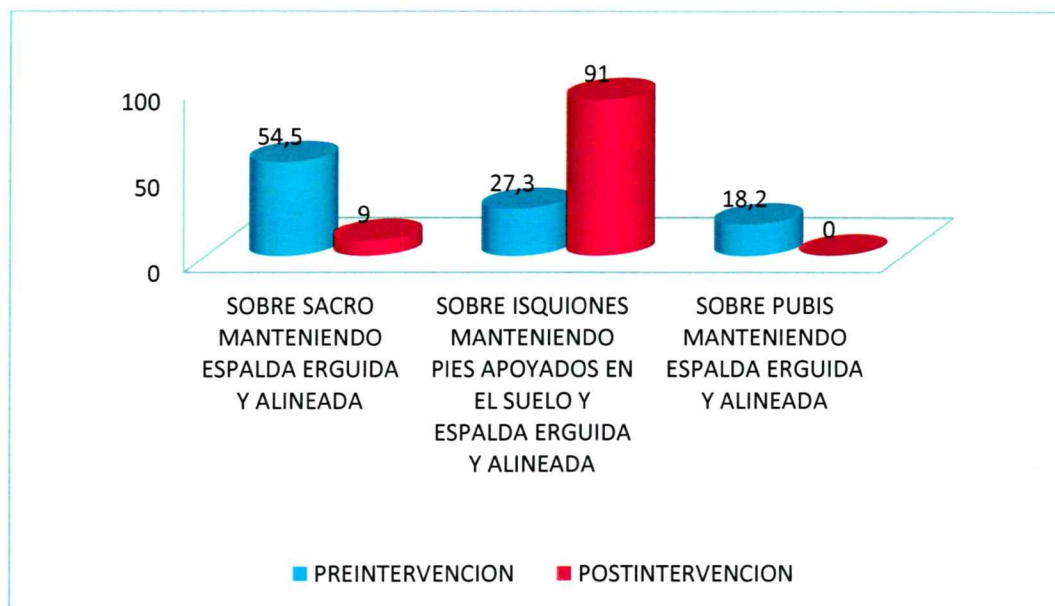


GRAFICO N° 54: Creencia de poseer una postura correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 50 % a veces creía tener una postura correcta , el 21,4% creía tenerla nunca, el 14,3% cree tenerla raramente y el 14,3% restante creía tenerla siempre. Posterior a la intervención en EPA el 57,1% cree tener una postura correcta frecuentemente , el 35,7% a veces cree tenerla, el 7,1% cree tenerla raramente. Ningún paciente considero que siempre tiene una postura correcta al igual que considerar que nunca la tienen.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...



GRAFICO° 55: Manera de sentarse de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 50 % se sentaban sobre sacro manteniendo espalda erguida y alineada, el 35,7% sobre isquiones manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada y el 14,3% restante sobre pubis manteniendo espalda erguida y alineada. Posterior a la intervención en EPA el 85,7% se sienta sobre isquiones manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada, el 14,3% se sienta sobre sacro manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada. Ninguno de los pacientes se sienta sobre pubis manteniendo la espalda erguida y alineada.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

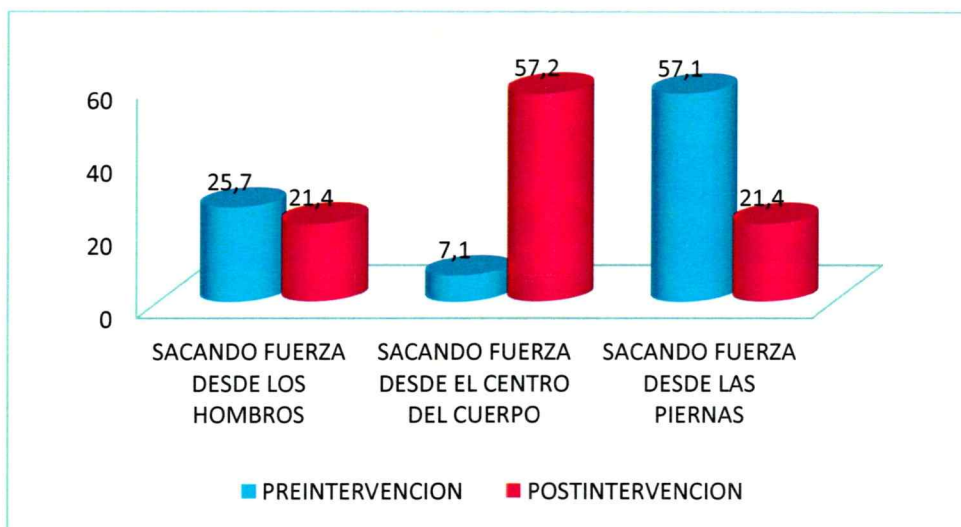


GRAFICO N° 56: Manera de caminar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 57,1 % caminaba sacando fuerza desde las piernas ,el 25,7% sacaba fuerza de los hombros y el 7,1% restante sacaba fuerza desde el centro del cuerpo. Posterior a la intervención en EPA el 57,2% camina sacando fuerza desde el centro del cuerpo, mientras que los que sacan fuerza desde las piernas y los hombros presentan un porcentaje igual de 21,4%.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

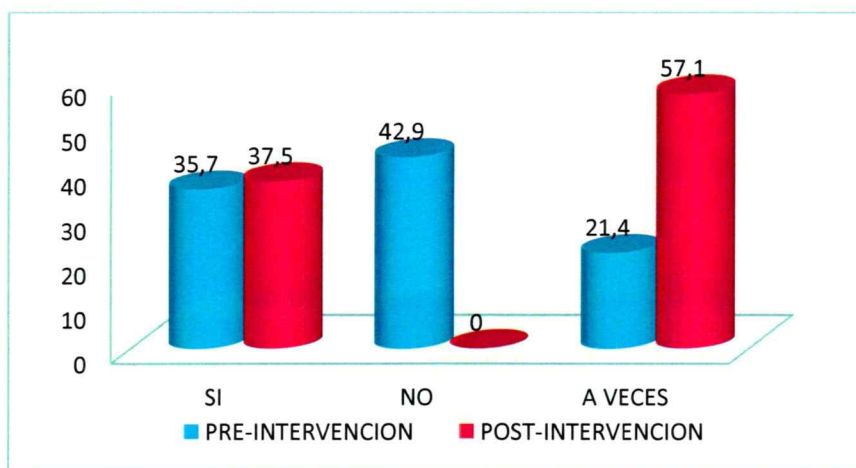


GRAFICO N° 57: Creencia de respirar de una forma correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 42,9 % no creía tener una respiración correcta, el 35,7% creía tener una respiración correcta y el 21,4% creía tener una respiración correcta a veces. Posterior a la intervención en EPA el 57,1 % cree tener una respiración correcta a veces, el 37,5% cree tener una respiración correcta. Ninguna persona cree no tener una respiración correcta.

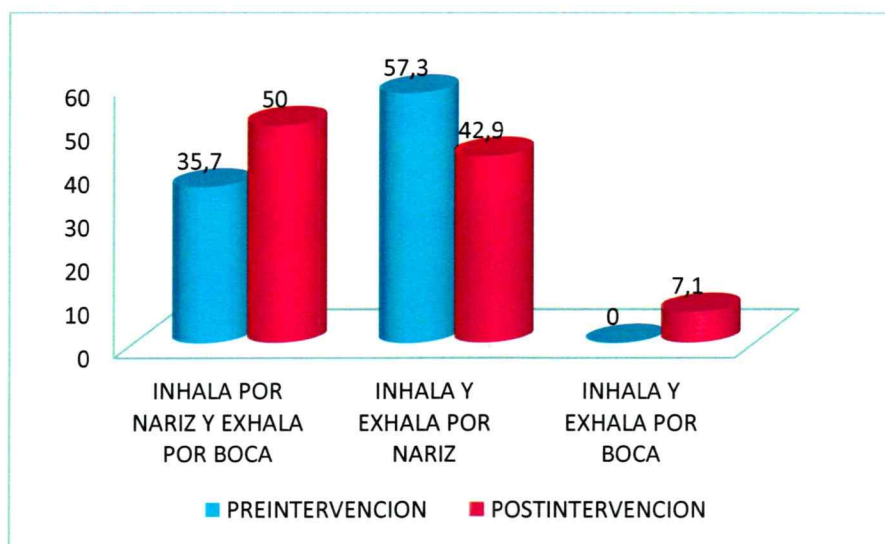


GRAFICO N° 58: Forma de respirar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 57,3 % cuando respiraba, inhalaba y exhalaba por nariz y el 35,7% inhalaba por nariz, exhalaba por boca. Posterior a la intervención en EPA el 50% cuando respira, inhala por nariz y exhala por boca, el 42,9% inhala y exhala por nariz y el 7,1% restante inhala y exhala por boca.

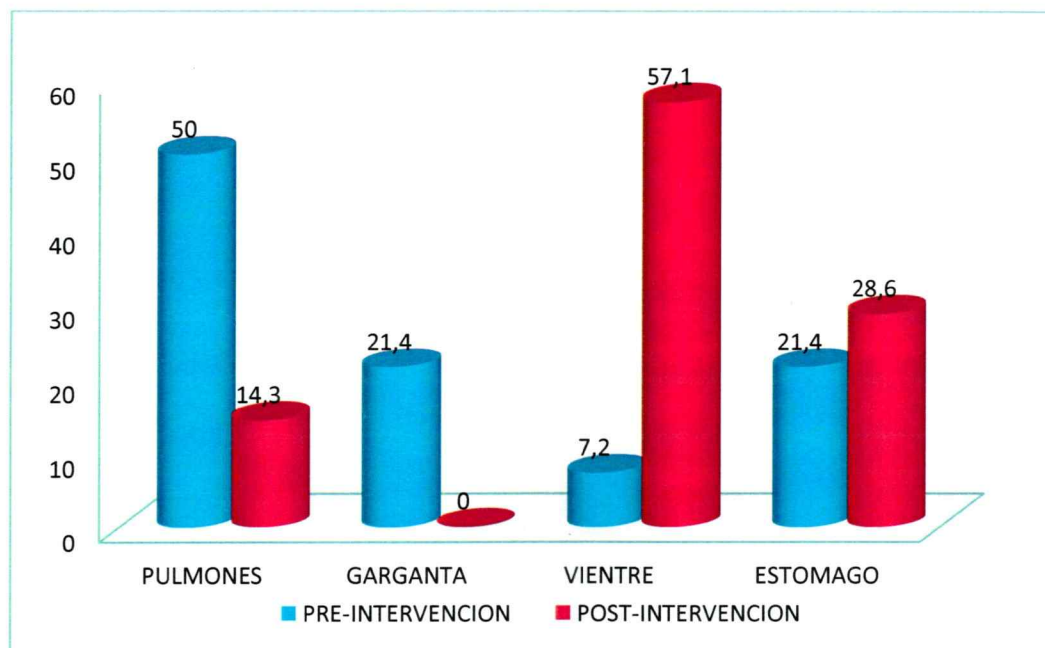


GRAFICO N° 59: Lugar hacia donde se dirige el aire que respiran las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación

Previo a la intervención en EPA el 50 % cuando respiraba, dirigía el aire hacia los pulmones, el 21,4% hacia la garganta, el 21,4% hacia el estómago y el 7,2% restante hacia el vientre. Posterior a la intervención en EPA el 57,1% cuando respira, dirige el aire hacia el vientre, el 28,6% hacia el estómago, el 14,3% hacia los pulmones. Ningún paciente considero que cuando respira lleva el aire a la garganta.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

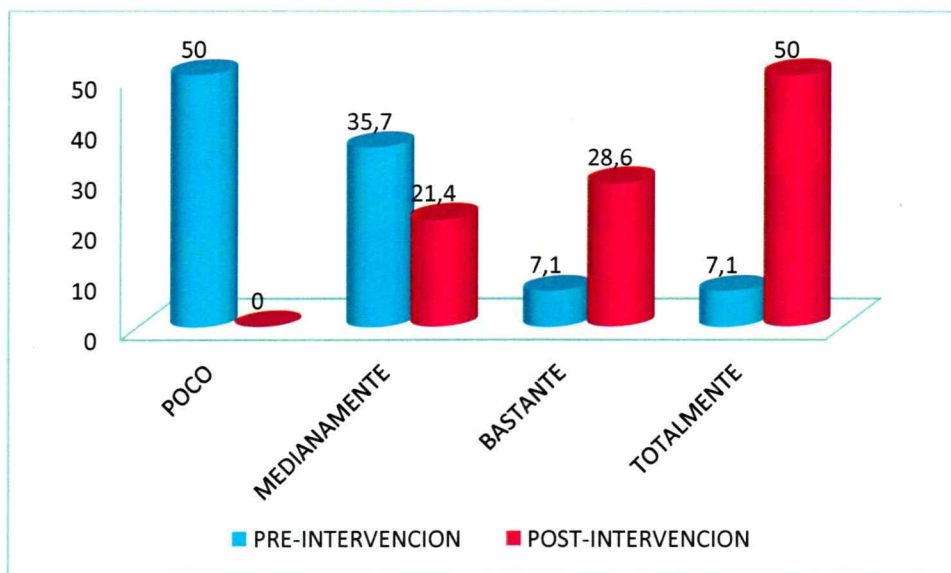
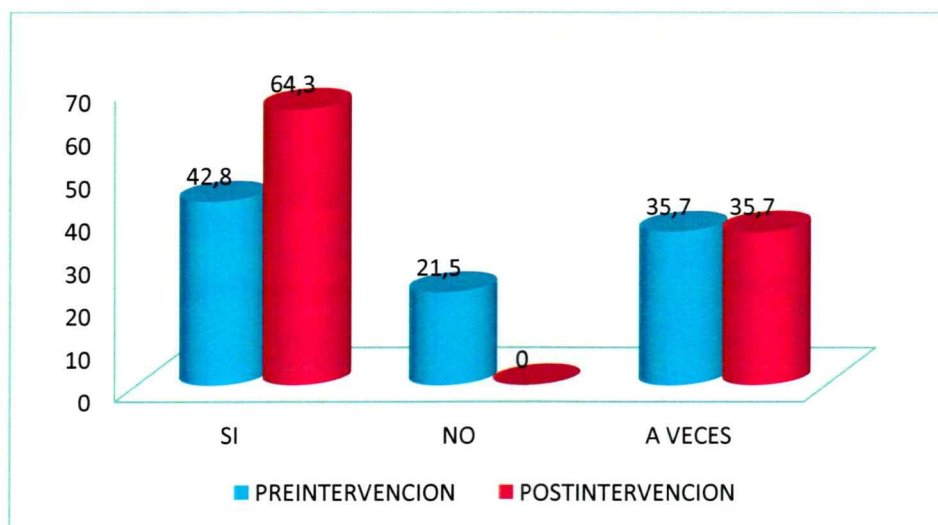


GRAFICO N° 60: Cantidad de energía para realizar las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 50 % consideraban que tenían poca energía para realizar las actividades diarias, el 35,7% tenían una cantidad media de energía, el 7,1% tenían bastante energía y el 7,1% poseían una total cantidad de energía. Posterior a la intervención en EPA el 50 % considera que tiene una total cantidad de energía para realizar las actividades diarias, el 28,6% tiene bastante de energía, el 21,4% tiene una cantidad mediana energía. Ninguna persona considero que no tiene o que tiene poca energía para realizar sus actividades diarias.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...



CUADRO N° 61: Aceptación de su apariencia física en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 42,8 % considera que aceptaba su apariencia física, el 42,8% la aceptaba a veces y el 21,5% no la aceptaba. Posterior a la intervención en EPA el 64,3 % considera que acepta su apariencia física y el 35,7% la acepta a veces. Ninguna persona considero que no acepta su apariencia física.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

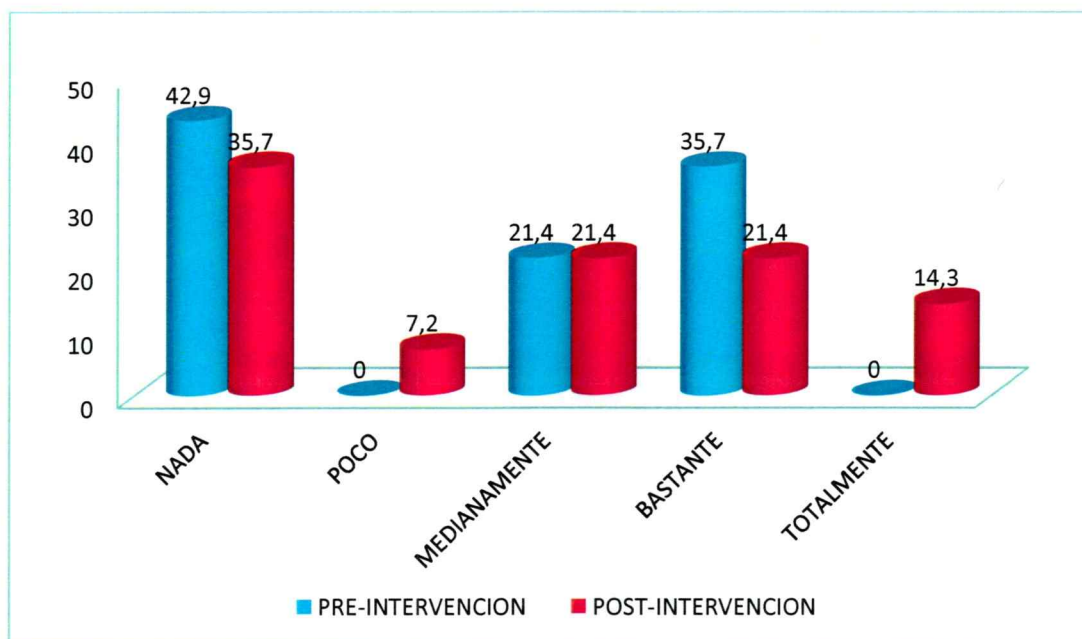


GRAFICO N° 62: Satisfacción respecto de su vida sexual en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación .

Previo a la intervención en EPA el 42,9 % consideraban que no estaban satisfecho con su vida sexual, el 35,7 consideraban que estaban bastante satisfechos y los que consideraban que estaban medianamente satisfechos presentaron un porcentaje de 21,4%. Posterior a la intervención en EPA el 35,7% considera que no está satisfecho con su vida sexual, los que están satisfechos bastante y medianamente presentaron igual porcentaje (21,4%) y el 14,3 % considera que está totalmente satisfechos.

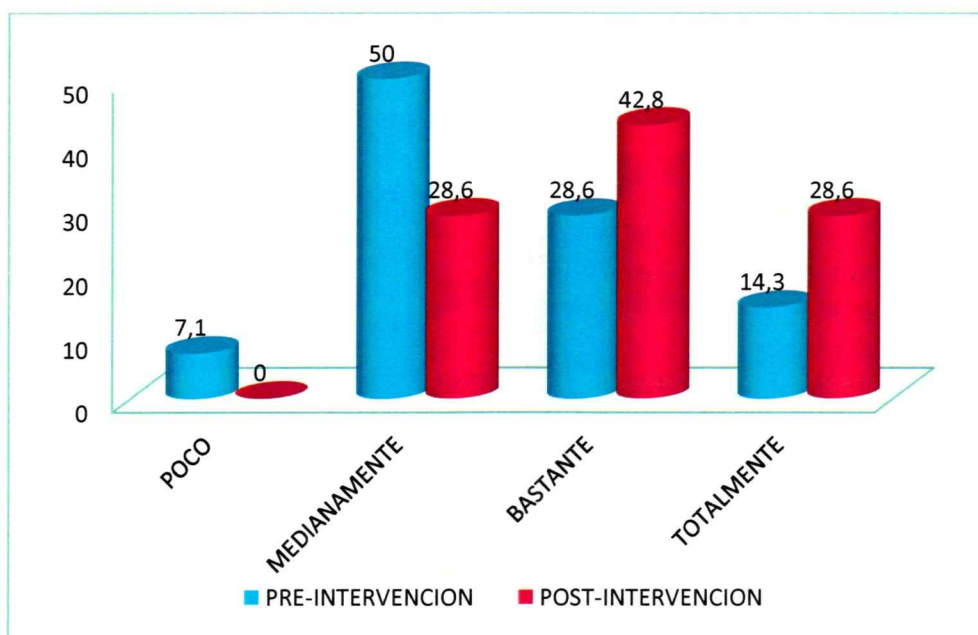


GRAFICO N° 63: Consideración respecto a cuan saludable es el ambiente físico que rodea a las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 50% consideraban que el espacio físico a su alrededor era medianamente saludable, el 28,6 consideraba que era bastante saludable, el 14,3 consideraba que lo era totalmente y el 7,1% consideraban que era poco saludable. Posterior a la intervención en EPA el 42,8% considera que el espacio físico a su alrededor es totalmente saludable, los que consideran que es saludable medianamente y totalmente se dividen en un porcentaje igual de 28,3%. Ningún paciente considera que su ambiente es poco saludable.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

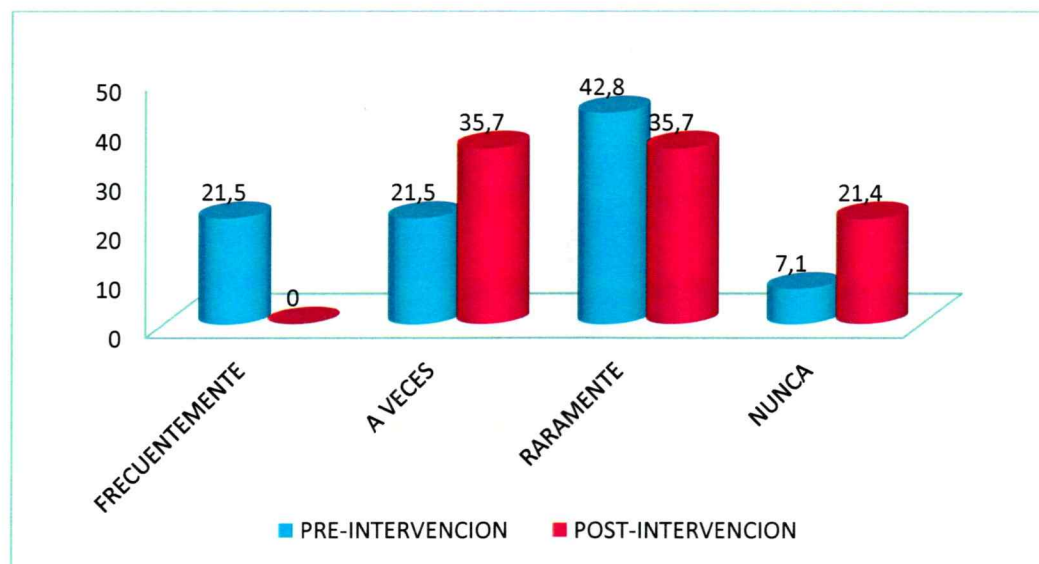


GRAFICO N° 64: Frecuencia de dificultades para dormir de personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 42,8% raramente tenían dificultades para dormir, los que consideran que tenían dificultades frecuentemente y a veces se dividieron con igual porcentaje (21,5%), el 7,1% consideraba que siempre tenían dificultades para dormir y el 7,1% considera que no tenían dificultades. Posterior a la intervención en EPA el 35,7% a veces tiene dificultades para dormir, el 35,7% raramente tiene dificultades para dormir, el 21,4% considera que no tiene dificultades y el 7,1 % siempre tiene dificultades para dormir. Ninguna persona considero que frecuentemente tiene dificultades para dormir.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

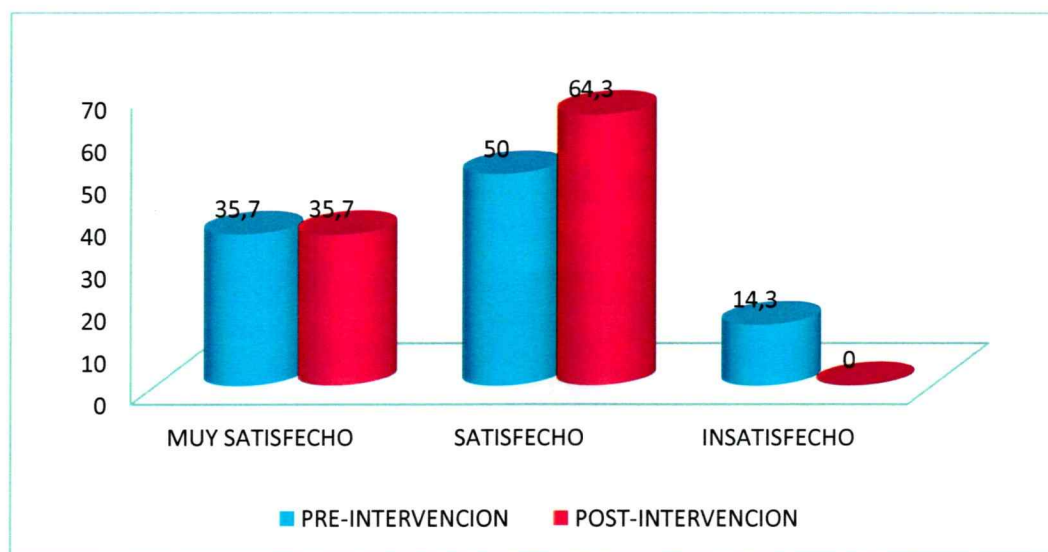


GRAFICO N° 65: Grado de satisfacción respecto a sus relaciones interpersonales de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 50% estaba satisfecho con sus relaciones interpersonales, el 35,7% estaba muy satisfecho y el 14,3% consideraba que no estaba satisfecho. Posterior a la intervención en EPA el 64,3% está satisfecho con sus relaciones interpersonales y el 35,7% está muy satisfecho. Ninguna persona considero que no está satisfecho.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

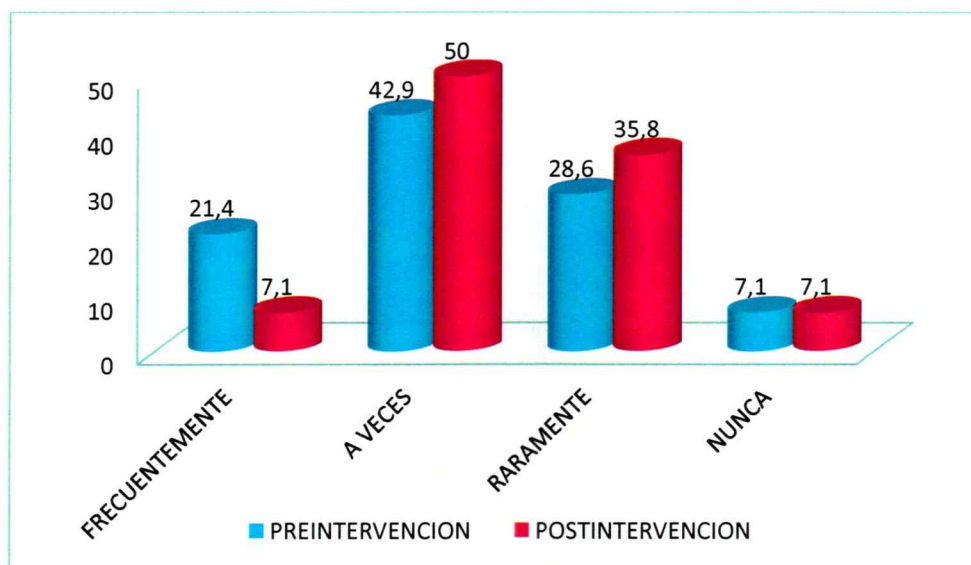


GRAFICO N° 66: Frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 42,9% a veces tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad, el 28,6% raramente los tenía, el 21,4% los tenía frecuentemente y el 7,1% nunca los tenía. Posterior a la intervención en EPA el 50% a veces tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad, el 35,8% considera que los tienen raramente, el 7,1% considera que los tiene frecuentemente y el 7,1% nunca los tiene. Ningún paciente considero que siempre tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

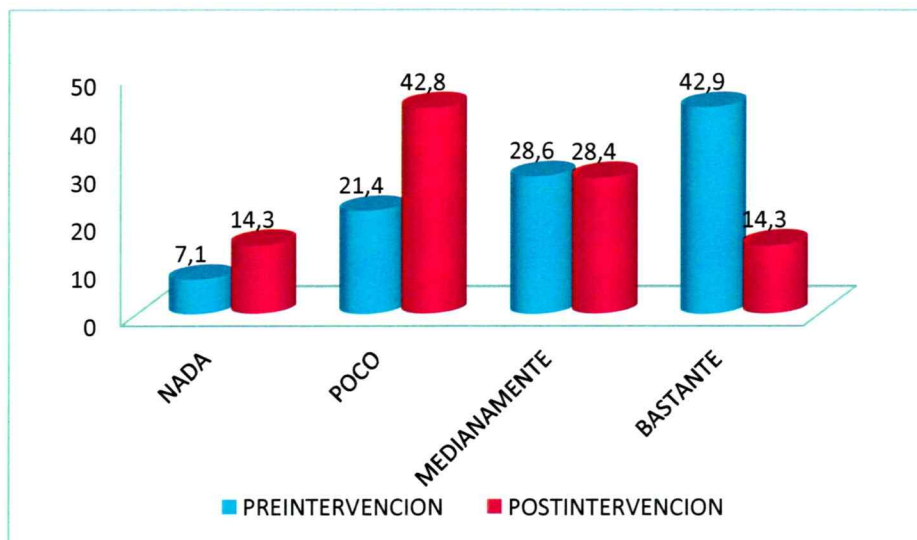


GRAFICO N° 67: Presencia de sentimiento de nerviosismo, agobio y/o tensión en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

Previo a la intervención en EPA el 42,9% se han sentido bastante nervioso, agobiado y/o en tensión, el 28,6% lo han sentido medianamente, el 21,4% lo han sentido poco y el 7,1% nada. Posterior a la intervención en EPA el 42,8% pocas veces se ha sentido nervioso, agobiado y/o en tensión, el 28,4% lo han sentido medianamente, el 14,3% lo sienten bastante y el 14,3% nada.

Análisis e Interpretación de los resultados

Desde Terapia Ocupacional, se considera a la EpA como un método de tratamiento 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.

Por medio de este proceso, es que se pueden introducir modificaciones en el estilo de vida...
Comenzar a transitar un camino de transformación.

Los cuestionarios realizados a las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante los meses de julio-agosto, proporcionaron los siguientes resultados:

Percepción de la propia salud

Salud física y mental:

Se observaron variaciones pre y post intervención, teniendo en cuenta que previo a la intervención en EPA el 7,1 % consideraba tener una muy buena calidad de vida, el 57,2% consideraba que es buena y el 35,7% restante que era regular. Posterior a la Intervención en EPA el 71,4 % consideró tener una buena calidad de vida, 28,6% consideró tener una muy buena calidad de vida. Ninguno considero que su calidad de vida es regular.

Por medio de dichos porcentajes se puede dilucidar que a través de este medio de aprendizaje, se generaron cambios positivos en la calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud.

Satisfacción en relación a la salud:

Previo a la intervención en EPA el 50% consideró estar satisfecho con su salud, el 28,6% consideró estar insatisfecho y el 21,4% restante que estaban muy satisfechos. Posterior a la Intervención en EPA el 57,1% considera estar satisfecho con su salud, el 35,7% considera estar muy satisfecho y el 7,1% restante que están insatisfechos.

Estos porcentajes demuestran que hubo un aumento en la cantidad de personas que consideran estar muy satisfechas y satisfechas en relación a su propia salud. Vale aclarar que disminuyó la cantidad de personas que se encuentran insatisfechos.

Sensación de placer, disfrute, satisfacción:

Hubo variaciones en relación a este indicador, ya que Previo a la intervención en EPA el 28,6 % consideraba que disfruta poco de sus actividades diarias, el 21,4% consideraban disfrutar medianamente, el 28,6% consideraban disfrutar bastante y el 21,4 % restante que disfrutaban totalmente. Posterior a la intervención en EPA el 42,9% considera que disfrutaban bastante de sus actividades diarias, el 35,7% considera disfrutar totalmente y el 21,3% considera disfrutar medianamente. Ninguno considera no disfrutar o disfrutar poco de sus actividades diarias.

Ante lo cual se demuestra un aumento respecto la cantidad de personas que disfrutaban bastante y totalmente de sus actividades, mientras que aquellas que disfrutaban medianamente permanecieron los mismos valores. Y en relación a la cantidad de personas en las que la sensación de placer era menor, los resultados disminuyeron llegando a cero.

Percepción del propio cuerpo

Localización en el cuerpo de contractura, tensión y/o dolor:

Previo a la intervención en EPA el 28,6 % presentaba contracturas, tensión y/o dolor en la espalda, el 21,3% en caderas, el 14,3% en los hombros, el 14,3% en el cuello, mientras que el resto en rodillas, pies y otras partes del cuerpo se dividieron con igual porcentaje (7,1%). Nadie considero que no presenta contracturas tensión y/o dolor. Posterior a la intervención el 21,4 % presenta contracturas, tensión y/o dolor en caderas, el mismo porcentaje presenta en hombros, mientras que los que presentan en cuello y espalda se dividieron con igual porcentaje (14,3%). El 14,4% considera que no le duele ninguna parte. Los que consideran que presentan dolor en rodillas y pies se dividieron en igual porcentaje (7,1%).

En esta categoría, la gran mayoría de las personas consideró que las contracturas, tensión y/o dolor; se encontraba en más de un lugar del cuerpo. El porcentaje en relación a aquellos que no localizaban en ninguna parte del cuerpo a la contractura, aumentó. Lo mismo sucedió con aquellas que ubicaban al dolor y/o tensión en hombros.

Mientras que los resultados de contracturas en espalda y en otras partes del cuerpo disminuyeron. Y, lo que respecta a datos obtenidos de localización de tensión en cuello, rodillas y pies se mantuvieron igual en ambos test.

Reconocimiento de las causas de la contractura, tensión y/o dolor:

En este indicador, podemos observar que se dieron varios cambios en relación a la percepción de las causas que generaban contracturas, tensión y/o dolor.

Previo a la intervención en EPA el 57,1 % considero que las causas de las contracturas, tensión y/o dolor son malas posturas/posiciones, el 28,7% considero que son causas afectivas-emocionales, mientras que los que considero que se debe a malos hábitos o falta de descanso se dividieron con igual porcentaje (7,1%). Posterior a la intervención en EPA el 50 % considera que las causas de las contracturas, tensión y/o dolor son afectivas-emocionales, el 42,9% considera que son malas posiciones/ posturas, el 7,1% que considera que se debe a malos hábitos. Mientras que ninguna persona considero que se debe a falta de descanso o ejercicio.

Cabe destacar el imponente aumento de la consideración de las causas afectivas-emocionales.

Limitación que genera la contractura, tensión y/o dolor:

Previo a la intervención en EPA el 42,9 % consideraba que las contracturas, tensión y/o dolor lo limitaba bastante, el 21,4% consideraba que lo limitaba medianamente, el 28,6% consideraba lo limitaba poco, mientras que el 7,1 % consideraba que no lo limitaba. Posterior a la intervención en EPA, el 42,8 % considera las contracturas, tensión y/o dolor lo limita poco, el 35,7% considera que no lo limita, el 21,4% considera que lo limita medianamente. Ninguna persona considera que las contracturas, tensión y/o dolor lo limita bastante o totalmente.

Lo cual permite reconocer que tras la intervención a través de la EPA, las personas no se encuentran completamente limitadas, es decir, que no refieren un impedimento ocasionado por las molestias corporales.

Conciencia postural:

Esto tiene que ver con la capacidad para reconocer la posición del cuerpo en el espacio. Dicho indicador se divide en:

Postura correcta:

Previo a la intervención en EPA el 50 % a veces creía tener una postura correcta, el 21,4% creía tenerla nunca, el 14,3% cree tenerla raramente y el 14,3% restante creía tenerla siempre. Posterior a la intervención en EPA el 57,1% cree tener una postura correcta frecuentemente, el 35,7% a veces cree tenerla, el 7,1% cree tenerla raramente. Ningún paciente considero que siempre tiene una postura correcta al igual que considerar que nunca la tienen.

Manera de sentarse:

Previo a la intervención en EPA el 50 % se sentaba sobre sacro manteniendo espalda erguida y alineada, el 35,7% sobre isquiones manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada y el 14,3% restante sobre pubis manteniendo espalda erguida y alineada. Posterior a la intervención en EPA el 85,7% se sienta sobre isquiones manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada, el 14,3% se sienta sobre sacro manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada. Ninguno de los pacientes se sienta sobre pubis manteniendo la espalda erguida y alineada.

Manera de caminar:

Previo a la intervención en EPA el 57,1 % caminaba sacando fuerza desde las piernas ,el 25,7% sacaba fuerza de los hombros y el 7,1% restante sacaba fuerza desde el centro del cuerpo. Posterior a la intervención en EPA el 57,2% camina sacando fuerza desde el centro del cuerpo, mientras que los que sacan fuerza desde las piernas y los hombros presentan un porcentaje igual de 21,4%.

Tras analizar estos indicadores, podríamos concluir en que la mayoría de las personas que concurren a las sesiones de EPA, lograron reconocer la manera en que ubicaban su cuerpo en el espacio. Y así, mejorar la postura. Tanto al sentarse, como al caminar y en sus vidas en general.

Respiración consciente:

Implica la capacidad para reconocer los momentos respiratorios (inhalación/exhalación), la manera en que suceden dichos momentos, y la localización del aire al ingresar al cuerpo.

Acá también dividimos el indicador, teniendo en cuenta:

La respiración correcta:

Previo a la intervención en EPA el 42,9 % no creía tener una respiración correcta, el 35,7% creía tener una respiración correcta y el 21,4% creía tener una respiración correcta a veces. Posterior a la intervención en EPA el 57,1 % cree tener una respiración correcta a veces, el 37,5% cree tener una respiración correcta. Ninguna persona cree no tener una respiración correcta.

El proceso de respiración:

Previo a la intervención en EPA el 57,3 % cuando respiraba, inhalaba y exhalaba por nariz y el 35,7% inhalaba por nariz, exhalaba por boca. Posterior a la intervención en EPA el 50% cuando respira, inhala por nariz y exhala por boca, el 42,9% inhala y exhala por nariz y el 7,1% restante inhala y exhala por boca.

La dirección del aire al respirar:

Previo a la intervención en EPA el 50 % cuando respiraba, dirigía el aire hacia los pulmones, el 21,4% hacia la garganta, el 21,4% hacia el estómago y el 7,2% restante hacia el vientre. Posterior a la intervención en EPA el 57,1% cuando respira, dirige el aire hacia el vientre, el 28,6% hacia el estómago, el 14,3% hacia los pulmones. Ningún paciente considero que cuando respira lleva el aire a la garganta.

Nivel de energía:

Es considerado como la capacidad que tiene la persona, física y mentalmente, para afrontar diversas situaciones cotidianas. Ante dicha posibilidad, se podría aclarar que:

Previo a la intervención en EPA el 50 % consideraban que tenían poca energía para realizar las actividades diarias, el 35,7% tenían una cantidad media de energía, el 7,1% tenían bastante energía y el 7,1% poseían una total cantidad de energía. Posterior a la intervención en EPA el 50 % considera que tiene una total cantidad de energía para realizar las actividades diarias, el 28,6% tiene bastante de energía, el 21,4% tiene una cantidad mediana energía. Ninguna persona considero que no tiene o que tiene poca energía para realizar sus actividades diarias.

A modo de conclusión, en dicho indicador podemos observar que, mientras que previo a la intervención en EPA el 50% consideraba que tenían poca energía para realizar las actividades

diarias, posterior a la EPA nos encontramos con que ninguna persona consideró que no tiene o que tiene poca energía para realizar sus actividades diarias.

Además, agregar que, los resultados en relación a la total energía para realizar las actividades diarias demuestran que a partir de la intervención en EPA, existe un incremento del nivel de energía sumamente valorable.

Sueño:

Previo a la intervención en EPA el 42,8% raramente tenían dificultades para dormir, los que consideran que tenían dificultades frecuentemente y a veces se dividieron con igual porcentaje (21,5%), el 7,1% consideraba que siempre tenían dificultades para dormir y el 7,1% considera que no tenían dificultades. Posterior a la intervención en EPA el 35,7% a veces tiene dificultades para dormir, el 35,7% raramente tiene dificultades para dormir, el 21,4% considera que no tiene dificultades y el 7,1 % siempre tiene dificultades para dormir.

Dentro de estos resultados cabe destacar que, posterior a la aplicación del medio terapéutico, Aumento la cantidad de personas que consideran que no tienen dificultades para dormir y ningún encuestado consideró que las tenía frecuentemente.

Percepción de los propios sentimientos - emociones

Aceptación del propio cuerpo:

En dicho indicador queda en evidencia la idea de que, a partir de la intervención de EPA, la persona tiene un mayor reconocimiento y aprobación de su propia apariencia física.

Previo a la intervención en EPA el 42,8 % considera que aceptaba su apariencia física, el 42,8% la aceptaba a veces y el 21,5% no la aceptaba. Posterior a la intervención en EPA el 64,3 % considera que acepta su apariencia física y el 35,7% la acepta a veces. Ninguna persona considero que no acepta su apariencia física.

Satisfacción en relación a su sexualidad:

Respecto este indicador se puede observar que no hubo cambios significativos, incluso aumentó la cantidad de personas que no están satisfechas en/con sus relaciones sexuales.

Previo a la intervención en EPA el 42,9 % consideraban que no estaban satisfecho con su vida sexual, el 35,7 consideraban que estaban bastante satisfechos y los que consideraban que estaban medianamente satisfechos presentaron un porcentaje de 21,4%. Posterior a la intervención en EPA el 35,7% considera que no está satisfecho con su vida sexual, los que están satisfechos bastante y medianamente presentaron igual porcentaje (21,4%) y el 14,3 % considera que está totalmente satisfechos.

Si bien no se interviene directamente a través de la EPA con dicho estado, vale tener en cuenta que la sexualidad es un factor importante en la calidad de vida de todo ser humano, considerándola una actividad que nos brinda plenitud... nos da vitalidad.

Los resultados llevan a pensar en que es un buen punto a tener en cuenta y trabajarlo con más detenimiento.

Frecuencia de sentimientos de malestar:

Ante las manifestaciones recurrentes de sentimientos negativos se encontraron cambios significativos, en cuanto a que aumentó la cantidad de personas que a veces tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad; y de aquellas que raramente tiene dichos sentimientos.

Y vale destacar que disminuyó la cantidad de personas que frecuentemente tiene esos sentimientos.

Previo a la intervención en EPA el 42,9% a veces tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad, el 28,6% raramente los tenía, el 21,4% los tenía frecuentemente y el 7,1% nunca los tenía. Posterior a la intervención en EPA el 50% a veces tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad, el 35,8% considera que los tienen raramente, el 7,1% considera que los tiene frecuentemente y el 7,1 % nunca los tiene. Ningún paciente considero que siempre tiene sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad.

En relación a la frecuencia de sentimientos de agobio, tensión, nervios; disminuyeron los valores de aquellas personas que presentan dichos sentimientos en una frecuencia bastante regular. También se incrementaron los resultados de aquellas personas en las que no hay presencia de dichos sentimientos o que los presentan muy poco.

Previo a la intervención en EPA el 42,9% se han sentido bastante nervioso, agobiado y/o en tensión, el 28,6% lo han sentido medianamente, el 21,4% lo han sentido poco y el 7,1% nada. Posterior a la intervención en EPA el 42,8% pocas veces se ha sentido nervioso, agobiado y/o en tensión, el 28,4% lo han sentido medianamente, el 14,3% lo sienten bastante y el 14,3% nada.

Percepción de las relaciones Interpersonales

A esta dimensión se la divide en:

Entorno social saludable:

Previo a la intervención en EPA el 50% consideraban que el espacio físico a su alrededor era medianamente saludable, el 28,6 consideraba que era bastante saludable, el 14,3 consideraba que lo era totalmente y el 7,1% consideraban que era poco saludable. Posterior a la intervención en EPA el 42,8% considera que el espacio físico a su alrededor es totalmente saludable, los que consideran que es saludable medianamente y totalmente se dividen en un porcentaje igual de 28,3%. Ningún paciente considera que su ambiente es poco saludable.

En este indicador se puede destacar el hecho de que, a través de las sesiones de EPA, las personas han demostrado que los ambientes en los que establecen relaciones interpersonales les permiten mantener cierto bienestar y son lo suficientemente saludables.

Vínculos satisfactorios:

Es notoria la diferencia, teniendo en cuenta que previo a la intervención en EPA el 50% estaba satisfecho con sus relaciones interpersonales, el 35,7% estaba muy satisfecho y el 14,3% consideraba que no estaba satisfecho. Posterior a la intervención en EPA el 64,3% está satisfecho con sus relaciones interpersonales y el 35,7% está muy satisfecho. Ninguna persona considero que no está satisfecho.

Nivel de responsabilidad en relación a la propia salud

Medidas para evitar contractura, tensión y/o dolor:

Aquí nos encontramos con que previo a la intervención en EPA...

El 42,9 % tomaba analgésicos para aliviar las contracturas, tensión y/o dolor.

El 35,7% realizaba ejercicios de estiramiento.

El 21,4% tomaba otras medidas.

Mientras que, posterior a la intervención en EPA...

El 35,7% realiza ejercicios de estiramiento para aliviar las contracturas, tensión y/o dolor.

El 28,6% realiza automasajes.

El 28,6% toma otras medidas como yoga, caminar, hacer actividades que le agraden.

Siendo plenamente valedero recalcar que, sólo el 9% toma analgésicos para aliviar molestias corporales.

Dedicación en relación al estado de su cuerpo:

Respecto al tiempo empleado para reconocer el propio estado corporal, se puede valorar el hecho de que posterior a la intervención en EPA aumentó la cantidad de personas que a veces y que frecuentemente se dedican un tiempo. Mientras que disminuyeron notablemente a cero los resultados de aquellas personas que no se tomaban un tiempo.

Previo a la intervención en EPA el 57,1 % no se tomaba un tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo, el 28,6% a veces, mientras el 14,3% si se tomaba un tiempo. Posterior a la intervención en EPA el 57,1 % a veces se toma un tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo, el 42,9% si se toma un tiempo. Ningún paciente considero que no se toma tiempo para sentir como se encuentra su cuerpo.

Luego de analizar los datos, se puede afirmar que la aplicación del cuestionario a aquellas personas que concurren a las sesiones de EpA, permitió reconocer que el abordaje a través de este medio como herramienta para el aprendizaje es absolutamente positivo.

Se puede afirmar que la EpA mejora y modifica diversos aspectos de la vida de las personas, en tanto y en cuanto logra incorporar conocimientos acerca del autocuidado corporal y de esta manera iniciarse en un proceso de autoconocimiento que brinda la posibilidad de estar más abiertos, receptivos, disponibles, a los mensajes que emite el cuerpo; además de apropiarse de herramientas que permiten ampliar las posibilidades de potenciar el control sobre la propia salud, contribuyendo con un estilo de vida más saludable.

Lógicamente los datos serían más fidedignos si se realizara con una muestra mayor, pero al no contar con otros terapeutas ocupacionales que intervengan utilizando este medio terapéutico es que nos encontramos ante tal dificultad.

Sin embargo, es sumamente significativo haber tenido la posibilidad de comprobar, luego de realizar el cuestionario, que todas las personas que participaron del mismo, pudieron trasladar lo aprendido a la cotidianidad. Esto permite inferir que el conocimiento ha sido incorporado y que pudo modificar "algo" de sus "esquemas" corporales-emocionales, que conforman el modo de "estar"... de "moverse" en la vida.

Se pudo observar y comprender, durante el análisis de los resultados, que la calidad de vida de las personas que participaron puede mejorar a partir de la asunción de un rol activo, protagónico y comprometido en la construcción de su salud y que nunca es tarde para tomar conciencia del cuerpo y descubrir así la potencia vital.

Parte V

Conclusión

Conclusión

“La postura de una persona puede variar a lo largo de su vida si ésta realiza un proceso de crecimiento personal, y se contacta con aquello que necesita cambiar para obtener una mayor plenitud. Se puede realizar un cambio postural y actitudinal desde un trabajo consciente y voluntario con el propio cuerpo”⁵³.

Llevar a cabo este trabajo de investigación, nos permitió ahondar en un medio terapéutico que brinda al sujeto las herramientas necesarias para tener una mejor calidad de vida.

Aprender a conectarse con el cuerpo y tornarse receptivo a las distintas sensaciones transmitidas desde la piel, los músculos, las estructuras óseas, la respiración. Sensaciones que se encontraban adormecidas hasta entonces o que no se habían experimentado antes. Es así como la EpA permite detectar zonas de tensión, esfuerzo, contractura, dolor; sintiendo la incomodidad en alguna zona del cuerpo y encontrándose con los bloqueos musculares propios. Lograr estar receptivo a lo que el cuerpo transmite, esa incomodidad, que hasta entonces, se procuraba evitar y que ahora está ahí, presente, consciente, gracias al mayor registro de las sensaciones. A partir de este “darse cuenta” es que se puede comenzar a intervenir, explorando nuevas posibilidades y modos más saludables de cuidar la salud desde el cuerpo.

A lo largo de este estudio, observamos al Terapeuta Ocupacional ejercer su rol desde la promoción de la salud, educando y promoviendo el desarrollo del potencial personal de cada sujeto, brindando la posibilidad de que sean dueños y responsables de su propia salud y por ende, de su propio destino.

Percibimos la EpA como parte de un proceso educativo, donde se hace hincapié en una educación distinta a la convencional, altamente rica, en tanto y en cuanto es el inicio de un aprendizaje somático, que permite “aprender a aprender” el funcionamiento corporal, a través de la propia vivencia, en la que no hay modelos a seguir ni posturas impuestas, sino que se busca y se sigue el propio ritmo. Según las posibilidades individuales permite conocer, comprender y desplegar recursos corporales propios.

⁵³ López Blanco, Alicia. “El cuerpo tiene la palabra” (1° Edición). Buenos Aires. Robin Book, 2004. Pág: 253.

Permite el desarrollo de la conciencia corporal, la capacidad de observación, así como la ampliación de las percepciones, experimentando la funcionalidad del cuerpo sin ningún tipo de disociación entre los aspectos físicos y mentales.

Los resultados arrojados del análisis de datos, permiten afirmar que la aplicación de la Educación Postural Activa influye de manera positiva en la Calidad de Vida de las personas. Siendo el resultado más significativo la observación de las variaciones pre y post intervención, con respecto a la percepción de la propia calidad de vida de las personas que concurren a la clínica de Salud en julio agosto 2013, teniendo en cuenta que previo a la intervención en EPA el 7,1 % consideraba tener una muy buena calidad de vida y posterior a la intervención el este porcentaje aumento considerablemente a un 28,6%; también el 57,2% consideraba que es buena previo a la intervención y luego este porcentaje aumento a 71,4% . Previo a la intervención el 35,7% consideraba que su calidad de vida era regular y posterior a la Intervención en EPA ningún paciente considero que su calidad de vida es regular. Lo mismo ocurre en el resto de las dimensiones de la variable EPA en Calidad de Vida, observándose un cambio positivo.

El aprendizaje comienza en todo aquello que experimentan en las sesiones de EpA, y luego depende de cada persona que el proceso sea sostenido y reforzado en el tiempo, propiciando a partir de éste, el mantenimiento y el cuidado de la salud.

En consecuencia las personas pudieron expresar claramente como implementan lo aprendido en las sesiones. Podemos inferir que el conocimiento adquirido no solo pudo incorporarse, sino que, además las potencialidades y recursos corporales desplegados pudieron ser aplicados en su vida diaria.

Finalizando nuestra investigación, creemos que sería importante poder estandarizar el cuestionario "Pre-intervención" y "Post-intervención". Considerando que, el mismo, abarca diferentes indicadores que permiten valorar la calidad de vida de la persona en diversos aspectos; proporcionando resultados comparativos, que brindan la información necesaria para determinar la manera en la que influye la EpA en la calidad de vida de dichas personas.

Dejamos el camino abierto a futuras investigaciones para que se sigan explorando y describiendo los principios de la Educación Postural Activa, ya que consideramos que al ser apropiados por las personas son altamente beneficiosos para su salud y Calidad de Vida.

“el cuerpo es un libro abierto a múltiples escrituras y lecturas. Como esos libros que tienen varios finales según la bifurcación que elija el lector”.⁵⁴

⁵⁴ Kesselman, Susana. “El pensamiento corporal: de la inteligencia emocional a la inteligencia sensorial” (1ª Edición). Buenos Aires. Lumen, 2005. Pág: 171.

Bibliografía General

Libros:

Albornoz, L. Escalada, P. y Crego, A. Tesis de grado: "Construyendo una propuesta horizontal en salud y educación". Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMDP, 2009.

Auzmendis, Ana Laura. Tesis de Grado: "Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados". Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMDP, 2004.

Bertherat Thérèse. "La guarida del Tigre: antigimnasia para el dolor de espalda y las contracciones musculares". Buenos Aires. Editorial Paidós, 1998.

Bertherat, Thérèse. "Correo del cuerpo: nuevas vías de la antigimnasia". Editorial Paidós, 1980.

Bertherat, Thérèse. "El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia". Buenos Aires. Editorial Paidós, 2009.

Bertocchi, Francisco y Wingerter, Julieta. Tesis de grado: "Comportamiento del flujo respiratorio máximo de niños con Síndrome de Respirador Bucal luego de realizar elongación de la Cadena Muscular Inspiratoria a través del método Stretching Global Activo". Licenciatura en Kinesiología. UNER, 2012.

Busquet, Léopold. "Las cadenas musculares. Tomo I" (4ª Edición). España. Paidotribo, 2007.

Epp, Jake; Kickbusch, Ilona; Lalonde, Marc, y Terris, Milton: "Promoción de la salud, una antología." Publicación Científica N° 557. OPS, Washington, EUA, 1996

Feldenkrais, Moshe. "La dificultad de ver lo obvio". Buenos Aires. Editorial Paidós, 1991.

Godelieve Struyf-Denys. "El manual del mezierista, Tomo II". España. Editorial Paidotribo, 2004.

Goussard, Jean-Claude. "El método Mézières" Traducción: F. Colell. Paris. Revista de Medicina y Ortopedia, 1987.

Gutierrez, Fernanda y Preckel, Bárbara. Tesis de grado: "Conocimiento y aplicación de la Educación Postural Activa en adultos mayores". Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMDP, 2013.

Kesselman, Susana. "El pensamiento corporal: de la inteligencia emocional a la inteligencia sensorial". Buenos Aires. Editorial Lumen, 2005.

López Blanco, Alicia. "El cuerpo tiene la palabra". Buenos Aires. Editorial Robin Book, 2004.

Osho. "Conciencia: La clave para vivir en equilibrio". España. Editorial Grijalbo, 2007.

Pazos, J. M. y Aranguren, J. L. "Educación postural". España. Inde, publicaciones, 2000.

Pellegrini, M. "Terapia Ocupacional en el trabajo de salud comunitaria". Artículo de Revista: Terapia-ocupacional. Com. Diciembre 2004.

Perea Quesada, Rogelia. "Educación para la salud: reto de nuestro tiempo". España. Editorial Díaz de Santos, 2004.

Plaza, Fabiana y Ramírez, Silvina. "¿Qué es la Eutonía de Gerda Alexander?". Publicación de Escuela Argentina de Eutonía. Diciembre, 2008.

Polonio López, Begoña. "Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica". Argentina. Editorial Médica Panamericana, 2004.

Souchard, Philippe. "Stretching Global Activo: de la perfección muscular a los resultados deportivos" (3° Edición). España. Paidotribo, 2003.

Vishnivetz, Berta. "Eutonía: educación del cuerpo hacia el ser". Buenos Aires. Editorial Paidos, 1994.

Páginas de Internet Consultadas:

[http://catarina.udlap.mx/udla/tales/documentos/mce/de I VI/apendiceB.pdf](http://catarina.udlap.mx/udla/tales/documentos/mce/de%20I%20VI/apendiceB.pdf)

<http://eciencia.urjc.es/bitstream/10115/5065/1/Tesis%20Espondilitis%20Anquilosante%20FINAL.pdf>

<http://educacionposturalactiva.blogspot.com.ar/>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad de vida](http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida)

<http://feldenkraisbarcelona.net/2009/10/14/el-metodo-feldenkrais/>

<http://files.sld.cu/rehabilitacion-ejer/files/2010/05/metodo20meziere.pdf>

<http://rpgl.org/ar/evaluacion>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000200002&script=sci_arttext

http://www.adifi.com.ar/rpg_sga.html

<http://www.cathealth.es/>

[http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:7 -
Valoraci%C3%B3n y evaluaci%C3%B3n del dolor](http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:7-_Valoraci%C3%B3n_y_evaluaci%C3%B3n_del_dolor)

http://www.eduinnova.es/monografias09/EDUCACION_POSTURAL.pdf

<http://www.efdeportes.com/efd109/propuesta-de-tests-de-evaluacion-de-la-movilidad-articular.htm>

<http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=385>

http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/como_tratar/informacion_paciente/higiene.asp

http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf

[http://www.ikastea.hezkuntza.net/c/document_library/get_file?uuid=8eb8052e-9f28-47a7-a693-
bcdb25be97d8&groupId=10138](http://www.ikastea.hezkuntza.net/c/document_library/get_file?uuid=8eb8052e-9f28-47a7-a693-bcdb25be97d8&groupId=10138)

<http://www.indepsi.cl/bodyreaders/literatura/arti-ryv.htm>

http://www.inteligencia-emocional.org/habilidades_practicas/autoconciencia.htm

[http://www.magazinekinesico.com.ar/articulo/058/evaluacion-muscular-desde-la-reeducacion-
postural-global](http://www.magazinekinesico.com.ar/articulo/058/evaluacion-muscular-desde-la-reeducacion-postural-global)

<http://www.rpg.org.ar/evalua.htm>

<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>

Anexo

Anexo I

Hoja de Consentimiento Informado

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

El objetivo del trabajo es estudiar en qué medida el taller de Educación Postural Activa contribuye a la adquisición de auto-conocimiento corporal, y de qué manera influye en la calidad de vida de las personas que participan de las sesiones.

Si acepta participar de esta investigación, tuviera bien contar con su colaboración para responder algunas preguntas, ya que será un aporte importante para nuestro estudio.

Su identidad será protegida. Y toda información o datos que pudieran identificarlo serán manejados confidencialmente. Solamente Bertocchi Julia, Gasparri Natalia, Porro Sandra 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.

Las preguntas son en relación a cómo percibe usted su propia salud, su cuerpo, sus emociones y sentimientos, sus relaciones interpersonales y cuál es el nivel de responsabilidad con respecto al autocuidado de su cuerpo y mente.

Los resultados obtenidos serán presentados en nuestra tesis de grado y estarán a su disposición si así lo desea.

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

Nombre del Participante

Firma

Desde ya agradecemos su tiempo y colaboración.

Bertocchi Julia y Gasparri Natalia

Anexo II

Cuestionario administrado de Educación Postural Activa

Para determinar la influencia de este medio terapéutico en la Calidad de vida

Dirigido a aquellas personas que concurren a la Clínica de Salud de la Ciudad de Mar del
Plata, durante los meses julio-agosto del 2013

Fecha:

N° de Entrevista:

Nombre y Apellido _____

Edad _____

Ocupación _____

Motivo por el cual asiste _____

Tratamientos Previos _____

Seleccione el que corresponda:

Pre-test

Post-test

Instrucciones:

Marque con una cruz la respuesta que considere correcta. Existen preguntas en las que solo puede responder a una opción y otras son de varias opciones.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

¿Cómo considera usted a su calidad de vida?

- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

Actualmente, ¿cuán satisfecho está usted con su salud?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho

En las últimas semanas, ¿ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Nada
- Poco
- Medianamente
- Bastante
- Totalmente

Generalmente, ¿en qué partes del cuerpo siente contracturas, tensión y/o dolor?

- Cabeza .
- Cuello
- Hombros
- Espalda
- Caderas
- Rodillas
- Pies
- Otras partes del cuerpo
- Ninguna

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

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

Malas posiciones/posturas
Falta de ejercicio
Falta de descanso
Malos hábitos
Causas afectivas- emocionales

Actualmente, ¿hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita?

Nada
Poco
Medianamente
Bastante
Extremadamente

Cuando siente contracturas, tensión y/o dolor ¿qué medidas toma para evitarlo?

Toma un analgésico
Realiza un ejercicio de estiramiento
Realiza un auto-masaje
Otras medidas

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

Si
No
A veces

¿Usted cree tener una postura correcta?

Siempre
Frecuentemente
A veces
Raramente
Nunca

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

Habitualmente, ¿cuál es su manera de sentarse?

Sobre sacro manteniendo espalda erguida y alineada
Sobre isquiones manteniendo pies apoyados en el suelo y espalda erguida y alineada
Sobre pubis manteniendo espalda erguida y alineada.

Habitualmente, ¿cuál es su manera de caminar?

Sacando fuerza desde los hombros
Sacando fuerza desde el centro del cuerpo
Sacando fuerza desde las piernas.

¿Usted cree tener una respiración correcta?

Si
No
A veces

¿Cómo es su respiración?

Inhala por nariz y exhala por boca
Inhala y exhala por nariz
Inhala y exhala por boca.

Al inhalar, ¿hacia qué lugar de su cuerpo podría sugerir que se dirige el aire?

Los pulmones
La garganta
El vientre
El estómago.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

En las últimas semanas, ¿se sintió con energías suficientes para sus actividades de la vida diaria?

- Nada
- Poco
- Medianamente
- Bastante
- Totalmente

Actualmente, ¿usted considera que es capaz de aceptar su apariencia física?

- Si
- No
- A veces

Actualmente, ¿cuán satisfecho está con su vida sexual?

- Nada
- Poco
- Medianamente
- Bastante
- Totalmente

Generalmente, ¿cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

- Nada
- Poco
- Medianamente
- Bastante
- Totalmente

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

Habitualmente, ¿tiene dificultades para dormir?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Raramente
- Nunca

Actualmente, ¿cuán satisfecho está con sus relaciones interpersonales?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho

¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad?

- Siempre
- Frecuentemente
- A veces
- Raramente
- Nunca

En las últimas semanas, ¿se ha sentido nervioso, agobiado y/o en tensión?

- Nada
- Poco
- Medianamente
- Bastante
- Totalmente.

Muchas Gracias por su valiosa colaboración!!!

Anexo III

PRESENTACIÓN DE LA MUESTRA

TABLA N° 1: Sexo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

SEXO	N°	%
MASCULINO	2	14,3 %
FEMENINO	12	85,7 %
TOTAL	14	100 %

RESULTADOS OBTENIDOS

PREVIO A LA INTERVENCION EN EDUCACION POSTURAL ACTIVA

TABLA N° 2: Consideración sobre su propia calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CALIDAD DE VIDA	N°	%
MUY BUENA	1	7,1 %
BUENA	8	57,2 %
REGULAR	5	35,7 %
MALA	0	0%
MUY MALA	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 3: Grado de satisfacción con su propia salud de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

GRADO DE SATISFACCION	N°	%
MUY SATISFECHO	3	21,4 %
SATISFECHO	7	50%
INSATISFECHO	4	28,6%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 4: Capacidad de disfrutar de las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CAPACIDAD DE DISFRUTE	N°	%
NADA	0	0 %
POCO	4	28,6 %
MEDIANAMENTE	3	21,4 %
BASTANTE	4	28,6%
TOTALMENTE	3	21,4%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 5: Localización de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

LOCALIZACION	N°	%
CABEZA	0	0 %
CUELLO	2	14,3%
HOMBROS	2	14,3 %
ESPALDA	4	28,6%
CADERAS	3	21,5%
RODILLAS	1	7,1%
PIES	1	7,1%
OTRAS PARTES DEL CUERPO	1	7,1%

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

NINGUNA	0	0
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 6: Consideración de las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CAUSAS	N°	%
MALAS POSICIONES/POSTURAS	8	57,1%
FALTA DE EJERCICIO	0	0 %
FALTA DE DESCANSO	1	7,1%
MALOS HABITOS	1	7,1%
CAUSAS AFECTIVAS-EMOCIONALES	4	28,7%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 7: Limitación que genera la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

GRADO DE LIMITACION	N°	%
NADA	1	7,1 %
POCO	4	28,6%
MEDIANAMENTE	3	21,4 %
BASTANTE	6	42,9%
TOTALMENTE	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 8: Medidas tomadas para evitar la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

MEDIDA	N°	%
ANALGESICO	6	42,9 %
EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO	5	35,7%
AUTOMASAJE	0	0%
OTRAS	3	21,4%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 9: Dedicación en relación al estado de su cuerpo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

SE DEDICA	N°	%
SI	2	14,3%
NO	8	57,1%
A VECES	4	28,6%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 10: Creencia de poseer una postura correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CREEN POSEER UNA POSTURA CORRECTA	N°	%
SIEMPRE	2	14,3%
FRECUENTEMENTE	0	0%
A VECES	7	50 %
RARAMENTE	2	14,3%

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

NUNCA	3	21,4%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 11: Manera de sentarse de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

MANERA DE SENTARSE	N°	%
SOBRE SACRO MANTENIENDO ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA	7	50%
SOBRE ISQUIONES MANTENIENDO PIES APOYADOS EN EL SUELO Y ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA	5	35,7%
SOBRE PUBIS MANTENIENDO ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA	2	14,3%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 12: Manera de caminar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

MANERA DE CAMINAR	N°	%
SACANDO FUERZA DESDE LOS HOMBROS	5	25,7%
SACANDO FUERZA DESDE EL CENTRO DEL CUERPO	1	7,1%
SACANDO FUERZA DESDE LAS PIERNAS	8	57,1%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 13: Creencia de respirar de una forma correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

FORMA DE RESPIRAR CORRECTA	N°	%
SI	5	35,7%
NO	6	42,9%
A VECES	3	21,4%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 14: Forma de respirar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

FORMA DE RESPIRAR	N°	%
INHALA POR NARIZ Y EXHALA POR BOCA	5	35,7 %
INHALA Y EXHALA POR NARIZ	8	57,3%
INHALA Y EXHALA POR BOCA	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 15: Lugar hacia donde se dirige el aire que respiran las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

LUGAR	N°	%
PULMONES	7	50%
GARGANTA	3	21,4%
VIENTRE	1	7,2%
ESTOMAGO	3	21,4%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 16: Cantidad de energía para realizar las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CANTIDAD DE ENERGIA	N°	%
NADA	0	0 %
POCO	7	50%
MEDIANAMENTE	5	35,7 %
BASTANTE	1	7,1%
TOTALMENTE	1	7,1%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 17: Aceptación de su apariencia física en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

ACEPTA SU APARIENCIA FISICA	N°	%
SI	6	42,8%
NO	3	21,5%
A VECES	5	35,7%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 18: Satisfacción respecto de su vida sexual en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

SATISFACCION	N°	%
NADA	6	42,9 %
POCO	0	0%
MEDIANAMENTE	3	21,4 %
BASTANTE	5	35,7%

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

TOTALMENTE	0	0%
TOTAL	11	100 %

TABLA N° 19: Consideración respecto a cuan saludable es el ambiente físico que rodea a las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

AMBIENTE SALUDABLE	N°	%
NADA	0	0 %
POCO	1	7,1%
MEDIANAMENTE	7	50 %
BASTANTE	4	28,6%
TOTALMENTE	2	14,3%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 20: Frecuencia de dificultades para dormir de personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

FRECUENCIA DE DIFICULTADES PARA DORMIR	N°	%
SIEMPRE	1	7,1%
FRECUENTEMENTE	3	21,5%
A VECES	3	21,5%
RARAMENTE	6	42,8%
NUNCA	1	7,1%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 21: Grado de satisfacción respecto a sus relaciones interpersonales de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

GRADO DE SATISFACCION	N°	%
MUY SATISFECHO	5	35,7%
SATISFECHO	7	50%
INSATISFECHO	2	14,3%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 22: Frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

FRECUENCIA	N°	%
SIEMPRE	0	0%
FRECUENTEMENTE	3	21,4%
A VECES	6	42,9 %
RARAMENTE	4	28,6%
NUNCA	1	7,1%
TOTAL	11	100 %

TABLA N° 23: Presencia de sentimiento de nerviosismo, agobio y/o tensión en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

PRESENCIA DE NERVIOS, AGOBIO Y/O TENSION	N°	%
NADA	1	7,1 %
POCO	3	21,4%
MEDIANAMENTE	4	28,6 %
BASTANTE	6	42,9%
TOTALMENTE	0	0%
TOTAL	14	100 %

RESULTADOS OBTENIDOS

POSTERIOR A LA INTERVENCION EN EDUCACION POSTURAL ACTIVA

TABLA N° 24: Consideración sobre su propia calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CALIDAD DE VIDA	N°	%
MUY BUENA	4	28,6%
BUENA	10	71,4%
REGULAR	0	0%
MALA	0	0%
MUY MALA	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 25: Grado de satisfacción con su propia salud de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

GRADO DE SATISFACCION	N°	%
MUY SATISFECHO	5	35,7%
SATISFECHO	8	57,1%
INSATISFECHO	1	7,1%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 26: Capacidad de disfrutar de las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

CAPACIDAD DE DISFRUTE	N°	%
NADA	0	0 %
POCO	0	0 %
MEDIANAMENTE	3	21,3 %
BASTANTE	6	42,9%
TOTALMENTE	5	35,7%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 27: Localización de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

LOCALIZACION	N°	%
CABEZA	0	0 %
CUELLO	2	14,3%
HOMBROS	3	21,4%
ESPALDA	2	14,3%
CADERAS	3	21,4%
RODILLAS	1	7,1%
PIES	1	7,1%
OTRAS PARTES DEL CUERPO	0	0%
NINGUNA	2	14,4%
TOTAL	11	100 %

TABLA N° 28: Consideración de las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CAUSAS	N°	%
MALAS POSICIONES/POSTURAS	6	42,9%
FALTA DE EJERCICIO	0	0 %
FALTA DE DESCANSO	0	0%
MALOS HABITOS	1	7,1%
CAUSAS AFECTIVAS-EMOCIONALES	7	50%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 29: Limitación que genera la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

GRADO DE LIMITACION	N°	%
NADA	5	35,7%
POCO	6	42,8%
MEDIANAMENTE	3	21,4%
BASTANTE	0	0%
TOTALMENTE	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 30: Medidas tomadas para evitar la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

MEDIDA	N°	%
ANALGESICO	1	7,1 %
EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO	5	35,7%

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

AUTOMASAJE	4	28,6%
OTRAS	4	28,6%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 31: Dedicación en relación al estado de su cuerpo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

SE DEDICA	N°	%
SI	6	42,9%
NO	0	0%
A VECES	8	57,1%
TOTAL	11	100 %

TABLA N° 32: Creencia de poseer una postura correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CREEN POSEER UNA POSTURA CORRECTA	N°	%
SIEMPRE	0	0%
FRECUENTEMENTE	8	57,1%
A VECES	5	35,7%
RARAMENTE	1	7,1%
NUNCA	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 33: Manera de sentarse de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

MANERA DE SENTARSE	N°	%
SOBRE SACRO MANTENIENDO ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA	2	14,3%
SOBRE ISQUIONES MANTENIENDO PIES APOYADOS EN EL SUELO Y ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA	12	85,7%
SOBRE PUBIS MANTENIENDO ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 34: Manera de caminar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

MANERA DE CAMINAR	N°	%
SACANDO FUERZA DESDE LOS HOMBROS	3	21,4%
SACANDO FUERZA DESDE EL CENTRO DEL CUERPO	8	57,2%
SACANDO FUERZA DESDE LAS PIERNAS	3	21,4%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 35: Creencia de respirar de una forma correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

FORMA DE RESPIRAR CORRECTA	N°	%
SI	5	35,7%
NO	0	0%
A VECES	8	57,1%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 36: Forma de respirar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

FORMA DE RESPIRAR	N°	%
INHALA POR NARIZ Y EXHALA POR BOCA	7	50 %
INHALA Y EXHALA POR NARIZ	6	42,9%
INHALA Y EXHALA POR BOCA	1	7,1%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 37: Lugar hacia donde se dirige el aire que respiran las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

LUGAR	N°	%
PULMONES	2	14,3%
GARGANTA	0	0%
VIENTRE	8	57,1%
ESTOMAGO	4	28,6%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 38: Cantidad de energía para realizar las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

CANTIDAD DE ENERGIA	N°	%
NADA	0	0 %
POCO	0	0%
MEDIANAMENTE	3	21,4 %
BASTANTE	4	28,6%
TOTALMENTE	7	50%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 39: Aceptación de su apariencia física en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

ACEPTA SU APARIENCIA FISICA	N°	%
SI	9	64,3%
NO	0	0%
A VECES	5	35,7%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 40: Satisfacción respecto de su vida sexual en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

SATISFACCION	N°	%
NADA	5	35,7 %
POCO	1	7,2%
MEDIANAMENTE	3	21,4 %
BASTANTE	3	21,4%
TOTALMENTE	2	14,3%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 41: Consideración respecto a cuan saludable es el ambiente físico que rodea a las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

AMBIENTE SALUDABLE	N°	%
NADA	0	0 %
POCO	0	0%
MEDIANAMENTE	4	28,6%
BASTANTE	6	42,8%
TOTALMENTE	4	28,6%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 42: Frecuencia de dificultades para dormir de personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

FRECUENCIA DE DIFICULTADES PARA DORMIR	N°	%
SIEMPRE	1	7,1%
FRECUENTEMENTE	0	0%
A VECES	5	35,7 %
RARAMENTE	5	35,7%
NUNCA	3	21,4%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 43: Grado de satisfacción respecto a sus relaciones interpersonales de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

GRADO DE SATISFACCION	N°	%
MUY SATISFECHO	5	35,7%
SATISFECHO	9	64,3%
INSATISFECHO	0	0%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 44: Frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

FRECUENCIA	N°	%
SIEMPRE	0	0%
FRECUENTEMENTE	1	7,1%
A VECES	7	50%
RARAMENTE	5	35,8%
NUNCA	1	7,1%
TOTAL	14	100 %

TABLA N° 45: Presencia de sentimiento de nerviosismo, agobio y/o tensión en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013.

PRESENCIA DE NERVIOS, AGOBIO Y/O TENSION	N°	%
NADA	2	14,3 %
POCO	6	42,8%
MEDIANAMENTE	4	28,4%
BASTANTE	2	14,3%
TOTALMENTE	0	0%
TOTAL	11	100 %

RESULTADOS COMPARATIVOS DE PRE Y POS INTERVENCION EN EDUCACION

POSTURAL ACTIVA

CUADRO N° 1: Consideración sobre su propia calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>CALIDAD DE VIDA</u>	MUY BUENA		BUENA		REGULAR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	1	7,1%	8	57,2%	5	35,7%	14	100%
POST-INTERVENCION	4	28,6%	10	71,4%	0	0%	14	100%

CUADRO N° 2: Grado de satisfacción con su propia salud de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>GRADO DE SATISFACCION</u>	MUY SATISFECHO		SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	3	21,4%	7	50%	4	28,6%	14	100%
POST-INTERVENCION	5	35,7%	8	57,1%	1	7,1%	14	100%

CUADRO N° 3: Capacidad de disfrutar de las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>CAPACIDAD DE DISFRUTE</u>	POCO		MEDIANAMENTE		BASTANTE		TOTALMENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	4	28,6%	3	21,4%	4	28,6%	3	21,4%	14	100%
POST-INTERVENCION	0	0%	3	21,3%	6	42,9%	5	35,7%	14	100%

CUADRO N° 4: Localización de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

LOCALIZACION	CUELLO		HOMBROS		ESPALDA		CADERAS		RODILLAS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	2	14,3%	2	14,3%	4	28,6%	3	21,3%	1	7,1%
POST-INTERVENCION	2	14,3%	3	21,4%	2	14,3%	3	21,4%	1	7,1%

PIES		OTRAS PARTES		NINGUNA		TOTAL	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	7,1%	1	7,1%	0	0%	14	100%
1	7,1%	0	0%	2	14,4%	14	100%

CUADRO N° 5: Consideración de las causas de contracturas, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación

<u>CAUSAS</u>	MALAS POSICIONES/ POSTURAS		FALTA DE DESCANSO		MALOS HABITOS		CAUSAS AFECTIVAS EMOCIONALES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PREINTERVENCION	8	57,1%	1	7,1%	1	7,1%	4	28,7%	14	100%
POSINTERVENCION	6	42,9%	0	0%	1	7,1%	7	50%	14	100%

CUADRO N° 6: Limitación que genera la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>GRADO DE LIMITACION</u>	NADA		POCO		MEDIANAMENTE		BASTANTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PREINTERVENCION	1	7,1%	4	28,6%	3	21,4%	6	42,9%	14	100%
POSINTERVENCION	5	35,7%	6	42,8%	3	21,4%	0	0%	14	100%

CUADRO N° 7: Medidas tomadas para evitar la contractura, tensión y/o dolor de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>MEDIDA</u>	ANALGESICO		EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO		AUTOMASAJE		OTRAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PREINTERVENCION	6	42,9%	5	35,7%	0	0%	3	21,4%	14	100%
POSINTERVENCION	1	7,1%	5	35,7%	4	28,6%	4	28,6%	14	100%

CUADRO N° 8: Dedicación en relación al estado de su cuerpo de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>SE DEDICA</u>	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PREINTERVENCION	2	14,3%	8	57,1%	4	28,6%	14	100%
POSINTERVENCION	6	36,4%	0	0%	8	57,1%	14	100%

CUADRO N° 9: Creencia de poseer una postura correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>EN POSEER UNA TURA CORRECTA</u>	SIEMPRE		FRECUEMENTEMENTE		A VECES		RARAMENTE		NUNCA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CON INTERVENCION	2	14,3%	0	0%	7	50%	2	14,3%	3	21,4%	14	100%
SIN INTERVENCION	0	0%	8	57,1%	5	35,7%	1	7,1%	0	0%	14	100%

TABLA N° 10: Manera de sentarse de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>MANERA DE SENTARSE</u>	SOBRE SACRO MANTENIENDO ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA		SOBRE ISQUIONES MANTENIENDO PIES APOYADOS EN EL SUELO Y ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA		SOBRE PUBIS MANTENIENDO ESPALDA ERGUIDA Y ALINEADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
REINTERVENCION	7	50%	5	35,7%	2	14,3%	14	100%
POSINTERVENCION	2	14,3%	12	85,7%	0	0%	14	100%

CUADRO N° 11: Manera de caminar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>MANERA DE CAMINAR</u>	SACANDO FUERZA DESDE LOS HOMBROS		SACANDO FUERZA DESDE EL CENTRO DEL CUERPO		SACANDO FUERZA DESDE LAS PIERNAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PREINTERVENCION	5	25,7%	1	7,1%	8	57,1%	14	100%
POSINTERVENCION	3	21,4%	8	57,2%	3	21,4%	14	100%

CUADRO N° 12: Creencia de respirar de una forma correcta de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>FORMA DE RESPIRAR CORRECTA</u>	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	5	35,7%	6	42,9%	3	21,4%	14	100%
POST-INTERVENCION	5	35,7%	0	0%	8	57,1%	14	100%

CUADRO N° 13: Forma de respirar de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>MANERA DE RESPIRAR</u>	INHALA POR NARIZ Y EXHALA POR BOCA		INHALA Y EXHALA POR NARIZ		INHALA Y EXHALA POR BOCA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	5	35,7%	8	57,3%	0	0%	14	100%
POST-INTERVENCION	7	50%	6	42,9%	1	7,1%	14	100%

CUADRO N° 14: Lugar hacia donde se dirige el aire que respiran las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>LUGAR</u>	PULMONES		GARGANTA		VIENTRE		ESTOMAGO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	7	50%	3	21,4%	1	7,2%	3	21,4%	14	100%
POST-INTERVENCION	2	14,3%	0	0%	8	57,1%	4	28,6%	14	100%

CUADRO N° 15: Cantidad de energía para realizar las actividades diarias de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>CANTIDAD DE ENERGIA</u>	POCO		MEDIANAMENTE		BASTANTE		TOTALMENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	7	50%	5	35,7%	1	7,1%	1	7,1%	14	100%
POST-INTERVENCION	0	0%	3	21,4%	4	28,6%	7	50%	14	100%

CUADRO N° 16: Aceptación de su apariencia física en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>ACEPTA SU APARIENCIA FISICA</u>	SI		NO		A VECES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	6	42,8%	3	21,5%	5	35,7%	14	100%
POST-INTERVENCION	9	64,3%	0	0%	5	35,7%	14	100%

Una manera diferente de posicionarse en la vida...

CUADRO N° 17: Grado de Satisfacción respecto de su vida sexual en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación .

<u>SATISFACCION</u>	NADA		POCO		MEDIANAMENTE		BASTANTE		TOTALMENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	6	42,9%	0	0%	3	21,4%	5	35,7%	0	0%	14	100%
POST-INTERVENCION	5	35,7%	1	7,2%	3	21,4%	3	21,4%	2	14,3%	14	100%

CUADRO N° 18: Consideración respecto a cuan saludable es el ambiente físico que rodea a las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>AMBIENTE SALUDABLE</u>	POCO		MEDIANAMENTE		BASTANTE		TOTALMENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	1	7,1%	7	50%	4	28,6%	2	14,3%	14	100%
POST-INTERVENCION	0	0%	4	28,6%	6	42,8%	4	28,6%	14	100%

CUADRO N° 19: Frecuencia de dificultades para dormir de personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>FRECUENCIA DE DIFICULTADES PARA DORMIR</u>	SIEMPRE		FRECUENTE MENTE		A VECES		RARAMENTE		NUNCA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	1	7,1%	3	21,5%	3	21,5%	6	42,8%	1	7,1%	14	100%
POST-INTERVENCION	1	7,1%	0	0%	5	35,7%	5	35,7%	3	21,4%	14	100%

CUADRO N° 20: Grado de satisfacción respecto a sus relaciones interpersonales de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>GRADO DE SATISFACCION</u>	MUY SATISFECHO		SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	5	35,7%	7	50%	2	14,3%	14	100%
POST-INTERVENCION	5	35,7%	9	64,3%	0	0%	14	100%

CUADRO N° 21: Frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>FRECUENCIA</u>	FRECUENTEMENTE		A VECES		RARAMENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PREINTERVENCION	3	21,4%	6	42,9%	4	28,6%	14	100%
POSINTERVENCION	1	7,1%	7	50%	5	35,8%	14	100%

CUADRO N° 22: Presencia de sentimiento de nerviosismo, agobio y/o tensión en las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata, durante el período de julio-agosto del año 2013 según el momento de evaluación.

<u>PRESENCIA DE NERVIOS, AGOBIO Y/O TENSION</u>	NADA		POCO		MEDIANAMENTE		BASTANTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRE-INTERVENCION	1	7,1%	3	21,4%	4	28,6%	6	42,9%	14	100%
POST-INTERVENCION	2	14,3%	6	42,8%	4	28,4%	2	14,3%	14	100%



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ Lic Porro Sandra

✓ Lic Contreras Mariana

✓ Lic Italiano Ofelia

Fecha de Defensa: 18-12-13 Nota 10 (diez)