

2003

Conocimiento de los médicos del servicio de clínica médica acerca de la competencia del licenciado en terapia ocupacional

De La Iglesia, Claudia

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/927>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO
SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

**“CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DEL
SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA ACERCA
DE LA COMPETENCIA DEL LICENCIADO
EN TERAPIA OCUPACIONAL”**

DE LA IGLESIA, CLAUDIA - GALIE, NATALIA

TESIS DE GRADO

◆ 2003 ◆

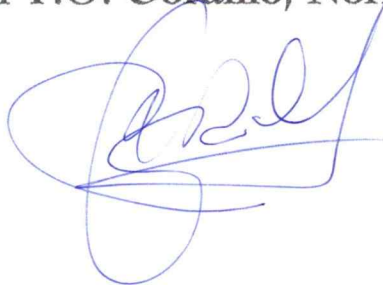
| | |
|---------------------------------------|-----------------|
| Biblioteca C.F.C.S. y S.S. | |
| Inventariada | Signatura: 1991 |
| Vol: | Ejemplar: |
| Universidad Nacional de Mar del Plata | |

HOJA DE FIRMAS

Directora: Lic. en T.O. Cabrera, Susana Beatriz



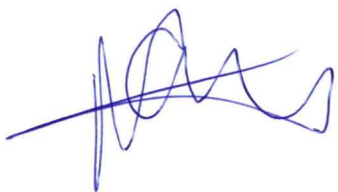
Co- directora: Lic. en T.O. Gordillo, Norma Susana



Tesistas: de la Iglesia, Claudia Eloisa



Galie, Natalia Eva



AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a quienes colaboraron para que nuestro trabajo se concretara:

A las Licenciadas en Terapia Ocupacional Susana B. Cabrera y Norma S. Gordillo, quienes con su conocimiento, crítica, tolerancia y constante incentivo nos guiaron y supervisaron en cada una de las etapas.

A Carlos Salgado, Guillermo Carrizo y Sergio Tolosa, por su invaluable ayuda.

A mis padres, Mónica y Carlos, por su amor, confianza y apoyo constante. A mis hermanas, Karina y Laura, por crecer junto a mí. A mis cuñados, Javier y Jerónimo, y sobrinas, Jérica y Agustina por formar parte de la vida de mis hermanas y, por lo tanto de la mía. Y a mis abuelos, Rosa, Antonio, Juan y Elvira, por su cariño y enseñanza de vida.

Claudia

Quisiera agradecer de todo corazón a mis padres, Petty y Rubén, mi hermano Paul, mis abuelos Julia y Pepe, familiares y amigos, quienes con su gran ternura y eterno apoyo me acompañaron y alentaron a lo largo de esta etapa tan importante de mi vida.

Natalia

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| <u>PRIMERA PARTE</u> | |
| 1- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA | 2 |
| <u>SEGUNDA PARTE</u> | |
| 2- MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) | 6 |
| 2.2 Terapia Ocupacional | 8 |
| 2.2.1 Introducción a la Terapia Ocupacional | 8 |
| 2.2.2 Competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional | 10 |
| 2.2.3 Terapia Ocupacional en pacientes agudos | 13 |
| 2.2.4 Stándares generales de práctica de Terapia Ocupacional | 15 |
| 2.2.5 Derivación a Terapia Ocupacional | 19 |
| 2.2.6 Patologías pasibles de derivación a Terapia Ocupacional | 19 |
| 2.3 Clínica Médica | 22 |
| 2.3.1 Introducción a la Clínica Médica | 22 |
| 2.3.2 Áreas de desempeño | 23 |
| 2.3.2.1 Actividad docente | 23 |
| 2.3.2.2 Actividad investigadora | 23 |
| 2.3.2.3 Actividad asistencial | 24 |

| | |
|---|----|
| 2.3.3 Patologías abordadas por Clínica Médica | 32 |
|---|----|

| | |
|--|-----------|
| 2.4 Gestión en Servicios de Salud | 46 |
|--|-----------|

| | |
|-------------------------------|----|
| 2.4.1 Función de organización | 47 |
|-------------------------------|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| 2.4.2 Función de planificación | 48 |
|--------------------------------|----|

| | |
|----------------------------|----|
| 2.4.3 Función de dirección | 49 |
|----------------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 2.4.4 Función de control | 50 |
|--------------------------|----|

TERCERA PARTE

| | |
|----------------------------------|-----------|
| 3- ASPECTOS METODOLÓGICOS | 53 |
|----------------------------------|-----------|

| | |
|-----------------|-----------|
| 3.1 Tema | 53 |
|-----------------|-----------|

| | |
|---------------------|-----------|
| 3.2 Problema | 53 |
|---------------------|-----------|

| | |
|----------------------|-----------|
| 3.3 Objetivos | 53 |
|----------------------|-----------|

| | |
|-----------------|----|
| 3.3.1 Generales | 53 |
|-----------------|----|

| | |
|-------------------|----|
| 3.3.2 Específicos | 54 |
|-------------------|----|

| | |
|---------------------|-----------|
| 3.4 Variable | 54 |
|---------------------|-----------|

| | |
|-----------------------------|----|
| 3.4.1 Definición científica | 54 |
|-----------------------------|----|

| | |
|------------------------------|----|
| 3.4.2 Definición operacional | 54 |
|------------------------------|----|

| | |
|-----------------------|----|
| 3.4.3 Otras variables | 56 |
|-----------------------|----|

| | |
|-------------------------------|----|
| 3.4.3.1 Variables atributivas | 56 |
|-------------------------------|----|

| | |
|----------------------------------|----|
| 3.4.3.2 Variables intervinientes | 56 |
|----------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3.4.4 Dimensionamiento de la variable | 57 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 3.4.5 Operacionalización de la variable | 61 |
|---|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| 3.4.6 Categorización de la variable | 64 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|--|-----------|
| 3.5 Diseño metodológico | 66 |
| 3.5.1 Tipo de estudio | 66 |
| 3.5.2 Diseño | 66 |
| 3.5.3 Enfoque | 66 |
| 3.5.4 Población | 66 |
| 3.5.5 Unidad de análisis | 66 |
| 3.5.6 Muestra | 67 |
| 3.5.7 Criterios para la selección de la muestra | 67 |
| 3.5.7.1 Criterio de inclusión | 67 |
| 3.5.7.2 Criterio de exclusión | 67 |
| 3.5.8 Lugar | 67 |
| 3.5.9 Método e instrumento de recolección de datos | 67 |
| 3.5.10 Procedimiento para la recolección de datos | 68 |
| 3.5.11 Análisis estadístico | 68 |

CUARTA PARTE

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 4- ANÁLISIS DE DATOS | 69 |
| 4.1 Análisis de datos | 69 |
| 4.2 Análisis cualitativo | 73 |

QUINTA PARTE

| | |
|----------------------|-----------|
| 5- CONCLUSIÓN | 75 |
|----------------------|-----------|

SEXTA PARTE

| | |
|------------------------|-----------|
| 6- BIBLIOGRAFÍA | 77 |
|------------------------|-----------|

SÉPTIMA PARTE

7- ANEXO

| | |
|---|------------|
| 7.1 Tablas y gráficos | 80 |
| 7.1.1 Caracterización de la población de estudio | 80 |
| 7.1.2 Competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional | 83 |
| 7.1.3 Inclusión de Terapia Ocupacional en el Área | 90 |
| 7.1.4 Información de Terapia Ocupacional | 91 |
| 7.1.5 Nivel de conocimiento | 93 |
| 7.2 Cuestionario | 96 |
| 7.3 Cartas de autorización | 103 |

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge a partir de la Práctica Clínica realizada en el Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.), de la ciudad de Mar del Plata. Durante el transcurso de la misma y en base a las inquietudes manifestadas por los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica, se supone que su nivel de conocimiento acerca de las funciones, incumbencias y campos en los cuales ejerce su práctica profesional el Terapeuta Ocupacional (T.O.) es bajo.

Considerando el amplio espectro de patologías que aborda este área de la Medicina y que muchas son pasibles de ser abordadas por la T.O., se observa que la frecuencia de derivación a este consultorio es escasa, siendo la causa probable este desconocimiento acerca de la profesión (T.O.).

En base a lo expuesto previamente y a antecedentes hallados de otras investigaciones, se propone identificar el nivel de conocimiento que poseen los médicos clínicos acerca de los aspectos cognoscitivo, procedimental y actitudinal que conforman la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional (Lic. en T.O.).

Si los resultados obtenidos confirman el supuesto que se plantea en el presente trabajo, se elaborará una propuesta de gestión con el fin de incrementar el grado de información que éstos poseen, lo que llevaría a elevar el número de patologías derivadas a T.O. y por consiguiente, brindar una mejor atención con eficiencia, eficacia y efectividad, además de equidad, a aquellos pacientes que necesiten del servicio de Terapia Ocupacional en su práctica rehabilitadora.

**PRIMERA
PARTE**

**ANTECEDENTES
DEL
PROBLEMA**



1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Como antecedentes acerca del conocimiento que tienen los profesionales médicos sobre la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional, para asistir a pacientes que presentan diversas patologías, las cuales corresponden a diferentes áreas de la Medicina, se hallaron los siguientes datos centrados en los estudios realizados en calidad de tesis de la Universidad Nacional de Mar del Plata, por ser éstos coincidentes con la población de estudio, ámbito y ciudad; para aportar aún más acerca de esta problemática:

❖ Biancani, Alejandra y Lozada, Mariana (5) realizaron una investigación con el fin de determinar qué factores incidían en la posibilidad de acceder a la Práctica Privada en los T.O./ Lic. en T.O. de la ciudad de Mar del Plata.

En un sondeo complementario efectuado en el año 1997 en esta ciudad por las mencionadas autoras, sobre un total de 26 encuestados, profesionales de distintas especialidades médicas, considerados como potenciales derivantes de pacientes, los datos recogidos fueron:

- los médicos no ven a los T.O. muy integrados al ambiente médico, como lo están por ejemplo, kinesiólogos o fisioterapeutas;
- algunos sostuvieron no poseer información acerca de la profesión;
- también manifestaron que sería interesante y de utilidad que los T.O. difundieran e informaran sobre sus funciones;
- admitieron finalmente que la frecuencia de derivaciones a T.O. es baja.

De lo anteriormente citado se dedujo que uno de los factores que incidía en la posibilidad de acceder a la Práctica Privada era la baja derivación médica, atribuida principalmente al escaso conocimiento que presentan los médicos acerca de las funciones e incumbencias de T.O.

Las mismas autoras recogen datos provenientes de un estudio realizado por Florian & Sacks, quienes "detectaron que los médicos poseen una visión distorsionada de la contribución de la Terapia Ocupacional en el abordaje terapéutico en diversas áreas ya que no identificaron, por ejemplo a la oncología, neonatología, drogadependencia, etc., como espacios en los que pueda aportar la Terapia Ocupacional"¹.

Biancani y Lozada identificaron en su investigación problemáticas referentes a la profesión de Terapia Ocupacional, tales como:

- el desconocimiento de los profesionales de la salud y de la sociedad con respecto a T.O.;
- la confusión entre los mismos T.O. para definir y delimitar el rol profesional e incumbencias de T.O.;
- la escasa promoción de la profesión;
- el bajo status profesional;
- el descreimiento médico acerca de la formación científica del T.O. y eficacia de sus tratamientos; y
- la escasa derivación.

¹BIANCANI, A.; LOZADA, M.: Práctica Privada en Terapia Ocupacional. Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P. Mar del Plata. Pág. 7.

En base a su extenso estudio, estas autoras sugieren que son necesarias acciones iniciadas desde los mismos T.O. (promoción, difusión de la profesión) para revertir la situación en cuanto al escaso conocimiento que se revela en los profesionales de las distintas especialidades médicas.

❖ En una investigación realizada por Díaz, Mariana y León, María Daniela (8) se exploró acerca del conocimiento que poseen los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) de asistencia a pacientes adultos de la ciudad de Mar del Plata, sobre la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en dicho área.

Debido a la ausencia de inclusión y demanda de la profesión de T.O. en la U.T.I., partieron de la suposición de la existencia de un **desconocimiento** en relación a las intervenciones del Lic. en T.O. en el mencionado área, observándose además **escasas derivaciones** por parte de los médicos.

El estudio demostró que el desconocimiento **no** constituía la principal causa de la ausencia de inclusión y demanda de T.O. en la U.T.I., obteniéndose como resultado final un nivel de conocimiento alto y medianamente alto por parte de la población incluida en la investigación.

Las mismas autoras ampliaron sus deducciones a raíz de este resultado y concluyeron en lo siguiente:

- un número importante de encuestados posee una consideración no equitativa en relación a los profesionales que conforman el equipo de salud;

- la mayor parte de la muestra de estudio no conoce la totalidad de las funciones y los conocimientos del profesional de T.O.;
- existe un reconocimiento limitado acerca del tipo de pacientes que asiste el T.O.;
- se deduce una escasez de participación por parte del profesional de T.O. en eventos de formación y trabajos de investigación en el área;
- algunos encuestados manifiestan una escasa difusión del rol de T.O. en este área específica; y
- la realidad económica actual de muchas de las instituciones incluidas en este estudio no posibilita la integración de nuevos profesionales, a pesar de ser considerados necesarios.

SEGUNDA
PARTE

**MARCO
TEÓRICO**



2.1 HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (H.I.G.A.)

"DR. OSCAR E. ALENDE"

Las funciones de la Terapia Ocupacional se pueden llevar a cabo en diversos ámbitos; uno de ellos es el hospital.

El Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.), "Dr. Oscar E. Alende" de la ciudad de Mar del Plata, como institución que brinda servicios de salud, le permite al T.O./ Lic. en T.O. desarrollar actividades de asistencia, gerenciamiento, docencia e investigación, desempeñándose en dos áreas de atención diferenciadas como lo son, el de Disfunción Física y el de Salud Mental, y de esta manera realizar su labor profesional junto a especialidades médicas y no médicas, como Psicología, Servicio Social, etc.; con las que comparte objetivos comunes.

El H.I.G.A. es una entidad provincial de alta complejidad que asiste a la población mayor de 15 años de edad. El mencionado establecimiento se inauguró el 22 de Diciembre del año 1961 con la reforma hospitalaria; el 16 de Octubre de 1979 se incorpora al Sistema de Atención Médica Organizada, y en 1996 se descentraliza de acuerdo a lo fijado por la ley 11.072.

Geográficamente se halla ubicado en el barrio Regional, en la zona sudoeste de esta ciudad, ocupando un área de 16 hectáreas, de las cuales 20.000 m² corresponden a la estructura edilicia.

La existencia de avenidas, sistemas de colectivos y helipuerto facilitan el acceso a la institución. Debido a su situación geográfica cubre la accidentología en ruta.

Se halla dotado de 287 camas.

El número total de profesionales que se desempeñan en este hospital es de 412, de los cuales corresponden 232 a planta permanente de los diferentes servicios y especialidades, 114 a residentes, 5 a post-residentes y 61 a concurrentes.

El citado nosocomio cuenta con especialidades como Ortopedia y Traumatología, Ginecología, Clínica Médica, Odontología, Terapia Intensiva, Neurología, Oftalmología, Cardiología, Cirugía, Salud Mental, Servicio Social, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Kinesiología y Enfermería, entre otros.

La mayoría de los pacientes que concurren a la institución pertenecen al partido de Gral. Pueyrredón, además también recibe por derivación pacientes provenientes de otros centros asistenciales de partidos correspondientes a la Región Sanitaria VIII.

La posibilidad de formar parte de los recursos humanos del H.I.G.A. durante un determinado período de la formación académica como practicantes de pre- grado, permite observar la relación de Terapia Ocupacional con el Servicio de Clínica Médica, siendo los profesionales de este Servicio quienes manifestaron mayores inquietudes acerca de la competencia del Lic. en T.O., lo cual evidencia el escaso conocimiento que estos poseen con respecto a T.O.; sin embargo este desconocimiento no es exclusivo de los médicos, también puede observarse en la sociedad en general, así como lo refieren Biancani, A. y Lozada, M. en su tesis de grado (5).

Por lo anteriormente mencionado el H.I.G.A. es la institución que más se adecua a la consecución de los objetivos planteados en el presente estudio.

2.2 TERAPIA OCUPACIONAL

2.2.1 Introducción a la Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional dentro del H.I.G.A. forma parte de Sala de Fisiatría y Rehabilitación, donde cumple con las siguientes actividades:

- **Asistencial**: esta incluye tres profesionales que trabajan en Internación y en Consultorios Externos del Área de Salud Mental y cuatro en el de Disfunción Física, de las cuales una se desempeña exclusivamente en la Unidad de Terapia Intensiva, y las tres restantes brindan atención en Consultorios Externos e Internación del resto de las especialidades.
- **Gerenciamiento**: en esta se desempeña una profesional como Jefa de la Sala.
- **Docencia e Investigación**: en Docencia cuenta con una profesional y cuatro alumnos practicantes encuadrados en el convenio marco con la Universidad Nacional de Mar del Plata y la Zona Sanitaria VIII. Todas las agentes de planta permanente llevan a cabo tareas de investigación.

La World Federation Occupational Therapists define a la **Terapia Ocupacional** como aquella disciplina que “facilita la actividad humana, a partir de la interpretación del entorno social en que se desenvuelve; generando nuevas prácticas sociales dentro del marco de las expectativas de sistemas de Salud/población”².

² O.P.S.: Encuentro: la Terapia Ocupacional en los programas de Rehabilitación en América Latina.

El T.O. tiene como objetivo maximizar la independencia del paciente en áreas de **Performance Ocupacional (P.O.)**, entendiéndose por esta a la habilidad que posee un individuo para llevar a cabo actividades propositivas dentro de sus roles y en su contexto particular, y hallarse satisfecho con su rendimiento. La misma abarca diferentes áreas, componentes y contextos.

Las *Áreas* de P.O. son categorías generales de la actividad humana y forman parte típicamente de la vida diaria (12). Incluyen:

- **Actividades de la Vida Diaria:** alimentación, vestido, higiene, etc.
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** cuidado del hogar, manejo de dinero, etc..
- **Trabajo:** actividades productivas.
- **Tiempo Libre:** juego, actividades de ocio.

Los *Componentes* de la P.O. son elementos requeridos para un compromiso exitoso en las áreas de P.O. Abarca los aspectos sensoriomotor, cognitivo, psicosocial y psicológico (12).

Los *Contextos* de la P.O. se refieren a situaciones o factores temporales y ambientales que influyen, de alguna manera, el desempeño de un individuo.

La habilidad del T.O. para evaluar estas áreas, componentes y contextos, y de intervenir en función de estos, depende del nivel de competencia que el T.O. halla adquirido.

2.2.2 Competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional

Partiendo de las conclusiones a las que arribaron Biancani, A. y Lozada, M. en su tesis de grado (5): "bajo status profesional, desconocimiento de la profesión entre la Sociedad y entre los profesionales de la salud, escasa promoción de la profesión por parte de los T.O., falta de compromiso y cohesión entre los T.O. en pos de la profesión, confusión entre muchos T.O. para delimitar y definir el Rol Profesional"³; y teniendo en cuenta las inquietudes manifestadas por los médicos acerca de las funciones, incumbencias y campos en los que se desempeña un T.O. creemos importante definir la competencia del Lic. en T.O.

La **competencia** "... puede definirse como un conocimiento en acción, una habilidad reconocida, una capacidad que se manifiesta en el modo de operar sobre la realidad. En este modo de operar se halla implícita una serie de esquemas que se expresan en proyectos de acción".⁴

La competencia en su *Aspecto Cognoscitivo* hace referencia a contenidos conceptuales, en su *Aspecto Procedimental* incluye los contenidos procedimentales y, por último, en su *Aspecto Actitudinal* abarca los contenidos actitudinales.

La adquisición de estos aspectos se evidencia en el desempeño profesional del Terapeuta Ocupacional, es decir, con una formación académica responsable, con un desarrollo eficaz de sus funciones, con acciones específicas en el área seleccionada, en

³Idem 1. Pág. 146.

⁴ MEREKA, H. Cien respuestas sobre la transformación educativa. Entrevista a Inés Aguerro. Editorial Santillana S.A. Buenos Aires. Argentina. 1995. Pág. 46

la cual lleva a cabo el proceso de T.O. y expresando en su práctica diaria actitudes que revelan creatividad, habilidad en las relaciones interpersonales, flexibilidad y compromiso asumido en la atención de pacientes que requieren de sus servicios.

Los *contenidos conceptuales* se refieren al conjunto de informaciones (datos, conceptos o teorías) que caracterizan a una disciplina o campo del saber (7).

El Aspecto Cognoscitivo abarca conocimientos adquiridos de Anatomía y Neuroanatomía, Fisiología, Clínica Médica, Psicología, Metodología y Técnicas de Investigación Social, conocimientos sobre el Desempeño Ocupacional, Sociología y Antropología que capacitan al profesional de T.O. para desempeñarse con idoneidad.

Las funciones del Terapeuta Ocupacional consisten en: motivar y brindar contención emocional, tanto al paciente como a su familia; desarrollar, mantener o recuperar la funcionalidad del paciente; educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales sobre el plan de tratamiento; como así también prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria.

“Los *contenidos procedimentales* abarcan el conjunto de formas de abordaje de un objeto para su estudio”⁵.

El Aspecto Procedimental comprende la habilidad para operar con eficacia a lo largo del proceso de T.O., en las etapas de entrevista y evaluación del paciente; en la elaboración del plan de tratamiento y su ejecución acorde con los objetivos planteados; en la re- evaluación, valorando y comparando los logros con los objetivos fijados

⁵ MÓDULO 0. LEY FEDERAL DE EDUCACIÓN. Ley de Educación de la Pcia. de Buenos Aires y Contenidos Básicos Comunes. La Plata. Enero de 1995. Pág. 20.

previamente; y en el análisis del alta de T.O. teniendo en cuenta los cambios observados en la evolución particular del paciente.

El T.O. posee habilidades específicas que le permiten intervenir en el ámbito hospitalario, inicialmente aplicando en forma selectiva actividades sensoriales, motoras, cognitivas y psicosociales; para luego si es que se requiere, diseñar, elaborar y entrenar al paciente en la utilización de equipo ortésico; diseñar, elaborar, entrenar al paciente y adaptar su equipo personal y ambiental; y por último analizar y entrenar al paciente en ocupaciones de mantenimiento personal, y administrar ocupaciones recreacionales, si es que estas se hallan planteadas previamente como objetivos del plan de tratamiento.

Los *contenidos actitudinales* "... Toman la forma de valores, normas y actitudes, éstas últimas suponen juicios valorativos, que requieren una comprensión consciente de ese objeto, persona o situación"⁶.

Las actitudes del profesional de T.O. para desempeñarse en un ambiente que exige compromiso personal, profesional y social incluyen: capacidad para establecer relaciones interpersonales con los demás integrantes del equipo; capacidad para operar en el vínculo terapéutico; compromiso para actualizar sus conocimientos; y capacidad creativa frente a las necesidades y posibilidades, tanto del paciente como de la institución en la que ejerce su práctica.

Además de los aspectos generales que atraviesan todas las áreas de conocimiento, los contenidos actitudinales también comprenden aspectos muy específicos que guardan relación con una problemática concreta, en este caso, con un

⁶ Idem 5. Pág. 20

área específica en la que el T.O. participa priorizando las evaluaciones y los tratamientos, desarrollando flexibilidad y adaptabilidad ante las demandas particulares y realizando acciones concretas para formar parte en eventos de especialización.

2.2.3 Terapia Ocupacional en pacientes agudos

La función de los hospitales de agudos es diagnosticar y tratar médica y quirúrgicamente a pacientes con problemas agudos temporales o con una exacerbación aguda de una enfermedad crónica.

Debido a la diversidad de pacientes y patologías que ingresan al H.I.G.A., el T.O. debe tener conocimiento de una extensa gama de diagnósticos, procedimientos médicos, intervenciones de T.O. y recursos disponibles.

Por causa de la situación socioeconómica actual se ha acortado el tiempo en que los pacientes permanecen internados, por lo que el T.O. se ve obligado a priorizar las evaluaciones y los objetivos de tratamiento.

El T.O. debe desarrollar un vínculo terapéutico con el paciente y su familia, teniendo en cuenta los componentes psicosociales, ya que estos son fundamentales para la motivación y, por ende, para los resultados.

EVALUACIÓN: debido a las limitaciones de tiempo debe ser completada rápidamente para así poder comenzar con el tratamiento. A veces, esto dificulta la implementación de pruebas objetivas y standarizadas por lo que se vuelven relevantes los datos subjetivos. Se indaga acerca de (23):

- ❖ datos personales;
- ❖ capacidad funcional anterior y actual;

- ❖ compromiso de la familia;
- ❖ trabajos anteriores y actuales del paciente;
- ❖ destrezas sensoriomotoras y componentes de la performance ocupacional (integración de reflejos, arco de movimiento, fuerza muscular, coordinación motora gruesa y fina, sensibilidad, resistencia, posturas anormales);
- ❖ destrezas cognitivas y componentes de la performance ocupacional (orientación, cognición, habilidad para responder consignas, destrezas perceptivo motoras, conceptualización);
- ❖ destrezas psicosociales y componentes de la performance ocupacional (autoestima, autoidentidad, habilidad para adaptarse a situaciones, apoyo del entorno);
- ❖ adaptaciones terapéuticas (a la utilización de prótesis u ortesis).

PLAN DE TRATAMIENTO: este debe incluir:

- ❖ los datos relevados en la evaluación;
- ❖ impresiones del T.O. acerca del beneficio posible del tratamiento, de las actitudes y motivaciones del paciente en cuanto al plan de tratamiento, y de su comprensión sobre su enfermedad;
- ❖ los objetivos a corto y largo plazo determinados en conjunto con el paciente.

PLAN DE ALTA: este varía de acuerdo al nivel de funcionalidad del paciente. Si ya cumplió con los objetivos planteados o ya ha alcanzado el máximo beneficio, el alta de T.O. puede o no coincidir con el alta hospitalario; si no coinciden y el paciente debe continuar recibiendo los servicios de T.O. se elabora y enseña al paciente un plan de tratamiento para el hogar, y luego se realizan re- evaluaciones.

2.2.4 Stándares generales de práctica de T.O.

En el H.I.G.A. los T.O. que se desempeñan en la Sala de Fisiatría y Rehabilitación deben brindar sus servicios profesionales de acuerdo a los siguientes estándares generales de práctica (6) (12):

- **Stándar Responsabilidad Profesional**

Para ejercer, los T.O. deben poseer su matrícula habilitante. Además deben brindar servicios coherentes con los conceptos de teoría y práctica de la T.O. Su desempeño debe estar regido por los presentes estándares.

Deben estar bien informados acerca de las cuestiones legislativas, políticas, sociales y culturales, y también acerca de nuevas investigaciones cuyos resultados puedan aplicarse ética y apropiadamente en los procesos de evaluación y de intervención y así asegurar una competencia adecuada.

Deben evaluar sistemáticamente la eficiencia y efectividad de los servicios de T.O., y diseñar e implementar procesos para mantener y/o mejorar la calidad del servicio, es decir que los T.O. deben proveer administración y gerenciamiento.

- **Stándar Derivación**

Los T.O. aceptan y responden a las derivaciones para evaluar o para evaluar e intervenir en las áreas, componentes o contextos de la performance ocupacional cuando el paciente pueda tener una limitación funcional o discapacidad o puede estar en riesgo de evolucionar hacia una condición discapacitante.

Si la derivación es apropiada los T.O. deben documentar: día de recibo, origen, diagnóstico, datos personales, área de T.O. y obra social (si la tuviese) en los libros de

admisión tanto para consultorio externo como para internación. Para consultorio externo se autoriza un turno de evaluación de la especialidad otorgado por cómputos/turnos. Para la internación la respuesta debe ser inmediata (primer o segundo día de recibida la derivación).

Si la derivación es inapropiada los T.O. deben recomendar otras alternativas al derivante.

Los T.O. deben derivar a los pacientes a otros profesionales cuando crean que estos satisfacerán sus necesidades.

Por lo antedicho es necesario que los T.O. informen a los actuales y a los potenciales derivantes acerca de la competencia del profesional de T.O.

- Stándar Entrevista/Evaluación

Los T.O. deben realizar la recolección de datos a través de la historia clínica, entrevista personal, sobre los siguientes ítems: fecha de ingreso a T.O., diagnóstico, etiología, servicio y profesional derivantes, datos personales, historia, educación, trabajo, familia e intereses.

Los T.O. deben evaluar las áreas, componentes y contextos de la performance ocupacional a través de instrumentos standarizados o no. Estos son seleccionados en base a la edad, educación, cultura, estado clínico y habilidad funcional del paciente.

Luego los T.O. recopilan, analizan e interpretan los datos para determinar el actual nivel funcional del paciente y así desarrollar un plan de intervención apropiado y/o realizar indicaciones y comunicarlas, respetando en todo momento la confidencialidad del paciente.

- Stándar Plan de Intervención

Los T.O. desarrollan y documentan un plan de intervención basado en los resultados de la evaluación de T.O. Este debe incluir objetivos claros, medibles a corto y largo plazo y adecuados a las necesidades, deseos y expectativas del paciente y su entorno. También debe documentarse el marco teórico, abordaje y métodos de re-evaluación seleccionados.

Los T.O. deben fijar el ambiente en que se llevará a cabo, la frecuencia y la duración del plan de intervención. Este debe ser revisado conjuntamente con el paciente, su familia y el profesional derivante.

- Stándar Intervención

Los T.O. deben intervenir de acuerdo a lo planificado. Este momento es un proceso dinámico durante el cual los T.O. deben documentar los servicios implementados y evolucionar acerca de los cambios en la performance ocupacional, en las necesidades y en las respuestas del paciente, esto lo logra mediante re-evaluaciones a partir de las cuales se modifican los objetivos planteados en el plan de intervención.

La intervención incluye: motivar; desarrollar, mantener o recuperar función; educar y prevenir la aparición de nuevos problemas funcionales mediante la utilización de actividades con propósito definido o métodos terapéuticos, que por un lado sean significativos para el paciente, y por otro sean efectivos para incrementar su performance ocupacional. Además los T.O. deben informar al paciente y su familia acerca de los beneficios y riesgos relacionados con la intervención.

Regularmente los T.O. deben comunicarse con el paciente y/o familia y con los profesionales involucrados e ir re- definiendo el plan de alta.

- Stándar Alta

Los T.O. deben finalizar formalmente y documentarlo cuando el paciente ha logrado los objetivos del plan de intervención, cuando ha alcanzado el máximo beneficio del tratamiento de T.O. o cuando lo abandona por propia voluntad.

Además debe documentar los cambios del nivel de performance ocupacional entre la evaluación inicial y el alta del tratamiento.

Para que los T.O. decidan el alta, deben involucrar al paciente, su familia y a los profesionales relacionados.

Los T.O. deben comunicar y documentar los futuros controles.

- Stándar Seguimiento de Alta

Luego del alta los T.O. deben realizar, en intervalos regulares de tiempo, re-evaluaciones del nivel de performance ocupacional adquirido por el paciente o identificar dificultades y así implementar su reingreso al tratamiento.

- Stándar Programa de Evaluación de Resultados

Los T.O. deben evaluar periódica y sistemáticamente si los programas de intervención implementados son eficientes y eficaces.

- Stándar Visita Domiciliaria

Los T.O. deben atender al paciente en su domicilio cuando éste se encuentre imposibilitado física y económicamente para concurrir al H.I.G.A. Además deben documentar los servicios prestados en la historia clínica y en los registros internos.

2.2.5 Derivación a Terapia Ocupacional

Para que el Licenciado en Terapia Ocupacional ejerza sus funciones debe atenerse al diagnóstico médico, el cual se halla explícito en la derivación.

Cabe diferenciar entre los conceptos de **derivación** y **prescripción**, ya que habitualmente suelen ser confundidos. Para Reed y Sanderson la derivación constituye una solicitud formal del médico al T.O. para que éste lleve a cabo el proceso de evaluación y en base a los datos obtenidos, elabore el plan de tratamiento a implementar. Mientras que la prescripción consiste en la indicación de los objetivos a lograr por medio de T.O., siendo estos previamente establecidos por el médico (21).

En el H.I.G.A. esta disciplina trabaja por consulta- **interconsulta**, siendo esta última "... la solicitud escrita de procedencia autorizada que requiere una consulta de la especialidad, que conlleva un informe para diagnóstico de Terapia Ocupacional y recomendaciones"⁷.

2.2.6 Patologías pasibles de derivación a Terapia Ocupacional (6)

A) Enfermedades debidas fundamentalmente a riesgos inherentes a las condiciones de vida, ambiente físico y social.

B) Enfermedades debidas fundamentalmente a riesgos inherentes al potencial de vida o caudal genético y al estilo de vida o hábitos.

⁷ CABRERA, S.: Terapia Ocupacional. Normas de derivación de las patologías pasibles de tratamiento. Pág. 72.

1) Procesos patológicos que alteren los componentes de la performance ocupacional evidenciables en:

1.1 Alteraciones de la capacidad motora funcional: fuerza muscular, amplitud articular, tono muscular, coordinación, balance, equilibrio, resistencia, movimientos involuntarios, reflejos posturales.

1.2 Alteraciones sensoriomotoras: visión, audición, gusto.

1.3 Alteraciones de la sensibilidad: localización y discriminación, táctil, térmica, dolorosa, barestesia, barognosia, palestesia, propiocepción, batiestesia, esterognosia, grafestesia.

1.4 Alteraciones de las funciones cerebrales superiores: praxias, gnosias y alteraciones del lenguaje.

1.5 Alteraciones del comportamiento: volición y afectividad.

1.6 Alteraciones de los procesos psicológicos.

1.7 Alteraciones de la cosmesis: deformidad, edema, cicatrices.

1.8 Alteraciones de las relaciones familiares, grupales y de desenvolvimiento en la sociedad.

1.9 Alteraciones que requieren equipamiento ortésico, ortesis para alimentación, ortesis de suspensión, ortesis compresivas, adaptaciones personales y ambientales; entrenamiento protésico.

2) Procesos patológicos que alteren las áreas de la performance ocupacional evidenciables en:

2.1 Alteraciones en el propio cuidado: A.V.D., alimentación, vestido, movilidad, aseo, toilette, higiene (bañarse), continencia (vesical y rectal), traslados y escaleras.

2.2 Alteraciones en las ocupaciones productivas: trabajo, I.A.D.L., uso del teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación, manejo del dinero, escolaridad.

2.3 Alteraciones en las ocupaciones recreacionales y de esparcimiento: uso del tiempo libre, actividades creativas, deportes, intereses culturales, entretenimiento y ambiente social, actividades en la naturaleza, etc.

2.3 CLÍNICA MÉDICA

2.3.1 Introducción a la Clínica Médica

En el H.I.G.A., durante los años 1994, 1995, 1996 y 1997 (6) el Servicio de Clínica Médica fue el que mayor número de derivaciones realizó a los consultorios externos de Terapia Ocupacional, esto no resulta extraño debido a la amplia gama de patologías que éste área de la Medicina aborda y en las cuales la Terapia Ocupacional es capaz de intervenir.

Esto pone en evidencia la posibilidad de que ambas profesiones puedan trabajar conjuntamente en la atención de los pacientes; sin embargo es difícil observarlo en la realidad concreta de cada día debido al vertiginoso ritmo hospitalario que rige las rutinas de quienes se desempeñan en él.

El Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. cuenta con un jefe de Servicio, dos jefes de piso y jefes de sala, las cuales son de: cuidados generales, cuidados especiales, gastroenterología, neumotisiología, neurología, infectología, y nefrología y diálisis. Además posee unidades de: endocrinología, dermatología, alergia, reumatología, hematología y oncología, totalizando 54 profesionales médicos.

A la Medicina Interna se la subdivide en PATOLOGÍA INTERNA y en CLÍNICA MÉDICA. La primera consiste en el estudio nosográfico, descriptivo y teórico de las enfermedades internas, precedido por los principales conceptos de la patología general. La Clínica Médica aplica estos conocimientos para establecer el diagnóstico. Una estudia

enfermedades y la otra enfermos; al ser estos dos conceptos indisolubles su estudio debe ser realizado en forma paralela y simultánea (17). En la práctica los términos Medicina Interna y Clínica Médica son tomados como sinónimos.

La esencia de la Medicina Interna "es la capacidad de aproximación integral al enfermo, basada en profundos conocimientos científicos"⁸, así se caracteriza al internista como generalista y plural (por su asistencia integral), además de distinguido (por la profundidad de sus conocimientos).

2.3.2 Áreas de desempeño

2.3.2.1 Actividad docente

En el H.I.G.A., al ser este un hospital- escuela, algunos médicos clínicos se desempeñan como docentes, transmitiendo a sus alumnos la necesidad de una aproximación integral al paciente, y lo hacen durante el continuo proceso de educación médica en cualquiera de sus tres fases:

- a) Formación de pre- grado.
- b) Período de post- grado o formación de especialistas.
- c) Formación médica continuada (con el fin de mantener y mejorar su competencia profesional).

2.3.2.2 Actividad investigadora

El Servicio de Docencia e Investigación del H.I.G.A. cuenta con médicos clínicos

⁸FARRERAS VALENTI, P. ; ROZMAN, C.: Medicina Interna. Tomo I. Capítulo 1. Pág. 4

que desarrollan esta actividad con el fin de favorecer la calidad de vida asociada a la salud y de prolongar la supervivencia de las personas enfermas.

2.3.2.3 Actividad asistencial

Constituye el área de desempeño de mayor interés para la presente investigación debido a que la población seleccionada trabaja en la misma.

“El objetivo del médico es el cuidado de los enfermos”⁹ para lo cual debe adquirir adecuadamente conocimientos científicos, adiestramiento técnico y capacidad de comunicación.

Los conocimientos científicos consisten en el estudio de cada una de las entidades nosológicas, el cual incluye: concepto, etiología, fundamentos lesionales y fisiopatológicos, cuadro clínico (signos y síntomas), exploración física, exploración complementaria (laboratorio, etc.), diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico, tratamiento y prevención.

El adiestramiento técnico se adquiere con la práctica clínica y con la formación médica continuada.

La comunicación es indispensable para establecer una adecuada relación médico- paciente y así poder recabar con objetividad la existencia de síntomas y signos.

Cualquier disociación entre estos aspectos distorsiona el desempeño profesional del médico. Para que éste sea considerado como bueno y eficiente desde el punto de vista profesional es imprescindible:

- Realizar una historia clínica correcta.

⁹ Idem 8. Pág. 7.

- Llevar a cabo una exploración física cuidadosa.
- Conseguir y mantener la capacidad de reconocer la existencia de una o más enfermedades en el paciente, formular un diagnóstico y establecer su pronóstico, tratamiento y prevención.
- Establecer una comunicación adecuada durante el contacto con el paciente teniendo en cuenta sus condiciones psicosociales.

Existen ciertas reglas a seguir durante la práctica clínica:

- 1- Pensar en la posibilidad diagnóstica más frecuente.
- 2- Seleccionar la hipótesis que abarca todas las manifestaciones del paciente.
- 3- Con ancianos, tomar en cuenta la multimorbilidad.
- 4- Utilizar un medicamento clásico y de valor comprobado antes que fármacos nuevos.
- 5- Resistir a las intervenciones quirúrgicas en los casos en que se pueda esperar.

Además, los avances en las ciencias biomédicas, la mayor supervivencia de la población y la situación socioeconómica actual provocaron cambios en el rol del médico con respecto a épocas anteriores. Hoy en día se les exige una capacitación profesional continua para lograr la máxima calidad posible en cuanto a su competencia. Debido a la situación económica existe una escasez de recursos, por lo tanto se impone una utilización racional de los mismos. De esta manera, los profesionales de la salud se ven obligados a conseguir la mayor eficacia en la atención del paciente al menor costo posible.

A las ya clásicas funciones del médico de establecer un diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las entidades nosológicas que afectan al paciente, en la actualidad se le agrega una nueva actividad: la preventiva.

Diagnóstico:

“Es el proceso de reconocer la existencia de una enfermedad por apreciación de sus síntomas y signos y de establecer su carácter”¹⁰.

A través de la anamnesis, de la exploración física y de las exploraciones complementarias se recogen datos que se utilizan para determinar el nombre de la enfermedad, los trastornos funcionales, trastornos orgánicos, síndromes, forma clínica, causas y repercusión somática y psíquica que esta tiene sobre la persona; es decir, para estructurar el diagnóstico.

El primer paso es la **anamnesis**, la cual es “el interrogatorio al que son sometidos el enfermo y sus parientes o allegados en relación a las enfermedades que aquel padece”¹¹. Mediante ésta se ponen en evidencia los *síntomas* o molestias subjetivas, además de las manifestaciones psíquicas del enfermo.

Se interroga sobre datos personales, antecedentes familiares y personales de la misma u otras enfermedades padecidas, y acerca de la enfermedad actual.

Estos datos permiten establecer un **DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA**.

Inmediatamente se procede a realizar la **exploración física**, es decir a recoger los *signos* o datos objetivos tanto normales como patológicos.

¹⁰ PASQUALINI, R.: Medicina Interna. Tomo I. Capítulo1. Pág. 2.

¹¹ SANGUINETTI, L.: Semiología, semiotécnica y clínica propedéutica. Pág. 1.

Los datos obtenidos de la anamnesis y de la exploración física se agrupan en *síndromes*, los cuales indican "una alteración anatómica o funcional de un órgano o sistema"¹². De esta manera se confecciona la historia clínica y se establece el **DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN o PROVISIONAL**.

Luego se practican, si son necesarias, **exploraciones complementarias** que permiten establecer la etiología y así confirmar o no diagnósticos previos. Para realizarlas es preciso que el médico sepa la sensibilidad y especificidad de cada prueba, además de la jerarquía, para poder solicitarlas criteriosamente de acuerdo a su rendimiento, costo y riesgo. También debe saber interpretar sus resultados.

Estos exámenes son los datos de laboratorio, diagnóstico por imágenes, ecocardiograma, electroencefalograma, etc., que junto a los datos anteriores permiten estructurar el **DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEFINITIVO**, el cual es parcial debido a que el definitivo es el **DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO** que se realiza post- mortem.

Durante todo este proceso los médicos deben *dudar de todo*, es decir que a medida que elabore hipótesis diagnósticas las considere provisionales, ya que el diagnóstico clínico es correcto cuando la respuesta a la terapéutica es la esperada.

Pronóstico:

Es una actividad científica que consiste en tratar de prever la evolución futura y desenlace de un proceso patológico. Para llevarla a cabo el médico debe utilizar el juicio pronóstico derivado de la experiencia profesional que posea.

¹² Idem 7. Pág. 8.

El establecer un pronóstico es importante tanto para el enfermo y sus allegados como para el médico; los primeros porque algunas decisiones pueden depender de este dato y el segundo, porque esta prospectiva pronóstica puede ser necesaria para planificar la estrategia terapéutica adecuada.

Existen dos tipos de actividad pronóstica:

a) Según los *parámetros* que se pretende valorar, de los cuales el más importante es la supervivencia. También se evalúan la probabilidad de una curación total o parcial, la posibilidad de una recaída, de que surjan nuevas complicaciones a partir de la enfermedad actual, de remisión, etc.

b) Según *quién* es el objeto de la actividad pronóstica:

- Población general de un país.
- Individuos afectados por una determinada entidad nosológica.

- Individuo aislado (*pronóstico individual*): es el más importante en la práctica clínica. Para estructurar un pronóstico el médico utiliza los mismos datos que usó para establecer el diagnóstico, el diagnóstico en sí, la evaluación de las fuerzas y resistencia de cada paciente, los recursos terapéuticos disponibles y la eficacia de cada uno, y la experiencia profesional que posea (aptitud + capacidad clínica + intuición + reconocimiento de las propias limitaciones).

Prevención:

La medicina clínica preventiva al igual que la Terapia Ocupacional preventiva llevan a cabo actividades tendientes a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad por medio de acciones que inciden sobre las personas y sobre el ambiente en que estas habitan. Desde sus propias incumbencias ambas profesiones pueden

trabajar mancomunadamente persiguiendo un objetivo común, el cual en el H.I.G.A. consiste en evitar la aparición de nuevas complicaciones a partir del estado actual del paciente, las cuales incrementan el tiempo de internación del enfermo en el hospital o hacen que una vez que halla sido dado de alta, reingrese reiteradamente al nosocomio.

Toda enfermedad es el resultado de un proceso dinámico que atraviesa tres etapas:

❖ Período prepatogénico o de susceptibilidad: en esta etapa se hallan presentes los factores de riesgo que al interaccionar con el huésped desencadenan el estímulo productor de la enfermedad, iniciando de esta manera el período patogénico. Los factores pueden ser ambientales (agentes infecciosos, físicos, químicos), conductuales (dieta inadecuada, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas) o endógenos (sexo, edad, predisposición familiar); algunos pueden modificarse y otros no. Durante esta etapa se llevan a cabo acciones de *prevención primaria*.

❖ Período patogénico: posee dos estadios. El primero es el *presintomático*, durante el cual no existen signos clínicos aunque ya comenzaron los cambios anatomopatológicos responsables de la enfermedad. El segundo es el *estadio clínico*, en el cual se produce la aparición de los primeros signos y síntomas. A partir de este período se aplican actividades de *prevención secundaria*.

❖ Resultados: el proceso puede evolucionar hacia la curación, a un estado crónico, a la discapacidad o a la muerte.

Existen dos niveles en las actividades preventivas:

□ Prevención primaria: su objetivo es "disminuir la probabilidad de que

aparezcan las enfermedades”¹³ durante el período prepatogénico. Hay dos tipos de actividades, las de *protección de la salud* que se llevan a cabo sobre el ambiente (saneamiento ambiental e higiene alimentaria) y las de *promoción de la salud y prevención de la enfermedad* que se ejercen sobre las personas. Estas últimas incluyen *inmunizaciones preventivas* (para enfermedades infecciosas), *quimioprofilaxis* (administrar fármacos o productos biológicos para reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad infecciosa), *quimioprevención* (administrar fármacos o productos biológicos para prevenir enfermedades crónicas) y *educación sanitaria* (consejos médicos con el fin de modificar los estilos de vida insanos, ya que actualmente constituyen una de las más importantes causas de las enfermedades crónicas, de los accidentes y de otros problemas de salud como enfermedades venéreas, drogadependencia, etc. Son las medidas referidas al consumo excesivo de alcohol, de tabaco y de drogas ilegales, falta de actividad física, alimentación desequilibrada, etc.).

□ **Prevención secundaria:** estas actividades se llevan a cabo “cuando la primaria no ha existido o, si ha existido, ha fracasado”¹⁴. Una vez que ya se ha instalado la enfermedad lo preventivo está relacionado con la interrupción de la progresión de la misma mediante un tratamiento. Se realiza una acción preventiva denominada *cribado*, ésta consiste en la detección precoz de enfermedades crónicas durante la etapa presintomática en personas sanas, lo cual mejora el pronóstico, aumenta la expectativa de vida y reduce la mortalidad.

¹³ Idem 8. Pág. 27.

¹⁴ Idem 8. Pág. 27.

En la mayoría de los casos atendidos en el H.I.G.A., la enfermedad se halla en el estadio clínico del período patogénico, por lo que las actividades preventivas se realizan con el fin de evitar las complicaciones futuras, es decir que tanto Clínica Médica como T.O., además de otras profesiones, llevan a cabo actividades de prevención secundaria, las cuales, en condiciones ideales, deberían llevarse a cabo interdisciplinariamente.

Tratamiento:

La palabra *tratamiento* posee dos acepciones, por un lado “ significa el sistema que se emplea para curar enfermedades”¹⁵ y por el otro “significa trato, comunicación o relación con otro individuo”¹⁶, es decir que el tratamiento correcto consiste en una terapia integral, la cual requiere del médico una capacidad de comunicación eficaz para con el paciente, su familia y su entorno social; además de una clara comprensión de los efectos globales (físicos, psíquicos, económicos y sociales) que una entidad nosológica ejerce sobre el enfermo.

Para que el tratamiento sea el apropiado, el médico debe combinar:

- Tratamiento medicamentoso.
- Tratamiento dietético.
- Rehabilitación.
- Apoyo psicológico.

Para que estos tratamientos sean los adecuados los médicos deben derivar los pacientes a los profesionales cuyas incumbencias abarquen estas intervenciones. En el caso del H.I.G.A., además del médico, el tratamiento dietético es desarrollado por

¹⁵ Idem 10. Pág. 3.

¹⁶ Idem 10. Pág.3.

nutricionistas; la rehabilitación por T.O., fonoaudiología y kinesiología; y el apoyo psicológico por psicólogos y psiquiatras. Para que las derivaciones sean las apropiadas el médico debe estar informado acerca de la competencia de cada profesional. En el caso de T.O. los médicos clínicos no poseen esta información, por lo cual no derivan efectivamente, a pesar del gran número de patologías que estos abordan y en las cuales la T.O. puede y debería intervenir.

2.3.3 Patologías abordadas por Clínica Médica

La Clínica Médica aborda las *enfermedades internas*, quedando excluidas aquellas que desde su inicio exigen tratamiento quirúrgico u ortopédico.

Es decir que atiende patologías que afectan simultáneamente a varios órganos o sistemas, aquellos casos de multimorbilidad, cuya frecuencia en la actualidad ha aumentado debido a la mayor supervivencia de la población.

Las *enfermedades internas* son las que (17):

- Afectan directa o indirectamente, primaria o secundariamente, a los órganos internos, al medio interno o a un conjunto extenso de células.
- Durante su evolución repercuten declarada o potencialmente sobre el organismo.
- No son consecuencia directa de un agente de acción exterior.

Debido a lo recién descripto, los pacientes abordados son de tipo general, mezclados y no se hallan ordenados según el diagnóstico que posean.

Las patologías abordadas por el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A., y de acuerdo a la nomenclatura del Farreras Valenti, P.; Rozman, C. (10), son:

GASTROENTEROLOGÍA:

- Enfermedades de la boca.
- Enfermedades localizadas de las glándulas salivales.
- Enfermedades de esófago.
- Enfermedades del estómago y del duodeno.
- Enfermedades del intestino delgado y del colon
- Abdomen agudo.
- Trastornos de la motilidad intestinal.
- Síndrome diarreico.
- Malabsorción intestinal.
- Enfermedad inflamatoria del intestino.
- Gastroenteritis infecciosa.
- Tumores intestinales.
- Otras enfermedades intestinales (gastroenteritis eosinofílica, alergia alimentaria, úlceras, etc.).
- Enfermedades del recto y del ano.
- Enfermedades del páncreas.
- Hemorragia gastrointestinal.
- Enfermedades del peritoneo, del mesenterio y del epiplón.
- Malnutrición en patologías digestivas.

HEPATOLOGÍA:

- Ictericias.
- Hipertensión portal.
- Ascitis.
- Insuficiencia hepática aguda grave y encefalopatía hepática.
- Hepatitis vírica aguda.
- Hepatitis crónica.
- Hepatopatías por tóxicos y medicamentos.
- Cirrosis hepática
- Colestasis crónicas.
- Hepatopatías alcohólicas.
- Enfermedades metabólicas del hígado.
- Alteraciones del hígado en las enfermedades sistémicas.
- Alteraciones del hígado en enfermedades infecciosas.
- Enfermedades vasculares del hígado.
- Tumores del hígado.
- Trasplante hepático.
- Enfermedades de las vías biliares.

CARDIOLOGÍA:

- Insuficiencia cardíaca.
- Shock cardiogénico.

- Arritmias cardíacas.
- Muerte súbita.
- Síncope cardiovascular.
- Aterosclerosis coronaria.
- Cardiopatía isquémica.
- Valvulopatías.
- Miocardiopatías.
- Hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva.
- Enfermedades del pericardio.
- Enfermedades cardiovasculares de origen genético.
- Cardiopatías congénitas.
- Endocarditis infecciosa.
- Tumores cardíacos.
- Manifestaciones cardiovasculares de las enfermedades sistémicas.
- Enfermedades de la aorta.
- Enfermedades de las grandes venas.

ANGIOLOGÍA:

- Enfermedades de las arterias.
- Enfermedades de las venas.
- Enfermedades de los vasos linfáticos.
- Traumatismos vasculares.
- Malformaciones vasculares congénitas y fistulas arteriovenosas.

- Tumores vasculares.

NEUMONOLOGÍA:

- Insuficiencia respiratoria.
- Síndrome del distrés respiratorio agudo.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Bronquiectasias y otras enfermedades obstructivas de las vías aéreas.
- Rinitis.
- Asma bronquial.
- Malformaciones broncopulmonares.
- Síndrome de apneas durante el sueño.
- Tumores broncopulmonares.
- Infecciones del aparato respiratorio.
- Enfermedades intersticiales difusas del pulmón.
- Enfermedades pulmonares de tipo ocupacional.
- Manifestaciones pulmonares de las enfermedades sistémicas.
- Eosinofiliias pulmonares.
- Enfermedades vasculares del pulmón.
- Enfermedades de la pleura.
- Enfermedades del mediastino.
- Enfermedades del diafragma y de los músculos ventilatorios.

NEFROLOGÍA:

- Alteraciones urinarias aisladas.
- Síndrome nefrótico agudo.
- Síndrome nefrótico.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia renal crónica.
- Defectos tubulares aislados.
- Lesión glomerular.
- Glomérulonefritis.
- Nefropatías glomerulares primarias.
- Nefropatías glomerulares secundarias.
- Nefropatía diabética.
- Nefropatía de origen vascular.
- Hipertensión arterial.
- Infecciones de vías urinarias.
- Nefropatía obstructiva.
- Nefropatía por reflujo.
- Nefropatías intersticiales.
- Nefropatías tóxicas.
- Enfermedades del túbulo renal.
- Malformaciones congénitas del riñón.
- Litiasis renal.
- Tumores de riñón y de pelvis renal.

- Enfermedades de las vías urinarias.

REUMATOLOGÍA:

- Artritis y sus formas misceláneas.
- Enfermedades difusas del tejido conectivo.
- Espondiloartropatías.
- Artrosis.
- Infecciones osteoarticulares.
- Artropatías microcristalinas.
- Enfermedades hereditarias del tejido conectivo.
- Manifestaciones osteoarticulares de enfermedades por depósito.
- Manifestaciones osteoarticulares de enfermedades endócrinas.
- Reumatismos de partes blandas.
- Dolor raquídeo.
- Hiperostosis anquilosante vertebral.
- Enfermedades óseas.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS:

- Lupus eritematoso sistémico.
- Esclerodermia.
- Síndrome de Sjögren.
- Enfermedad mixta del tejido conjuntivo.
- Síndromes de solapamiento.

- Síndrome antifosfolipídico.
- Vasculitis.
- Granuloma de la línea media.
- Paniculitis.
- Trastornos de grasa subcutánea.
- Policondritis recidivante.
- Fiebre mediterránea familiar.
- Fibrosis de tipo idiopático o sistémicas.
- Sarcoidosis.
- Amiloidosis.

ONCOLOGÍA MÉDICA:

- Cáncer de origen desconocido.
- Cáncer de cabeza y cuello.
- Cáncer de vejiga urinaria.
- Cáncer de ovario.
- Cáncer de próstata.
- Tumores de tejido de sostén y óseos.
- Melanoma maligno.
- Cáncer de mama.
- Tumores testiculares de tipo germinal.

DERMATOLOGÍA:

- Procesos dermatológicos frecuentes.
- Enfermedades ampollares autoinmunes.
- Manifestaciones dermatológicas de enfermedades sistémicas.
- Síndromes paraneoplásicos de expresión cutánea.

NEUROLOGÍA:

- Sintomatología del sistema nervioso central (síndrome de la pérdida de fuerza muscular, síndromes sensitivos, trastornos de conciencia, síndromes confusionales agudos, síndrome demencial, trastornos del movimiento, trastornos del equilibrio y de la marcha, síndromes vertiginosos, trastornos de los sentidos, afasias, apraxias, agnosias).
- Trastornos del sistema nervioso autónomo.
- Trastornos del sueño.
- Cefaleas y algias faciales.
- Epilepsias.
- Infecciones del sistema nervioso central y complicaciones del SIDA.
- Accidentes vasculares cerebrales.
- Tumores intracraneales.
- Complicaciones neurológicas del cáncer.
- Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central.
- Enfermedad de Parkinson y otros trastornos de movimiento.
- Síndromes espinocerebelosos.

- Enfermedades de la motoneurona.
- Enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades degenerativas.
- Enfermedades no degenerativas de la médula espinal.
- Traumatismos craneal y raquímedular.
- Anomalías del desarrollo del sistema nervioso central.
- Enfermedades metabólicas congénitas del sistema nervioso.
- Enfermedades metabólicas adquiridas del sistema nervioso.
- Manifestaciones neurológicas asociadas al alcoholismo crónico y a carencias nutricionales y vitamínicas.
- Neuropatías craneales.
- Enfermedades del sistema nervioso periférico (de los nervios periféricos, musculares y de la unión neuromuscular: miastenia grave y síndromes miasténicos).

HEMATOLOGÍA:

- Enfermedades del sistema eritrocitario (anemias).
- Enfermedades del sistema leucocitario.
- Insuficiencias medulares.
- Síndromes mielodisplásicos.
- Leucemias agudas.
- Síndromes mieloproliferativos crónicos.
- Mastocitosis sistémicas.
- Síndromes linfoproliferativos crónicos de expresión leucémica.

- Enfermedades ganglionares.
- Gammopatías monoclonales.
- Enfermedades del sistema mononuclear fagocítico.
- Enfermedades del bazo.
- Enfermedades de la hemostasia.

METABOLISMO Y NUTRICIÓN:

- Alteración del metabolismo hidrosalino.
- Alteración del metabolismo del potasio.
- Alteración del metabolismo del calcio, fósforo y del magnesio.
- Alteración del equilibrio acidobásico.
- Alteración del metabolismo de los aminoácidos y de los ácidos orgánicos.
- Alteración del metabolismo de las purinas y pirimidinas.
- Porfirias.
- Enfermedades por depósito en los lisosomas.
- Enfermedades de los peroxisomas.
- Alteraciones del tejido adiposo.
- Alteraciones del metabolismo de las lipoproteínas.
- Glucogenosis y otras enfermedades del metabolismo de los hidratos de carbono.
- Diabetes mellitus.
- Hipoglucemia.

- Trastornos de la nutrición.

ENDOCRINOLOGÍA:

- Enfermedades del hipotálamo y la adenohipófisis.
- Enfermedades de la neurohipófisis.
- Trastornos de la epífisis.
- Enfermedades de la tiroides.
- Enfermedades de la glándula paratiroides.
- Enfermedades de las glándulas suprarrenales.
- Enfermedades de las gónadas.
- Síndrome carcinoide.
- Tumores endócrinos múltiples de base heredofamiliar.
- Síndromes pluriganglionares de naturaleza autoinmunitaria.
- Manifestaciones humorales de neoplasias no endócrinas.
- Endocrinopatías paraneoplásicas.
- Síndromes de secreción inadecuada de hormonas por tumores.

INFECTOLOGÍA:

- Infecciones bacterianas.
- Infecciones causadas por hongos.
- Infecciones causadas por parásitos.
- Infecciones víricas.

TOXICOLOGÍA:

- Intoxicación medicamentosa aguda.
- Intoxicación aguda por drogas de abuso.
- Intoxicación por productos domésticos.
- Intoxicación por productos agrícolas.
- Intoxicación por productos industriales.
- Intoxicación por plantas, setas y picaduras y mordeduras de animales.

ENFERMEDADES POR AGENTES FÍSICOS:

- Trastornos derivados de factores ambientales.
- Trastornos por el calor y el frío.
- Lesiones por radiación.
- Lesiones provocadas por la electricidad.
- Ahogamiento y casi- ahogamiento.
- Lesiones causadas por el comportamiento.

INMUNOLOGÍA:

- Enfermedades autoinmunes.
- Alteraciones por infecciones.
- Alteraciones por tumores.
- Inmunodeficiencias primarias o secundarias.
- Lesiones por inmunocomplejos.

- Reacciones alérgicas.
- Lesiones por reacciones de hipersensibilidad retardada.

2.4 GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

En base a la problemática planteada en esta investigación y si los datos obtenidos y analizados confirman un bajo nivel de conocimiento por parte de los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A., acerca de la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional para ejercer su práctica profesional en el Área de Clínica Médica, se llevará a cabo una propuesta de gestión que incluirá cursos de acción alternativos dirigidos a realizar cambios en la realidad hallada, tendientes a elevar el nivel de información de los médicos clínicos sobre la competencia del Lic. en T.O., incrementar el número de patologías derivadas al consultorio de T.O. y brindar la mejor calidad en la atención de los pacientes, aprovechando al máximo los recursos humanos existentes.

La Administración en este contexto es "la gerencia de los asuntos institucionales"¹⁷, es decir, la aplicación de las funciones gerenciales de organización, planificación, dirección y control en instituciones que brindan la prestación de servicios de salud, con el objetivo de proporcionar la prevención de la salud, tratar las patologías más frecuentes y evitar sus secuelas, realizar acciones de rehabilitación, y aún llevar a cabo tareas de docencia e investigación, dirigidas a elevar la calidad de la atención sanitaria.

¹⁷ PERINCHIEF, J.: Administración de los servicios. Pág. 375.

La prestación de servicios de salud es brindada por los esfuerzos de diferentes personas, que en función de la autoridad y la responsabilidad asignada a cada una de ellas, conforman un escalón de jerarquías para llevar a cabo las funciones de:

2.4.1 Función de organización

Por medio de esta función el Director, Director Asociado y los Jefes de Servicio, Sala y Unidad realizan actividades mediante las cuales tienden a diseñar un ambiente propicio para el desempeño humano, a través de la creación y el mantenimiento de una estructura formal e intencional dentro de la institución. Estas actividades incluyen la designación de roles y de responsabilidades con el fin de alcanzar resultados efectivos y mantener el máximo potencial de las personas que integran el sistema.

Dentro de la organización se diseñan *patrones de organización*, que constituyen esquemas de interacciones entre los diferentes puestos e ilustran la cadena de mandos, determinada por el flujo de la autoridad y la responsabilidad que configuran una jerarquía. Los patrones pueden ser *verticales*, cuando la cadena de mando tiene un sentido descendente y recto; *horizontales*, cuando la cadena procede de derecha a izquierda; *piramidales*, cuando también procede en sentido descendente, pero diversificándose en la parte inferior; y *matriciales*, cuando combina patrones verticales y horizontales como en el caso del H.I.G.A.

2.4.2 Función de planificación

Es la etapa principal dentro del proceso de gerenciamiento. Constituye un curso de acción, basado en el análisis de un problema, que se propone la resolución del mismo, e incluye la toma de decisiones, es decir, escoger cursos futuros de acción entre alternativas.

El proceso de planificación se inicia con el establecimiento de objetivos hacia los cuales van a ir dirigidas las acciones de la organización, y continua con la definición de estrategias, políticas y procedimientos necesarios para ejercer la función posterior de control. Finalmente se elabora un plan que permita lograr los objetivos previamente identificados, mediante la determinación de pasos de acción, el establecimiento de períodos y la disposición de recursos para cada paso.

La Jefa de la Sala de Fisiatría y Rehabilitación del H.I.G.A. es quien lleva a cabo el proceso de planificación en la mencionada Sala. Está a cargo de la funcionalidad del servicio y es responsable de la obtención de los recursos para una óptima prestación, programando la operación de los servicios y evaluando las implicancias financieras mediante el análisis de los costos y los beneficios del programa.

Las funciones gerenciales aplicadas a la prestación de los servicios de T.O. están orientada a:

- identificar las intervenciones y prácticas específicas de T.O.;
- determinar los recursos ambientales, materiales y humanos necesarios para proporcionar la mejor calidad en la atención al paciente y su familia;
- mejorar el sistema de trabajo;

- definir funciones en relación con el equipo de salud; y
- mejorar la comunicación y la coordinación.

La Jefa de la Sala de Fisiatría y Rehabilitación debe conocer las coberturas de los servicios de T.O. por las obras sociales, por las aseguradoras de riesgo de trabajo, etc.; debe intervenir en las reuniones de planificación y elaborar informes para los Directores del H.I.G.A., con los datos de las renovaciones y proyecciones de gastos para la obtención de recursos necesarios en la ampliación o los nuevos programas.

La planificación en el Servicio de T.O. debe considerar:

- los diagnósticos principales a ser tratados;
- la disponibilidad y utilización racional de los recursos existentes;
- el tamaño y la distribución del espacio físico teniendo en cuenta el número de profesionales que brindan asistencia o realizan tareas administrativas o de docencia e investigación;
- los requerimientos de espacio de acuerdo al número de pacientes atendidos simultáneamente, la cantidad de personal que utiliza el consultorio al mismo tiempo, las necesidades de equipamiento y almacenamiento, y el flujo de trabajo; y
- el promedio de derivaciones

2.4.3 Función de dirección

Se refiere a los aspectos interpersonales de la Administración y comprende enfoques y estilos de liderazgo, motivación y comunicación.

“Los gerentes eficaces también necesitan ser buenos líderes”¹⁸.

“El liderazgo es una función de la gerencia que vincula a los que toman decisiones en la organización y a aquellos que prestan servicios”¹⁹.

Es responsabilidad del jefe de un servicio dirigir a los empleados mediante acciones de orientación y adiestramiento, para que estos realicen sus actividades en base a las políticas y procedimientos de la institución a la que pertenecen.

Los jefes deben conocer las metas de la organización y sus propios objetivos dentro de su servicio e informar adecuadamente a los empleados los fines que se desean obtener. Esta actividad de información se lleva a cabo dentro de un proceso de comunicación que incluye, no sólo diferentes niveles jerárquicos sino además, la comunicación entre departamentos o servicios y personal del mismo nivel jerárquico a fin de solicitar, informar, unificar, sugerir y coordinar funciones para la satisfacción de las necesidades de la organización.

Ejercer la función de dirección también implica saber motivar.

2.4.4 Función de control

Es la medición del desempeño de los empleados, a partir de la ejecución de los roles y responsabilidades designadas durante la etapa de organización y la comparación de estos logros con los objetivos establecidos en la planificación.

¹⁸ KOONTZ, H. Administración. Pág. 19.

¹⁹ Idem 17. Pág. 380- 381.

En ocasiones pueden observarse desviaciones que requieren ajustes y acciones correctivas necesarias para asegurar el logro de los objetivos.

Como instrumentos de control se desarrollan:

- la *descripción laboral*: es la identificación y definición de un único puesto de trabajo en donde se designan todos sus aspectos, como el área o unidad de servicio, el nombre del puesto, la supervisión recibida y proporcionada, la cualificación, y las funciones y obligaciones básicas y específicas.
- la *especificación laboral*: que se basa en la descripción laboral y "delinea las mínimas calificaciones requeridas para puestos específicos..."²⁰.
- las *políticas*: que constituyen guías de acción y proporcionan grados de libertad dentro de la organización, departamento, servicio o programa. Son criterios que se relacionan con lo que se va a realizar y explican las tareas que se llevan a cabo. Por ejemplo, en políticas departamentales la derivación, los costos, mantenimiento de equipos, etc..
- los *procedimientos*: que en conjunto conforman criterios con una secuencia obligatoria que debe respetarse para realizar las actividades. Resultan instrumentos más detallados que las políticas. Por ejemplo, los procedimientos departamentales como el mantenimiento del equipo y suministros, los horarios, las derivaciones, etc..

En cuanto a la *productividad* esta se considera un mecanismo de control para la gerencia de nivel superior. Comprende la proporción entre la producción y los recursos

²⁰ Idem 17. Pág. 383.

empleados dentro de un lapso de tiempo con la debida consideración de la calidad e implica eficacia, es decir el logro de los objetivos, y eficiencia, la obtención de los fines con la cantidad mínima de recursos.

Los estudios de productividad y estadísticos son importantes para el jefe de un servicio que incluya T.O. y puede resultar beneficioso en cuanto al incremento del equipo, el espacio, el personal o los recursos económicos, cuando estos contribuyan a mejorar la eficacia del servicio.

TERCERA PARTE

ASPECTOS METODOLÓGICOS



3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tema

Terapia Ocupacional en el Área de Clínica Médica.

3.2 Problema

¿Cuál es el conocimiento acerca de la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional en el Área de Clínica Médica, que poseen los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" (H.I.G.A.) de la ciudad de Mar del Plata, durante Noviembre- Diciembre del año 2002?

3.3 Objetivos:

❖ 3.3.1 Generales:

- Identificar el nivel de conocimiento acerca de la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica, que poseen los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. de Mar del Plata durante Noviembre- Diciembre del año 2002.
- Elaborar una propuesta de gestión acerca de la competencia del Lic. en T.O. dirigida a los médicos clínicos si los resultados hallados indican un bajo nivel de conocimiento por parte de éstos.

❖ **3.3.2 Específicos:**

- Determinar el nivel de conocimiento acerca del aspecto cognoscitivo de la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica que poseen los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca del aspecto procedimental de la competencia del Lic. en T.O. que posee esta población.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca del aspecto actitudinal de la competencia del Lic. en T.O. que posee esta población.

3.4 Variable:

Conocimiento que poseen los médicos clínicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica. (8)

3.4.1 Definición científica:

Se denomina así al nivel de información que poseen los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A., Mar del Plata, Noviembre-Diciembre del año 2002; referido a los contenidos que forman parte de los aspectos cognoscitivo (SABER), procedimental (SABER HACER) y actitudinal (SABER SER), que conforman la competencia del Lic. en T.O. para su práctica profesional en el área. (8)

3.4.2 Definición operacional (8):

Es el nivel de información que poseen los médicos que se desempeñan en el

Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A., Mar del Plata, Noviembre- Diciembre del año 2002; relacionado con la competencia del Lic. en T.O. para su práctica profesional en el área, la cual comprende los aspectos cognoscitivo, procedimental y actitudinal.

El *aspecto cognoscitivo* incluye los siguientes contenidos:

- Formación del graduado de T.O.: Nivel académico, Duración del programa de estudios, Cantidad de materias, Conocimientos adquiridos.
- Funciones del T.O.: Motivar y brindar contención emocional al paciente y su familia; Desarrollar la funcionalidad del paciente; Mantener la funcionalidad del paciente; Recuperar la funcionalidad del paciente; Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales; Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria.

Dentro del *aspecto procedimental* se consideran los siguientes contenidos:

- Etapas del proceso de T.O.: Entrevista a familiares- amigos/ Evaluación; Planeación del programa de tratamiento; Intervención de acuerdo a objetivos planificados; Re- evaluación; Alta de T.O..
- Prácticas específicas de T.O. en el Área: Análisis e inicio del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal; Análisis y administración de ocupaciones recreacionales y lúdicas; Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico; Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental; Aplicación selectiva de actividades sensoriales; Aplicación selectiva de actividades motoras; Aplicación selectiva de actividades cognitivas; Aplicación selectiva de actividades psicosociales.

El *aspecto actitudinal* abarca los siguientes contenidos:

- Actitudes del profesional de T.O.: Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico; Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente y de la institución; Capacidad para trabajar en equipo; Compromiso para actualizar sus conocimientos.
- Actitudes en relación con el Área: Capacidad para priorizar las evaluaciones y los tratamientos; Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área; Interés por participar en eventos de especialización en el área.

3.4.3 Otras variables

3.4.3.1 Variables atributivas

Sexo.

Edad.

Cargo.

Antigüedad.

Unidad de desempeño.

Modalidad de trabajo.

3.4.3.2 Variables intervinientes

Antigüedad.

Cargo.

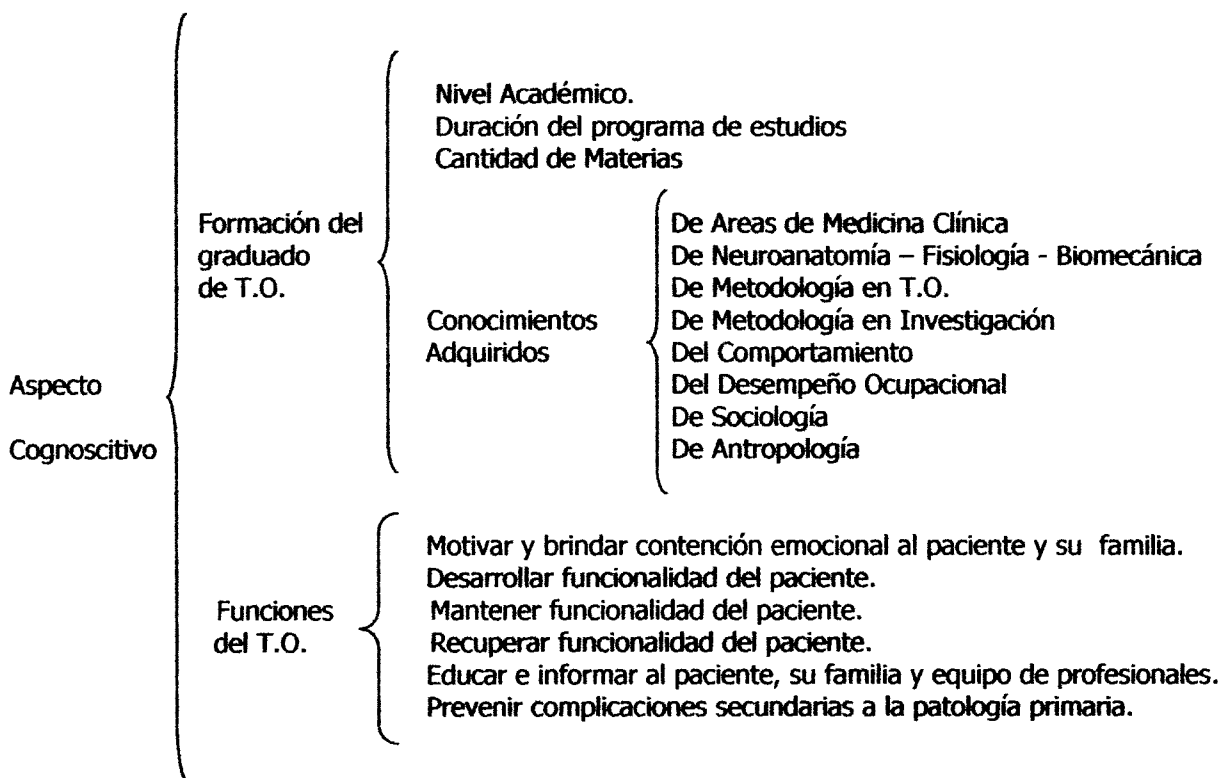
Presencia de T.O. en el Servicio de Clínica Médica.

3.4.4 Dimensionamiento de la variable (8)

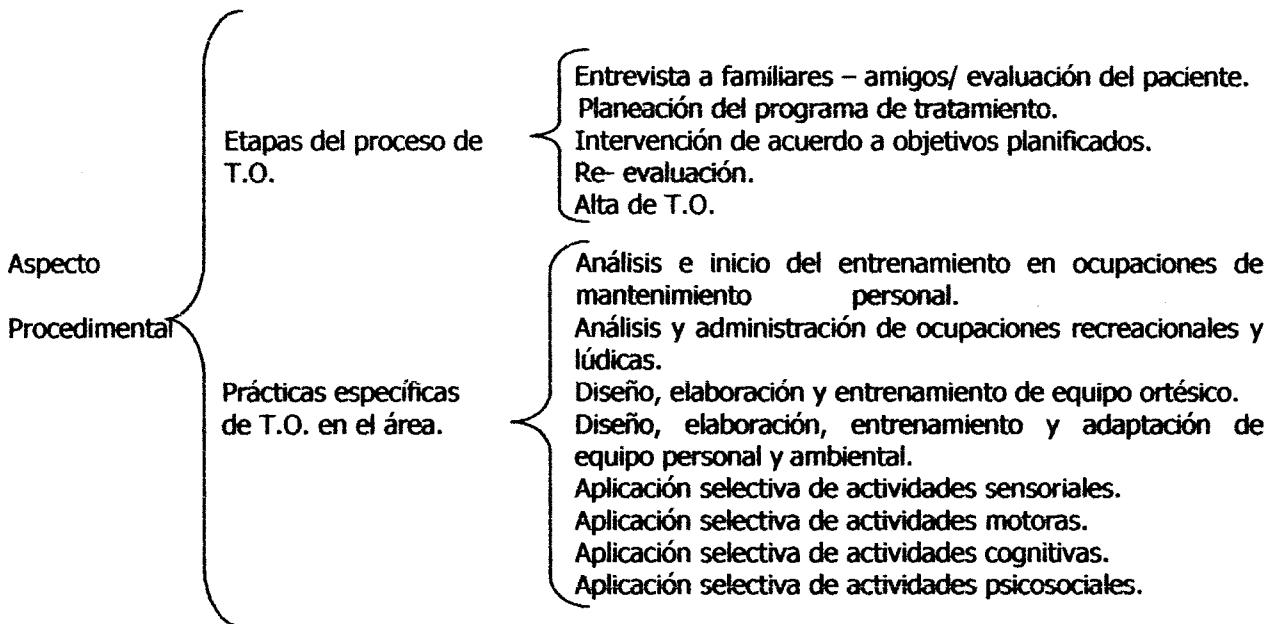
Conocimiento de los médicos clínicos
acerca de la competencia del Lic. en
T.O. en el Área de Clínica Médica.

{
Aspecto cognoscitivo
Aspecto procedimental
Aspecto actitudinal

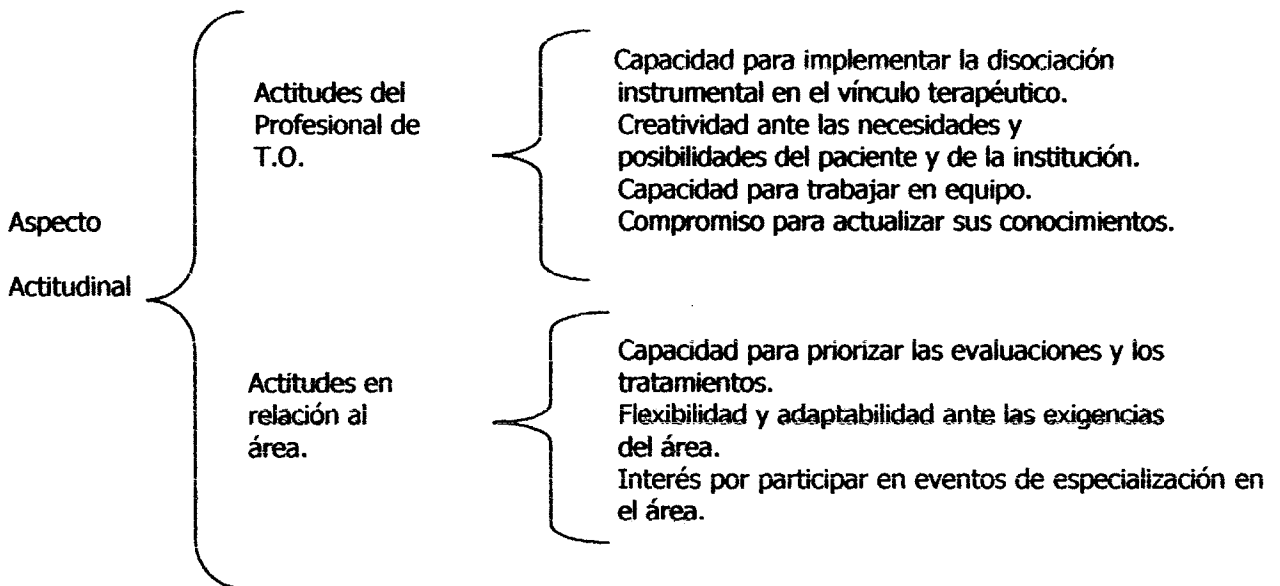
Aspecto Cognoscitivo



Aspecto Procedimental



Aspecto Actitudinal



3.4.5 Operacionalización de la variable (8)

Aspecto Cognoscitivo

| | | | | |
|--|---|--|---------|---|
| Formación del graduado de T.O. | Nivel Académico Universitario | No Sabe | 0 | |
| | | Sabe | 2 | |
| | Duración del Programa de Estudios: 5 años | No Sabe | 0 | |
| | | Sabe | 1 | |
| | Cantidad de materias: 42 | No Sabe | 0 | |
| | | Sabe | 1 | |
| | Conocimientos Adquiridos | De Areas de Medicina Clínica. | No Sabe | 0 |
| | | | Sabe | 1 |
| | | De Neuroanatomía - Fisiología - Biomecánica. | No Sabe | 0 |
| | | | Sabe | 1 |
| | | De Metodología en T.O. | No Sabe | 0 |
| | | | Sabe | 1 |
| | | De Metodología en Investigación | No Sabe | 0 |
| | | | Sabe | 1 |
| Del Comportamiento | | No Sabe | 0 | |
| | | Sabe | 1 | |
| Del Desempeño Ocupacional | No Sabe | 0 | | |
| | Sabe | 1 | | |
| De Sociología | No Sabe | 0 | | |
| | Sabe | 1 | | |
| De Antropología | No Sabe | 0 | | |
| | Sabe | 1 | | |
| Funciones de T.O. | Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia. | No Sabe | 0 | |
| | | Sabe | 1 | |
| | Desarrollar funcionalidad del paciente. | No Sabe | 0 | |
| | | Sabe | 1 | |
| | Mantener funcionalidad del paciente. | No Sabe | 0 | |
| | | Sabe | 1 | |
| | Recuperar funcionalidad del paciente. | No Sabe | 0 | |
| Sabe | | 1 | | |
| Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales. | No Sabe | 0 | | |
| | Sabe | 1 | | |
| Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria. | No Sabe | 0 | | |
| | Sabe | 1 | | |

Aspecto Procedimental

| | | | |
|--|---|---------|---|
| Etapas del Proceso de T.O. | Entrevistas a familiares - amigos/Evaluación. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Planeación del Programa de tratamiento. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Intervención de acuerdo a objetivos planificados. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Reevaluación. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Alta de T.O. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| Prácticas específicas de T.O. en el área. | Análisis e inicio del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 2 |
| | Análisis y administración de ocupaciones recreacionales y lúdicas. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 2 |
| | Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 2 |
| | Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 2 |
| | Aplicación selectiva de actividades sensoriales. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 2 |
| | Aplicación selectiva de actividades motoras. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 2 |
| | Aplicación selectiva de actividades cognitivas. | No Sabe | 0 |
| | | Sabe | 2 |
| Aplicación selectiva de actividades psicosociales. | No Sabe | 0 | |
| | Sabe | 2 | |

Aspecto Actitudinal

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------|---|
| Actitudes del profesional de T.O. | Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico. | No sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Creatividad ante necesidades y posibilidades del paciente y de la institución. | No sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Capacidad para trabajar en equipo. | No sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Compromiso para actualizar sus conocimientos. | No sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| Actitudes en relación al área | Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos. | No sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área. | No sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |
| | Interés por participar en eventos de especialización en el área. | No sabe | 0 |
| | | Sabe | 1 |

3.4.6 Categorización de la variable (8)

A los indicadores de los aspectos Cognoscitivo, Procedimental y Actitudinal que conforman la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica se les asigna las respuestas "sabe" o "no sabe". A cada una de estas respuestas se le adjudica un valor de 0 a 2 puntos. La suma de la indización de los valores en puntos ubica la categoría correspondiente.

La escala intervalar del nivel de conocimiento que posee la muestra de estudio acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su desempeño en el área es la siguiente:

Conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su desempeño en el Área de Clínica Médica

1- 10 Conocimiento bajo.

11- 19 Conocimiento Medianamente Bajo.

20- 28 Conocimiento Medio.

29- 37 Conocimiento Medianamente Alto.

38- 46 Conocimiento Alto.

Para determinar el nivel de conocimiento de los médicos acerca de cada uno de los aspectos correspondientes a la competencia del Lic. en T.O., se utilizan las siguientes categorías:

Conocimiento de los médicos acerca
del aspecto Cognoscitivo de la
de la competencia del Lic. en T.O.
en el Área de Clínica Médica

- 1- 4 Conocimiento Bajo.
- 5- 7 Conocimiento Medianamente Bajo.
- 8- 11 Conocimiento Medio.
- 12- 14 Conocimiento Medianamente Alto.
- 15- 18 Conocimiento Alto.

Conocimiento de los médicos acerca
del aspecto Procedimental de la
competencia del Lic. en T.O.
en el Área de Clínica Médica

- 1- 5 Conocimiento Bajo.
- 6- 9 Conocimiento Medianamente Bajo.
- 10- 13 Conocimiento Medio.
- 14- 17 Conocimiento Medianamente Alto.
- 18- 21 Conocimiento Alto.

Conocimiento de los médicos acerca
del aspecto Actitudinal de la
competencia del Lic. en T.O.
en el Área de Clínica Médica

- 1 Conocimiento Bajo.
- 2- 3 Conocimiento Medianamente Bajo.
- 4 Conocimiento Medio.
- 5- 6 Conocimiento Medianamente Alto.
- 7 Conocimiento Alto.

3.5 Diseño metodológico

3.5.1. Tipo de estudio:

- Exploratorio: se indaga acerca del nivel de conocimiento de los aspectos cognoscitivo, procedimental y actitudinal que conforman la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica.
- Descriptivo: se caracterizan los diversos aspectos que conforman la competencia del Lic. en T.O.
- Corte transversal: se realiza la encuesta en Noviembre- Diciembre del año 2002.

3.5.2 Diseño:

No experimental.

3.5.3 Enfoque:

Cuantitativo, la interpretación de los datos obtenidos se realiza a través del tipo de variable, dimensionada en categorías, y por el tipo de instrumento que se utiliza.

3.5.4 Población:

Todos los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A.

3.5.5 Unidad de análisis:

Cada uno de los médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A.

3.5.6 Muestra:

39 de los 54 médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A.

3.5.7 Criterios para la selección de la muestra:

❖ **3.5.7.1 Criterio de inclusión:** desempeñarse en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. como:

- médico perteneciente a planta permanente
- residente
- post- residente
- concurrente

❖ **3.5.7.2 Criterio de exclusión:** formar parte del jurado evaluador de la Tesis.

3.5.8 Lugar:

Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. "Dr. Oscar E. Alende".

3.5.9 Método e instrumento de recolección de datos:

Se utilizó un cuestionario de carácter anónimo que consta de 4 preguntas abiertas y 15 de tipo cerradas, dicotómicas y de respuesta múltiple. Debido al ritmo hospitalario la mayoría de los cuestionarios fueron autoadministrados y en algunos casos completados por las autoras.

3.5.10 Procedimiento para la recolección de datos:

Los profesionales fueron localizados en las unidades del Servicio de Clínica Médica a partir del padrón facilitado por la Oficina de Personal. Las autoras distribuyeron los cuestionarios en forma personal.

3.5.11 Análisis estadístico

Se procesaron 39 cuestionarios. Para analizar los datos recogidos se utilizó el Análisis Estadístico Descriptivo basado en frecuencias y porcentajes, tablas simples y bivariadas, gráficos sectoriales, de barras simples y proporcionales, e histograma. Se llevó a cabo por medio del programa de computación Excel.

CUARTA PARTE

ANÁLISIS DE DATOS



4. 1 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Entre los profesionales que pertenecen al Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. "Dr. Oscar E. Alende" predomina el *sexo* masculino (64,1%) (Gráfico 1), prevaleciendo la *población más joven* (53,8%) (Gráfico 2). El 53,8% posee una *antigüedad* que varía entre 1 y 9 años (Gráfico 4). El 43,6% forma parte de *planta permanente*, los *residentes* conforman el 33,3% del total de la población, y los *post-residentes* y *concurrentes* no aportan datos relevantes para la presente investigación, ya que sólo constituyen el 23,1% de la muestra (Gráfico 3). La mayoría se desempeña en consultorio externo y emergencias (Tabla 1).

El 76,9% sostiene que la *modalidad de trabajo* en dicho Servicio es en equipo (Tabla 2).

En cuanto a la *presencia de un Terapeuta Ocupacional en el área* se hallaron respuestas dispares, ya que el 38,5% consideró que actualmente existe un T.O., mientras que para el 33,3% nunca se desempeñó (Tabla 3- Gráfico 5). A pesar de esta controversia, para el 94,9% es importante la *inclusión de un Terapeuta Ocupacional* en este Servicio (Gráfico 12).

En referencia al **Conocimiento General** acerca de la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional en el Área de Clínica Médica se identificó que los médicos poseen un **NIVEL ALTO Y MEDIANAMENTE ALTO**, compartiendo ambas categorías el mismo porcentaje (30,8%) (Tabla 16- Gráfico 14).

La *antigüedad* en el área no influyó sobre el *nivel de conocimiento*, ya que la mayoría de los encuestados presentaron NIVELES ALTOS Y MEDIANAMENTE ALTOS y se hallan distribuidos en los distintos intervalos (Tabla 17).

De acuerdo al *cargo*, el *nivel de conocimiento* ALTO corresponde a la mayoría del personal de planta permanente, mientras que el mayor número de residentes responde a un nivel MEDIANAMENTE ALTO (Tabla 18).

La *presencia o no de un Terapeuta Ocupacional en el Servicio* no incidió sobre el *conocimiento*, dado que el mayor porcentaje de quienes consideraron que nunca se desempeñó un T.O. evidenciaron un nivel de conocimiento ALTO; en tanto que el porcentaje más elevado de aquellos que aseveraron la presencia actual de un T.O., manifestaron un nivel MEDIO (Tabla 19).

Se observó que el **nivel de conocimiento** acerca de los *aspectos que conforman la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional* es **ALTO** en los aspectos *Procedimental* (38,5%) y *Actitudinal* (33,3%), y **MEDIANAMENTE ALTO** en el *Cognoscitivo* (33,3%) (Tabla 20- Gráfico 15).

En relación al *aspecto cognoscitivo* se halló que la mayoría considera a los graduados de Terapia Ocupacional como *profesionales de la salud* (87,2%) (Tabla 4), con un *nivel académico universitario* (79,5%) (Tabla 5), cuyo *programa de estudios* dura cinco años (43,6%) (Tabla 6). Teniendo en cuenta la *cantidad de materias que conforman la currícula de esta Licenciatura*, el 43,6% seleccionó en forma errónea de 21 a 31 materias, y el 33,3% acertó con su respuesta (Tabla 7- Gráfico 6). Refiriéndonos a los contenidos conceptuales señalaron que el T.O. adquiere principalmente *conocimientos*

de Neuroanatomía- Fisiología- Biomecánica (87,2%) y de Metodología en T.O. (82%); el 64,1% identificó a la Medicina Clínica como parte de su formación (Tabla 8- Gráfico 7). Con respecto a las *funciones* destacaron las relacionadas con la funcionalidad del paciente, ya sea recuperarla, desarrollarla o mantenerla (87,2%; 84,6%; 74,4%, respectivamente) (Tabla 9- Gráfico 8).

En cuanto al *aspecto procedimental*, dentro de las *acciones* que lleva a cabo el Terapeuta Ocupacional durante el proceso terapéutico, mencionaron en primer lugar la planeación de un programa de tratamiento (97,4%), y posteriormente la intervención de acuerdo a los objetivos establecidos previamente (82%) (Tabla 10- Gráfico 9). Los médicos otorgaron mayor importancia a aquellas *prácticas de T.O.* que guardan relación con la aplicación selectiva de actividades motoras (84,6%), sensoriales (82%) y cognitivas (79,5%) (Tabla 11- Gráfico 10).

En referencia al *aspecto actitudinal* se observó una preponderancia de las *actitudes* relacionadas a la profesión de Terapia Ocupacional sobre las referidas al T.O. en el Área de Clínica Médica, siendo la más trascendente la capacidad para trabajar en equipo (82%) (Tabla 12- Gráfico 11).

A pesar de que 13 médicos manifestaron no haber trabajado con un Terapeuta Ocupacional en el Servicio (Tabla 3), el 76,9% (n: 30) afirmó que ha obtenido información por compartir el ámbito laboral con un T.O., mientras que sólo una minoría señaló "textos/publicaciones" como *medios de acceso a este conocimiento*, lo cual puede deberse a la inexistencia de material en la bibliografía de medicina clínica (Tabla 13- Gráfico 13). Un alto porcentaje (94,9%) está interesado en recibir información por

medio de textos/publicaciones, reuniones, congresos, jornadas, etc. (38,5%) (Tablas 14 y 15).

4.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

A partir del contacto personal y de las respuestas brindadas a las preguntas de carácter abierto se puede inferir que la población en general consideró que en el Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. se trabaja en equipo junto a otros profesionales médicos y no médicos, mencionando mayoritariamente a otras especialidades médicas como Traumatología, Cirugía, Ginecología, Neurología, etc., siguiendo en orden Kinesiología, Terapia Ocupacional, Servicio Social, Salud Mental, Podología, Nutrición, Odontología y Enfermería; sin embargo algunos respondieron en forma negativa a este interrogante, manifestando que la modalidad de trabajo es por consulta- interconsulta.

Si bien gran parte de los médicos obtuvo información acerca de T.O. por compartir el ámbito laboral con este profesional, varios mencionaron otros medios de acceso a la misma, como tener conocidos graduados de T.O. o familiares en tratamiento; por ser profesor de la carrera o tutor de tesis; y por trabajar juntos en otras áreas como adicciones o gerontología.

Muchos de los encuestados manifestaron interés en recibir información adicional acerca de la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional en el área. Además de seleccionar las opciones dadas otorgaron importancia a *trabajos de investigación conjuntos, reuniones de servicio y trabajos en equipo interdisciplinario*.

Casi la totalidad de la muestra opinó que la inclusión de un Terapeuta Ocupacional en el Servicio es importante, ya que consideraron que éste "constituye un eslabón fundamental en la atención del paciente al cubrir ciertas carencias propias de la medicina". Un gran número de ellos señaló que el enfoque holístico a partir del cual esta

disciplina aborda al enfermo tiende a restablecer, más allá de lo funcional, el bienestar físico, mental y social del hombre. Reconocieron el rol de Terapia Ocupacional en el proceso de rehabilitación diciendo que "proporciona los medios que capacitan al paciente para retomar sus actividades habituales y para obtener una adecuada reinserción en su medio familiar y laboral".

Otros mencionaron que el trabajo coordinado de ambos servicios aceleraría los tiempos de alta de la institución, y a la vez se establecería un nexo que posibilitaría continuar el tratamiento por consultorio externo si el paciente así lo requiriera.

Destacaron que la labor conjunta con Terapia Ocupacional permitiría una atención médica satisfactoria, logrando mejorar la calidad de vida del paciente.

QUINTA PARTE

CONCLUSIÓN



5. CONCLUSIÓN

A partir de los datos recabados se identificó que el **nivel de conocimiento** que poseen los médicos del H.I.G.A. "Dr. Oscar E. Alende" acerca de la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica es **ALTO y MEDIANAMENTE ALTO**. Este resultado nos muestra una realidad que difiere de lo supuesto en un primer momento, lo cual tuvo su origen durante la práctica clínica en la institución, período en el que se observó una escasa frecuencia en la derivación espontánea de pacientes a Terapia Ocupacional, como así también inquietudes relacionadas a nuestra profesión por parte de algunos integrantes de la muestra. Los resultados hallados no justifican la elaboración de una propuesta de gestión, situación planteada como objetivo general, por lo cual el tipo de estudio no es propositivo.

Aunque se comprobó que el nivel de conocimiento no constituye una barrera en la interacción entre ambas profesiones, algunos datos relevados nos permiten deducir ciertas cuestiones, tales como:

- el total de la muestra no posee un conocimiento completo de los contenidos conceptuales y funciones incluidos dentro del **aspecto cognoscitivo**; de las formas de abordaje del paciente (acciones y prácticas) comprendidas en el **aspecto procedimental**; y de las actitudes generales del profesional de Terapia Ocupacional y específicas en relación al área, englobadas en el **aspecto actitudinal**.
- escasez de material referido a T.O. en la bibliografía de Clínica Médica a pesar de que existen textos/ publicaciones de Terapia Ocupacional tanto

nacionales como extranjeros, pero con escasa divulgación en el ambiente médico. Esto hace que, a pesar de que los encuestados manifiesten interés en recibir información acerca de nuestra profesión a través de estos medios, no accedan a los mismos.

- probable escasa participación de profesionales de Terapia Ocupacional en investigaciones y congresos del área de Clínica Médica.

En base a lo recién expuesto consideramos necesario formular sugerencias a las deducciones planteadas:

- Promocionar el ejercicio profesional de Terapia Ocupacional en el Área de Clínica Médica.
- Participar activamente en eventos de especialización en el área que permitan la integración del Licenciado en Terapia Ocupacional al ambiente médico.
- Realizar actividades de investigación en el área conjuntamente con profesionales médicos y no médicos que se desempeñen en la misma.
- Difundir las publicaciones existentes de Terapia Ocupacional entre los médicos clínicos.

SEXTA
PARTE

BIBLIOGRAFÍA

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1) ALBANO, M.; MARSILI, C.; VAZQUEZ, M.: "Terapia Ocupacional Neonatal". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. 1998.
- 2) ANDER- EGG, E.: "Técnicas de Investigación Social". 23ª edición. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata. 1993.
- 3) BALDERAS, P.: " Administración de los Servicios de Enfermería". Editorial Interamericana. México. 1984.
- 4) BARQUIN, M.: " Dirección de hospitales: organización de la atención médica". Editorial Interamericana. 3ª edición. México. 1972.
- 5) BIANCANI, A.; LOZADA, M.: "Práctica Privada en Terapia Ocupacional". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. 2000.
- 6) CABRERA, S.: "Terapia Ocupacional. Normas de derivación de las patologías pasibles de tratamiento". PROMET. Programa de Especialización de Post- grado de Metodología de la Investigación Clínica y Epidemiológica. Organizado por el Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires. Distrito IX. 1999.
- 7) COLL, C. y otros.: "Los contenidos en la reforma". Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Editorial Santillana S.A. Buenos Aires.1994.
- 8) DIAZ, M.I.; LEÓN, M.D.: "Conocimiento de los Médicos acerca de la competencia del Lic. en Terapia Ocupacional en el área de Terapia Intensiva". Tesis de grado para la

- Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. 2001.
- 9) DUHAMEL DUHALDE, M.V.; SALAZAR, M.; VELAZQUEZ LEAL, S.: "Marketing en Terapia Ocupacional". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. 2002.
- 10) FARRERAS VALENTI, P.; ROZMAN, C.: "Medicina Interna". Tomo I y II. Ed. Harcourt S.A. 14ª edición. 2000.
- 11) <http://biblio1.mdp.edu.ar/páginas%20asociadas/Asesoramiento.html>: "Asesoramiento para la normalización de trabajos académicos". (Consulta: 20 Marzo 2003).
- 12) <http://www.aota.org/general/otsp.asp>: "Standards of Practice for Occupational Therapy". (Consulta: 15 Octubre 2002).
- 13) KOONTZ, H.; WEINREICH, H.: "Administración". Ed. McGraw Hill. 3ª edición. México. 1990
- 14) MEREGA, H.: "Cien respuestas sobre la transformación educativa". Entrevista a Inés Aguerro. Editorial Santillana S.A. Buenos Aires. Argentina. 1995.
- 15) MODULO 0. LEY FEDERAL DE EDUCACION. "Ley de Educación de la Pcia. de Buenos Aires y Contenidos Básicos Comunes". Dirección General de Cultura y Educación de la provincia de Bs. As. La Plata. Enero, 1995.
- 16) O.P.S.: "Encuentro: La Terapia Ocupacional en los programas de Rehabilitación en América Latina". Lima, Perú. Noviembre, 1986.
- 17) PASQUALINI, R.: "Medicina Interna". Ed. Intermédica. Bs. As. 1966.

- 18) PERINCHIEF, J.: "Administración de los servicios". Unidad IV. Capítulo 11. Sección 1. Pág. 375- 387. En: WILLARD; SPACKMAN: "Terapia Ocupacional". Ed. Médica Panamericana. 8º edición. España. 1998.
- 19) PINEDA, E.B.; de ALVARADO, E.L.; de CANALES, F.H.: "Metodología de la Investigación". Manual para el desarrollo de personal de salud. Washington D.C.. O.P.S. 2ª Edición. 1994.
- 20) POLIT, D.; HUNGLER, B.: "Investigación en Ciencias de la Salud". Interamericana. Ed. McGraw- Hill. 4ª Edición. México. 1994.
- 21) REED, K.; SANDERSON, S.: "Concepts of Occupational Therapy". Williams & Wilkins. 3ª edición. Maryland. 1992.
- 22) SANGUINETTI, L. Y Cols.: "Semiología, semiotécnica y clínica propedéutica". López Libreros Editores S.R.L. Buenos Aires. 1975.
- 23) TORRANCE, M.: "Terapia Ocupacional en pacientes agudos". Unidad IX. Capítulo 23. Pág. 771- 783. En: WILLARD; SPACKMAN: "Terapia Ocupacional". Ed. Médica Panamericana. 8ª edición. España. 1998.
- 24) YANDA, R.: "Administración de los Servicios de Salud: guía profesional para los médicos que trabajan en hospitales". Ed. Interamericana. 1ª edición. México. 1983.

SÉPTIMA
PARTE

ANEXO



7.1 TABLAS Y GRÁFICOS

7.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

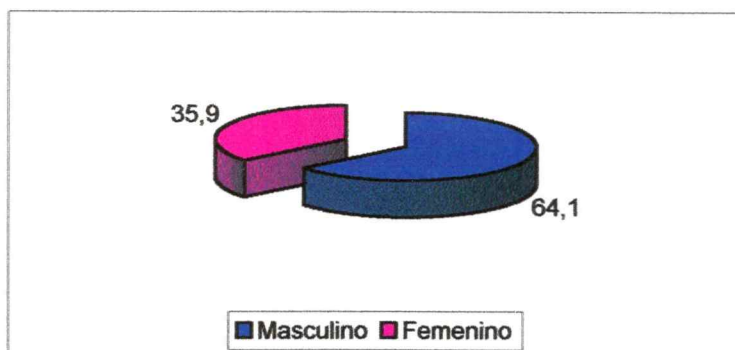


Gráfico 1- Porcentaje de médicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica según sexo. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

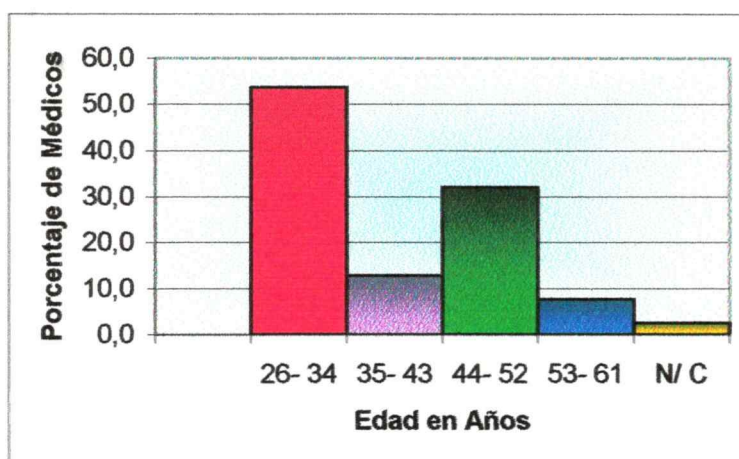


Gráfico 2- Edad en años de los médicos del Servicio de Clínica Médica. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

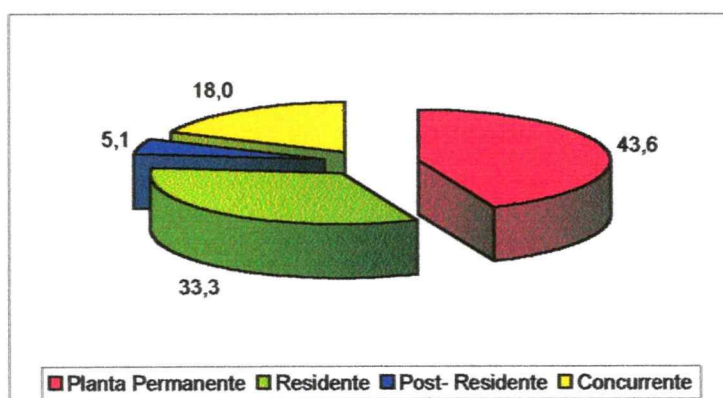


Gráfico 3- Porcentaje de los médicos clínicos según el cargo. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 1- Unidad en que se desempeñan los médicos del Servicio de Clínica Médica. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Unidad de desempeño | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|----------------------------|---|------|
| | Nº | % |
| Internación | 22 | 56,4 |
| Consultorio Externo | 28 | 71,8 |
| Emergencias | 28 | 71,8 |
| Consultorio de Orientación | 3 | 7,7 |

(n :39)

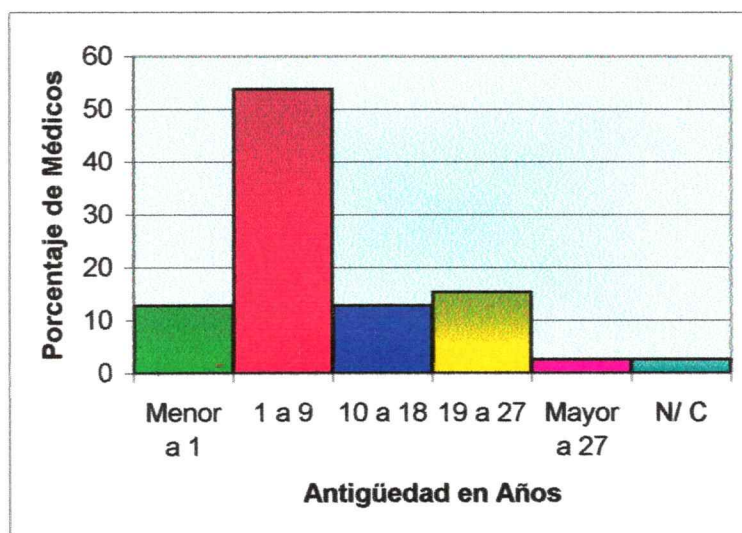


Gráfico 4- Antigüedad de los médicos del Servicio de Clínica Médica. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 2- Modalidad de trabajo en el Servicio de Clínica Médica según los médicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Trabajo en equipo | Médicos del Servicio de Clínica Médica del | |
|-------------------|--|------|
| | Nº | % |
| SI | 30 | 76,9 |
| NO | 9 | 23,1 |
| TOTAL | 39 | 100 |

Tabla 3- Presencia de un T.O. en el Servicio de Clínica Médica según los médicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Presencia de un Terapista Ocupacional en el Área | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|--|---|------------|
| | N° | % |
| Actualmente | 15 | 38,5 |
| Anteriormente | 7 | 18 |
| Nunca | 13 | 33,3 |
| N/C | 4 | 10,2 |
| TOTAL | 39 | 100 |

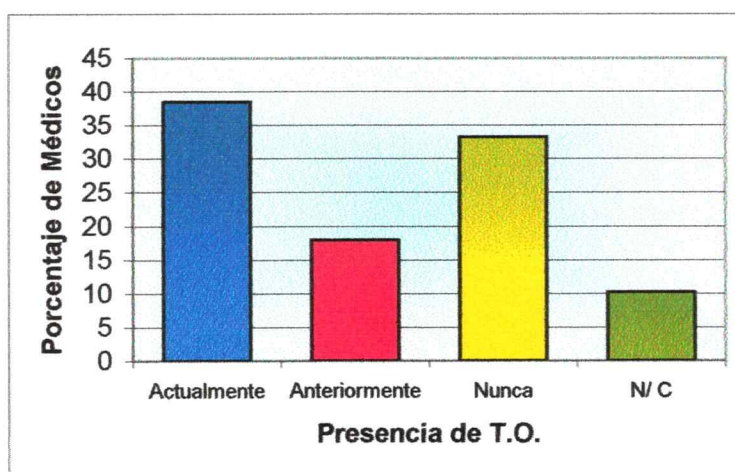


Gráfico 5- Presencia de un T.O. en el Servicio de Clínica Médica según los médicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

7.1.2 COMPETENCIA DEL LICENCIADO EN TERAPIA

OCUPACIONAL

Tabla 4- Médicos del Servicio de Clínica Médica según consideran la formación del T.O. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Formación del Terapeuta Ocupacional | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|-------------------------------------|---|------|
| | Nº | % |
| Auxiliar | 3 | 7,7 |
| Profesional de la Salud | 34 | 87,2 |
| Técnico | | |
| Paramédico | 2 | 5,1 |
| TOTAL | 39 | 100 |

Tabla 5- Nivel académico del Lic. en T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Nivel Académico del Licenciado en Terapia Ocupacional | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|---|---|------|
| | Nº | % |
| De post- grado | 1 | 2,6 |
| Universitario | 31 | 79,5 |
| Terciario no universitario | 5 | 12,8 |
| N/C | 2 | 5,1 |
| TOTAL | 39 | 100 |

Tabla 6- Duración del programa de estudios de la Licenciatura en Terapia Ocupacional según los médicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Duración del programa de Estudios | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|-----------------------------------|---|------|
| | Nº | % |
| 1 a 3 años | 5 | 12,8 |
| 4 años | 14 | 35,9 |
| 5 años | 17 | 43,6 |
| N/C | 3 | 7,7 |
| TOTAL | 39 | 100 |

Tabla 7- Cantidad de materias que conforman la currícula de la Licenciatura en T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre-Diciembre 2002.

| Cantidad de materias | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|----------------------|---|------|
| | N° | % |
| 10 a 20 | 1 | 2,6 |
| 21 a 31 | 17 | 43,6 |
| 32 a 42 | 13 | 33,3 |
| N/C | 8 | 20,5 |
| TOTAL | 39 | 100 |

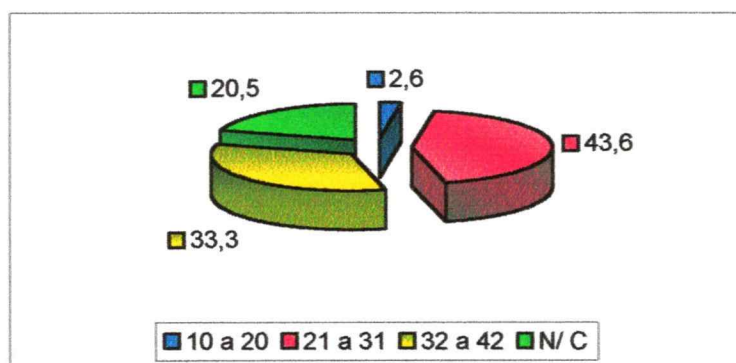


Gráfico 6- Cantidad de materias que conforman la currícula de la Licenciatura en T.O. según el porcentaje de los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 8- Conocimientos adquiridos por el T.O. durante su formación académica según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre-Diciembre 2002.

| Conocimientos adquiridos acerca de: | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|--|---|------|
| | N° | % |
| Áreas de Medicina Clínica | 25 | 64,1 |
| Neuroanatomía- Fisiología- Biomecánica | 34 | 87,2 |
| Metodología en T. O. | 32 | 82 |
| Metodología en Investigación | 24 | 61,5 |
| Del comportamiento | 21 | 53,8 |
| Del desempeño ocupacional | 30 | 76,9 |
| Sociología | 24 | 61,5 |
| Antropología | 16 | 41 |
| N/C | 2 | 5,1 |

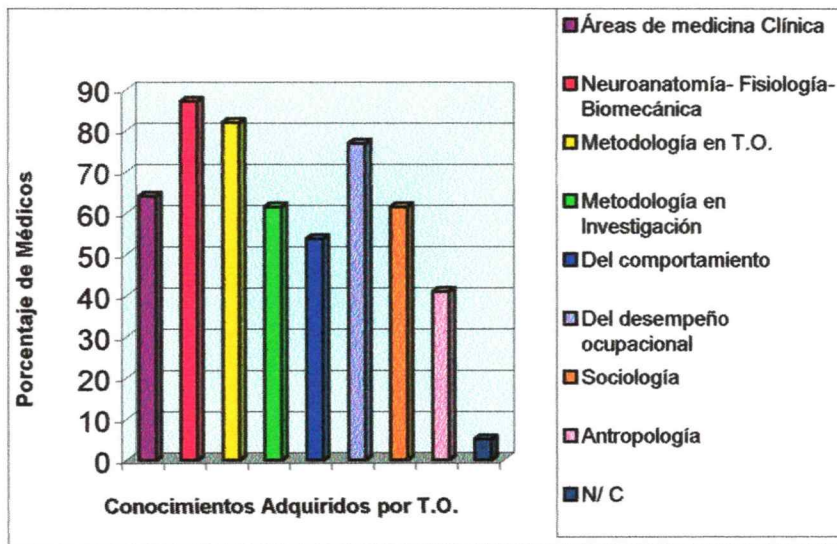


Gráfico 7- Conocimientos adquiridos por el T.O. durante su formación académica según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre-Diciembre 2002.

Tabla 9- Funciones del Lic. en T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Funciones del Licenciado en Terapia Ocupacional | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|---|---|------|
| | N° | % |
| Motivar y brindar contención emocional al paciente y su familia | 18 | 46,2 |
| Desarrollar la funcionalidad del paciente | 33 | 84,6 |
| Mantener la funcionalidad del paciente | 29 | 74,4 |
| Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales | 28 | 71,8 |
| Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria | 28 | 71,8 |
| Recuperar la funcionalidad del paciente | 34 | 87,2 |

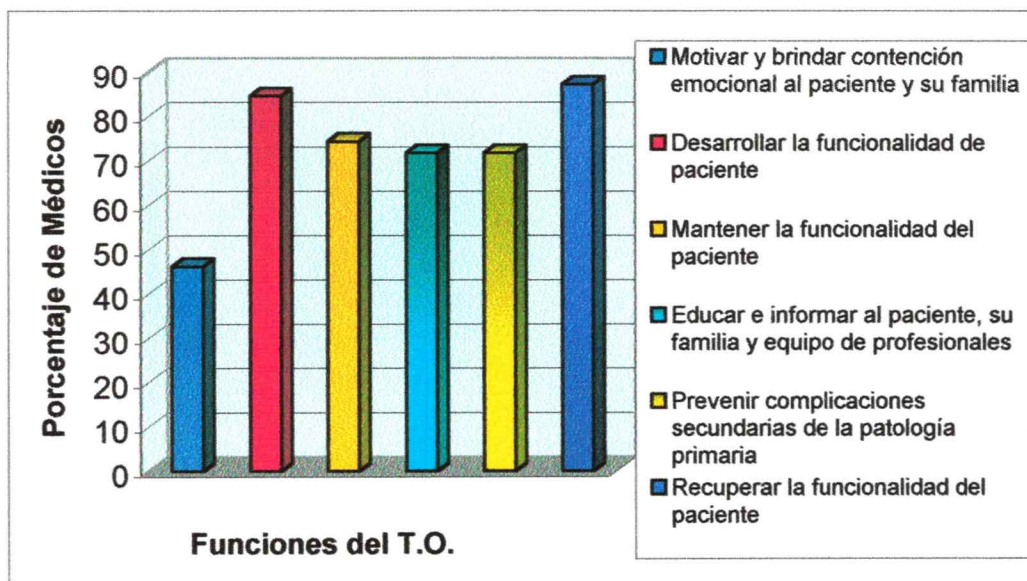


Gráfico 8- Funciones del Lic. en T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 10- Acciones que lleva a cabo el T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Acciones que realiza el Licenciado en Terapia Ocupacional | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|---|---|------|
| | N° | % |
| Entrevista a familiares- amigos/ Evaluación del paciente | 28 | 71,8 |
| Planeación de un programa de tratamiento | 38 | 97,4 |
| Intervención de acuerdo a objetivos planificados | 32 | 82 |
| Re- evaluación | 28 | 71,8 |
| Alta de Terapia Ocupacional | 24 | 61,5 |

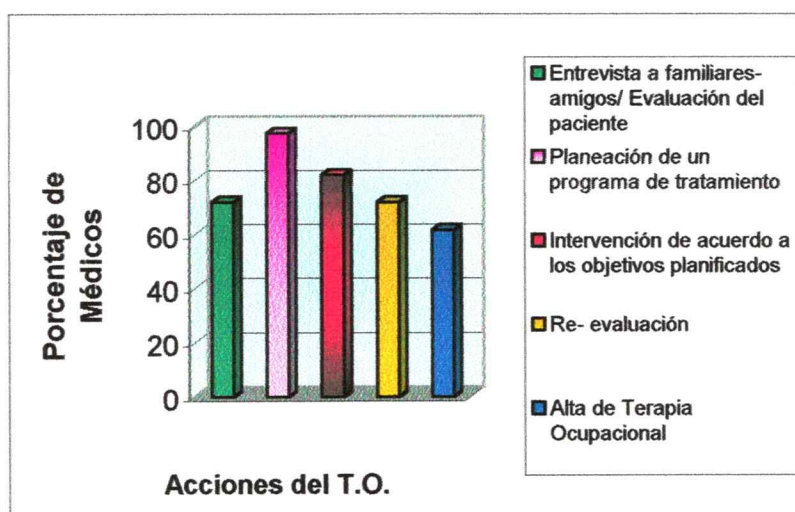


Gráfico 9- Acciones que lleva a cabo el T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 11- Prácticas que realiza el T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre, 2002.

| Prácticas que realiza el Lic. en Terapia Ocupacional | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|---|---|------|
| | N° | % |
| Análisis e iniciación del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal. | 29 | 74,4 |
| Análisis y administración de ocupaciones recreacionales. | 29 | 74,4 |
| Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico. | 22 | 56,4 |
| Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental. | 25 | 64,1 |
| Aplicación selectiva de actividades sensoriales. | 32 | 82 |
| Aplicación selectiva de actividades motoras. | 33 | 84,6 |
| Aplicación selectiva de actividades cognitivas. | 31 | 79,5 |
| Aplicación selectiva de actividades psicosociales. | 24 | 61,5 |

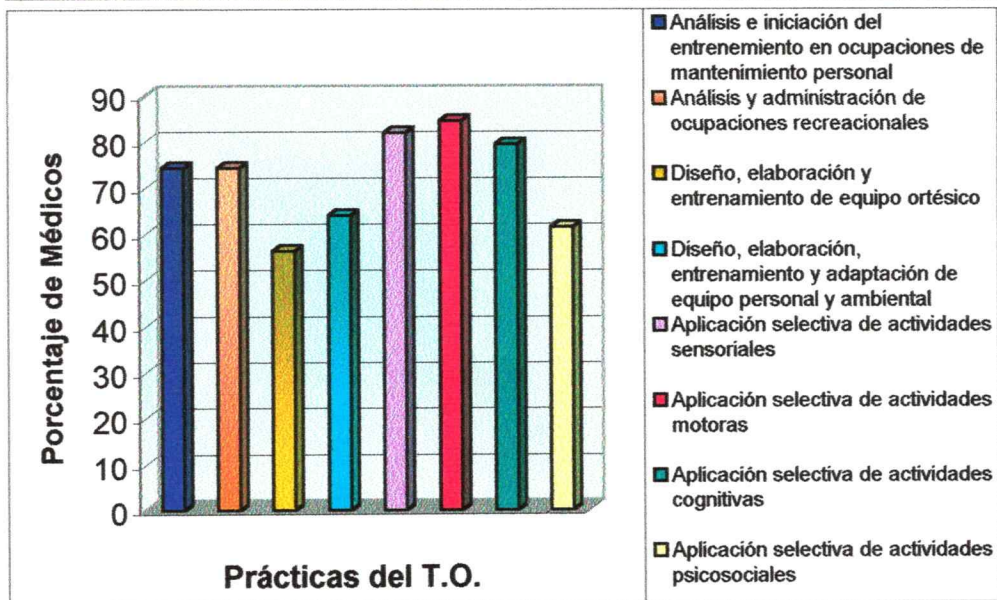


Gráfico 10- Prácticas que realiza el T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. "Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 12- Actitudes del Lic. en T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Actitudes del Licenciado en Terapia Ocupacional | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|--|---|------|
| | N° | % |
| Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico. | 19 | 48,7 |
| Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente y de la institución. | 26 | 66,7 |
| Capacidad para trabajar en equipo. | 32 | 82 |
| Compromiso para actualizar sus conocimientos. | 24 | 61,5 |
| Capacidad para priorizar las evaluaciones y los tratamientos. | 23 | 59 |
| Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del Área. | 22 | 56,4 |
| Interés por participar en eventos de especialización en el Área. | 23 | 59 |
| N/C | 2 | 5,1 |

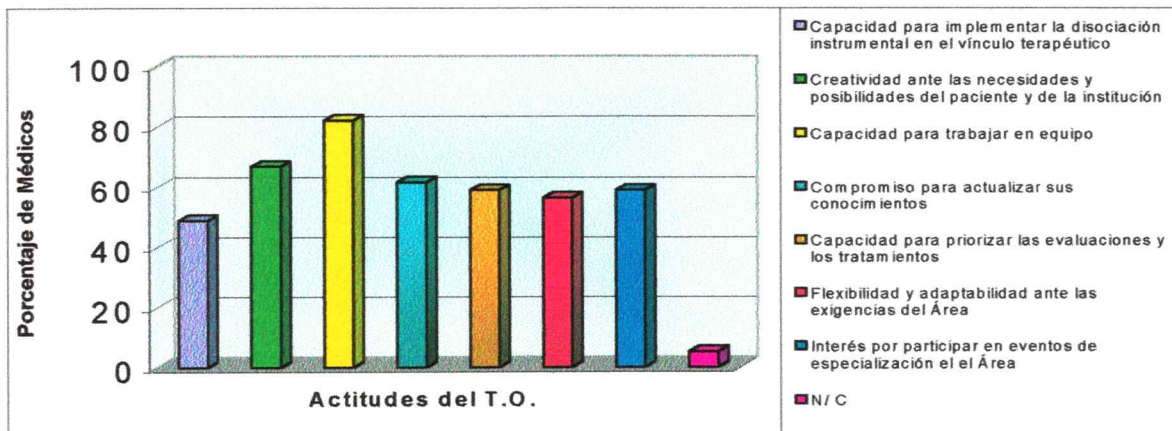


Gráfico 11- Actitudes del Lic. en T.O. según los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

7.1.3 INCLUSIÓN DE T.O. EN EL ÁREA

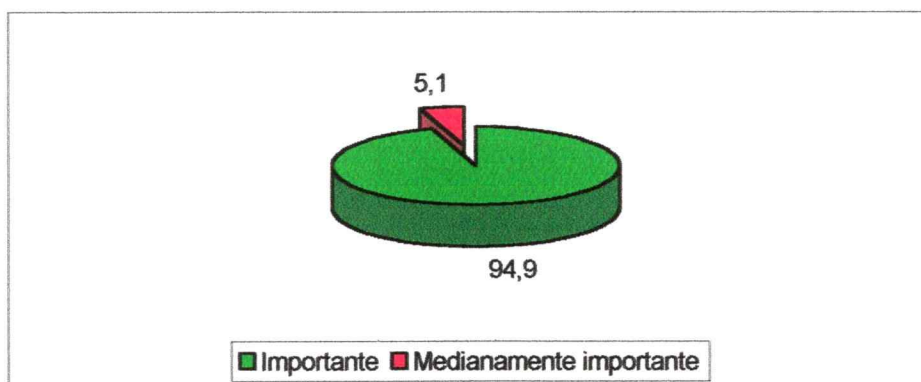


Gráfico 12- Inclusión de un T.O. en el Servicio de Clínica Médica según los médicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

7.1.4 INFORMACIÓN DE T.O.

Tabla 13- Fuentes de información acerca de T.O. a las que accedieron los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Fuentes de información acerca de Terapia Ocupacional | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|--|---|------|
| | N° | % |
| Textos/ Publicaciones: Nacionales. | 2 | 5,1 |
| Textos/ Publicaciones: Extranjeras. | 1 | 2,6 |
| Compartir el ámbito laboral con Terapia Ocupacional. | 30 | 76,9 |
| Participaciones conjuntas en cursos, congresos, etc. | 6 | 15,4 |
| Trabajos de investigación conjuntos. | 2 | 5,1 |
| Otros. | 14 | 35,9 |

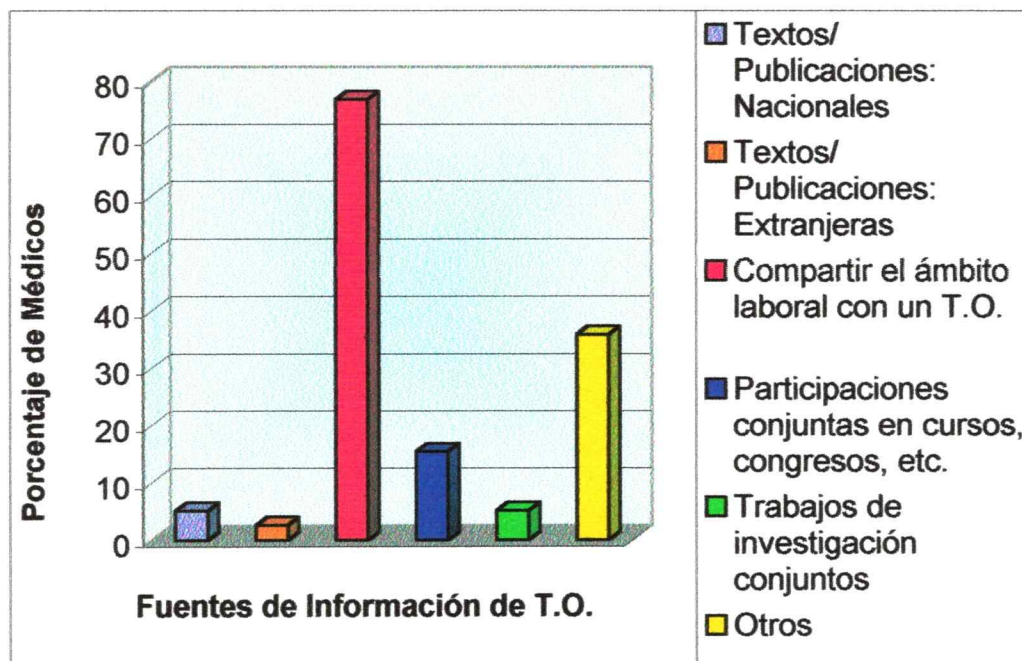


Gráfico 13- Fuentes de información acerca de T.O. a las que accedieron los médicos clínicos. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 14- Interés de los médicos en recibir información acerca de T.O. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Interés en recibir información acerca de T.O. | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|---|---|------|
| | N° | % |
| No | 1 | 2,6 |
| Si | 37 | 94,9 |
| N/ C | 1 | 2,6 |
| TOTAL | 39 | 100 |

Tabla 15- Medios seleccionados por los médicos para recibir información de T.O. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Medios seleccionados para recibir información acerca de T.O. | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|--|---|------|
| | N° | % |
| Reuniones, congresos, jornadas, cursos, etc. | 15 | 38,5 |
| Vía internet. | 8 | 20,5 |
| Textos/ Publicaciones | 15 | 38,5 |
| Otros. | 5 | 12,8 |

7.1.5 NIVEL DE CONOCIMIENTO

Tabla 16- Nivel de conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Nivel de conocimiento | Médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | |
|-----------------------|---|------|
| | Nº | % |
| Alto | 12 | 30,8 |
| Medianamente Alto | 12 | 30,8 |
| Medio | 11 | 28,2 |
| Medianamente Bajo | 3 | 7,7 |
| Bajo | 1 | 2,6 |
| TOTAL | 39 | 100 |

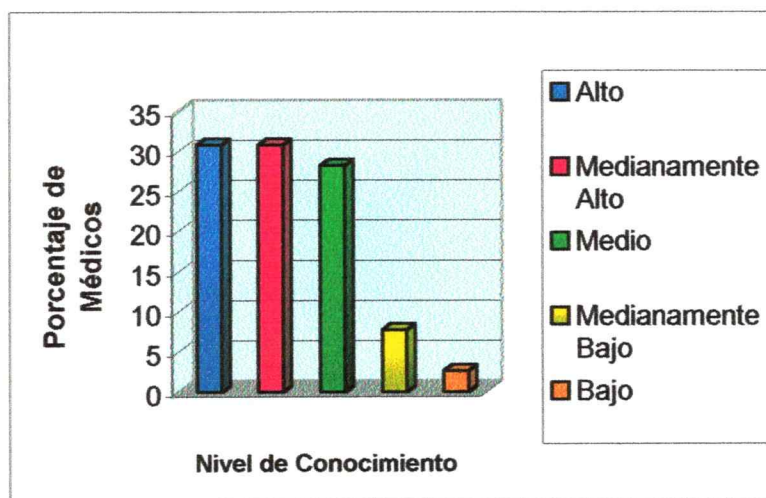


Gráfico 14- Nivel de conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. en el Área de Clínica Médica. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

Tabla 17- Nivel de conocimiento de los médicos clínicos según su antigüedad. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Antigüedad en el Área | Nivel de Conocimiento de los médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|------------|-------------------|------------|-----------|-------------|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Bajo | | Medianamente Bajo | | Medio | | Medianamente Alto | | Alto | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| < a 1 año | | | | | 1 | 2,6 | 2 | 5,1 | 2 | 5,1 | 5 | 12,8 |
| 1 a 9 años | | | 2 | 5,1 | 7 | 18 | 7 | 18 | 5 | 12,8 | 21 | 53,8 |
| 10 a 18 años | | | 1 | 2,6 | | | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | 5 | 12,8 |
| 19 a 27 años | 1 | 2,6 | | | 2 | 5,1 | 2 | 5,1 | 1 | 2,6 | 6 | 15,4 |
| > a 27 años | | | | | | | | | 1 | 2,6 | 1 | 2,6 |
| N/ C | | | | | 1 | 2,6 | | | | | 1 | 2,6 |
| TOTAL | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | 11 | 28,2 | 12 | 30,8 | 12 | 30,8 | 39 | 100 |

Tabla 18- Nivel de conocimiento de los médicos clínicos según cargo. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Cargo que desempeña en el Servicio de Clínica Médica | Nivel de Conocimiento de los médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-------------------|------------|-----------|-------------|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Bajo | | Medianamente Bajo | | Medio | | Medianamente Alto | | Alto | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| P. Permanente | 1 | 2,6 | 1 | 2,6 | 4 | 10,2 | 5 | 12,8 | 6 | 15,4 | 17 | 43,6 |
| Residente | | | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | 6 | 15,4 | 3 | 7,7 | 13 | 33,3 |
| Post- Residente | | | | | 1 | 2,6 | 1 | 2,6 | | | 2 | 5,1 |
| Concurrente | | | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | | | 3 | 7,7 | 7 | 18 |
| TOTAL | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | 11 | 28,2 | 12 | 30,8 | 12 | 30,8 | 39 | 100 |

Tabla 19- Nivel de conocimiento de los médicos clínicos según la presencia de T.O. en el Servicio. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Presencia de un Lic. en Terapia Ocupacional en el Área | Nivel de Conocimiento de los médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-------------------|------------|-----------|-------------|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Bajo | | Medianamente Bajo | | Medio | | Medianamente Alto | | Alto | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Actualmente | | | | | 6 | 15,4 | 4 | 10,2 | 5 | 12,8 | 15 | 38,5 |
| Anteriormente | 1 | 2,6 | 1 | 2,6 | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | 1 | 2,6 | 7 | 18 |
| Nunca | | | 2 | 5,1 | 4 | 10,2 | 1 | 2,6 | 6 | 15,4 | 13 | 33,3 |
| N/ C | | | | | | | 4 | 10,2 | | | 4 | 10,2 |
| TOTAL | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | 11 | 28,2 | 12 | 30,8 | 12 | 30,8 | 39 | 100 |

Tabla 20- Nivel de conocimiento de los médicos clínicos según los aspectos que conforman la competencia del Lic. en T.O. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

| Aspectos de la Competencia del Lic. en T.O. en Clínica Médica | Nivel de Conocimiento de los médicos del Servicio de Clínica Médica del H.I.G.A. | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|-------------------|------|-------|------|-------------------|------|------|------|-------|-----|
| | Bajo | | Medianamente Bajo | | Medio | | Medianamente Alto | | Alto | | TOTAL | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Cognoscitivo | | | 5 | 12,8 | 11 | 28,2 | 13 | 33,3 | 10 | 25,6 | 39 | 100 |
| Procedimental | 1 | 2,6 | 3 | 7,7 | 10 | 25,6 | 10 | 25,6 | 15 | 38,5 | 39 | 100 |
| Actitudinal | 6 | 15,4 | 10 | 25,6 | 3 | 7,7 | 7 | 18 | 13 | 33,3 | 39 | 100 |

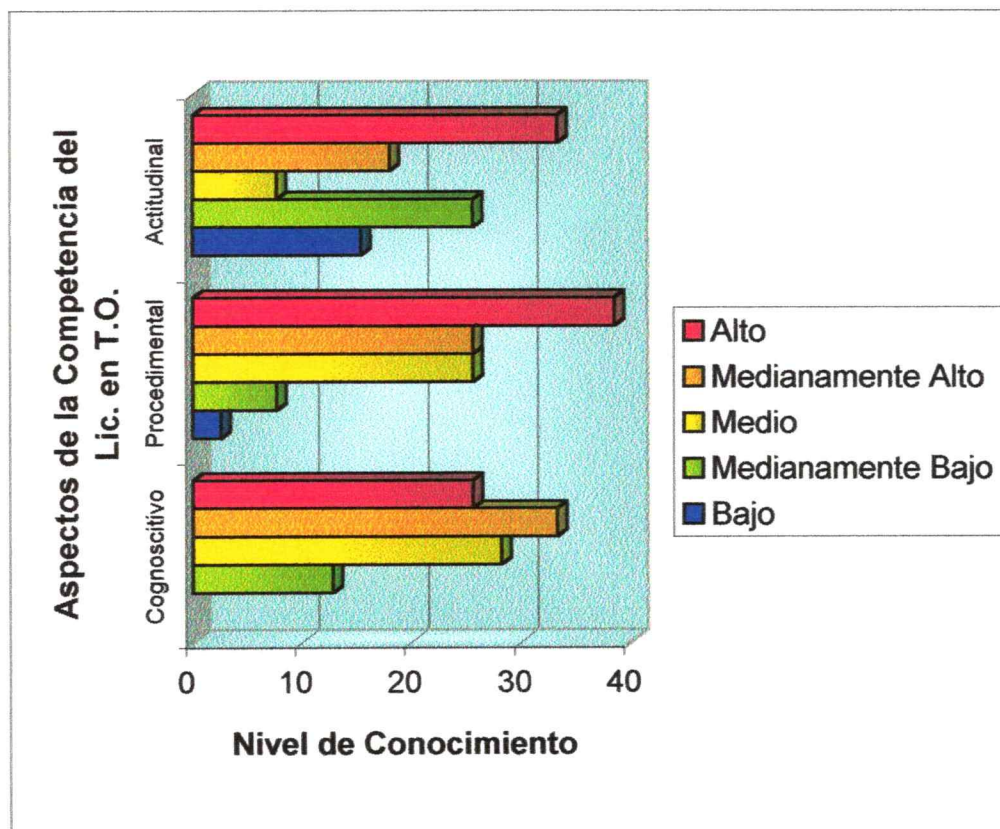


Gráfico 15- Nivel de conocimiento de los médicos clínicos según los aspectos que conforman la competencia del Lic. en T.O. H.I.G.A. " Dr. Oscar E. Alende". Mar del Plata. Noviembre- Diciembre 2002.

7.2 CUESTIONARIO

“Conocimiento sobre el profesional de Terapia Ocupacional en el área de Clínica Médica”

Dirigido a médicos clínicos que se desempeñan en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata. Solicitamos su colaboración ya que las respuestas del presente cuestionario contribuirán a la realización de nuestra tesis de grado, correspondiente a la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2002.

Marque con una cruz en los casilleros las opciones correctas y complete los espacios vacíos según corresponda.

1) Sexo:

1) Femenino.

2) Masculino.

2) Edad: _____.

3) ¿Qué cargo posee Ud. en el Servicio?

1) Jefe de:

1) Servicio.

2) Sala.

3) Unidad.

2) Planta permanente.

3) Residente.

4) Post- residente.

5) Concurrente.

4) ¿Qué antigüedad posee ejerciendo como profesional en el área? _____

5) Actualmente Ud. desempeña sus funciones en:

1) Internación.

2) Consultorio Externo.

3) Emergencias.

4) Consultorio de Orientación.

6) En el Servicio en que se desempeña:

6.1) En relación al equipo de salud: ¿se trabaja en equipo?

1) NO.

2) SI. ¿ Con qué profesionales? _____

6.2) En relación a Terapia Ocupacional:

1) Actualmente se desempeña un Terapeuta Ocupacional.

2) Anteriormente se desempeñó un Terapeuta Ocupacional.

3) Nunca se desempeñó un Terapeuta Ocupacional.

7) De acuerdo a la formación del Terapeuta Ocupacional (T.O.):

7.1) Ud. lo considera como:

- 1) Auxiliar.
- 2) Profesional de la Salud.
- 3) Técnico.
- 4) Paramédico.

7.2) El nivel académico es:

- 1) De Post-grado.
- 2) Universitario.
- 3) Terciario no Universitario.

7.3) La duración del programa de estudios es de:

- 1) 1 a 3 años.
- 2) 4 años.
- 3) 5 años.

7.4) La cantidad de materias del programa de estudios abarca:

- 1) de 10 a 20.
- 2) de 21 a 31.
- 3) de 32 a 42.

Aclaración: desde pregunta 7.5) a 12) inclusive, las opciones no son excluyentes.

7.5) Conocimientos adquiridos:

- 1) De Áreas de Medicina Clínica.
- 2) De Neuroanatomía- Fisiología- Biomecánica.

- 3) De Metodología en T.O..
- 4) De Metodología en Investigación.
- 5) Del comportamiento.
- 6) Del Desempeño Ocupacional.
- 7) De Sociología.
- 8) De Antropología.

8) La/s función/es del graduado en T.O. en el área son:

- 1) Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia.
- 2) Desarrollar la funcionalidad del paciente.
- 3) Mantener la funcionalidad del paciente.
- 4) Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales.
- 5) Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria.
- 6) Recuperar la funcionalidad del paciente.

9) ¿Cuál/es de las siguientes acciones considera Ud. que el T.O.

realiza para proceder en el área?

- 1) Entrevista a familiares- amigos/ Evaluación del paciente.
- 2) Planeación de un programa de tratamiento.
- 3) Intervención de acuerdo a objetivos planificados.
- 4) Re- evaluación.
- 5) Alta de Terapia Ocupacional.

10) ¿Qué prácticas considera Ud. que el T.O. realiza?

- 1) Análisis e iniciación del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal (actividades simples de lavado de la cara, cuidado bucal, alimentación y comunicación).
- 2) Análisis y administración de ocupaciones recreacionales (uso de actividades lúdicas).
- 3) Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico.
- 4) Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental.
- 5) Aplicación selectiva de actividades sensoriales (aplicación gradual de estímulos).
- 6) Aplicación selectiva de actividades motoras (programas de arco de movimiento pasivo, activo, activo asistido; programas de control postural, de fuerza muscular, de coordinación).
- 7) Aplicación selectiva de actividades cognitivas (técnicas de orientación a la realidad, juegos cognitivos).
- 8) Aplicación selectiva de actividades psicosociales (intrapersonales e interpersonales).

11) ¿Qué actitud/es Ud. considera que el T.O. posee al desempeñarse en el área?

- 1) Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico.
- 2) Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente y de la institución.
- 3) Capacidad para trabajar en equipo.
- 4) Compromiso para actualizar sus conocimientos.
- 5) Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos.
- 6) Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área.
- 7) Interés por participar en eventos de especialización en el área.

12) ¿Cómo considera Ud. la inclusión de un T.O. en el área?

- 1) Importante.
- 2) Medianamente importante.
- 3) No importante.

- ¿Por qué? _____

_____.

13) ¿Cómo obtuvo conocimiento acerca de la Terapia Ocupacional?

1) A través de Textos/ Publicaciones:

1) Nacionales.

2) Extranjeras.

2) Por compartir el ámbito laboral con Terapia Ocupacional.

3) Por participaciones conjuntas en cursos, congresos, jornadas de formación.

- 4) Por trabajos de investigación conjuntos.
- 5) Otros (especifique cuáles) _____.

14) ¿Es de su interés recibir información acerca del desempeño del T.O. en el área?

1) NO.

2) SI.

15) En el caso de ser de su interés recibir información ¿por qué medios prefiere recibirla?

1) Reuniones, Congresos, Jornadas, Cursos, Simposios.

2) Vía Internet (especifique su dirección de correo electrónico).

3) Textos/ Publicaciones.

4) Otros (especifique cuáles) _____
_____.

Le agradecemos su colaboración para completar el cuestionario.

7.3 CARTAS DE AUTORIZACIÓN

Mar del Plata, Noviembre de 2002.

Dr. Jorge Dietch

Jefe del Servicio de Docencia e Investigación del

Hospital Interzonal General de Agudos

Nos dirigimos a Ud. mediante la presente a fin de solicitar su autorización para llevar a cabo un cuestionario a los médicos que pertenecen al Servicio de Clínica Médica de esta institución, con el objetivo de indagar sobre el conocimiento que estos poseen acerca de la competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional en el Area de Clínica Médica. Los resultados obtenidos contribuirán en la realización de nuestra tesis de grado para la Lic. en Terapia Ocupacional y a aportar nuevos conocimientos científicos inherentes a nuestra profesión. Se cuenta con el aval de la Jefa de Sala de Fisiatría y Rehabilitación.

Agradecemos su atención. Atentamente.

de la Iglesia, Claudia

Galie, Natalia

Mar del Plata, 7 de Noviembre de 2002.

Sritas.

de la Iglesia, Claudia y Galie, Natalia.

Mediante la presente nota autorizamos a Uds. para utilizar el cuestionario elaborado con el fin de llevar a cabo nuestra tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional acerca del "Conocimiento sobre el profesional de Terapia Ocupacional en el área de Terapia Intensiva".

Lic. en T.O. Díaz, Mariana Inés

Matrícula 2860/94

Lic. en T.O. León, María Daniela

Matrícula 2895/94

FE DE ERRATAS

- Página 36 Donde dice "Neumonología" debe decir "Neumología".
- Página 56 "Modalidad de Trabajo" no es variable atributiva, sino de orden general.
- Página 67 Falta agregar **Selección de la muestra: no probabilística accidental por conveniencia.**
- Página 68 Donde dice "... de barras simples y proporcionales..." debe decir "...de barras simples y componentes..."