

2002

Aportes desde la terapia ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética

Angeli, Evangelina

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/881>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**APORTES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL RESPECTO DE
LA EXPRESION DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS
VULNERABLES, DESDE UNA PERSPECTIVA BIOETICA**

POR ANGELI EVANGELINA



POR ORTIZ DE ROSAS RUTH RENÉE



POR QUIROGA YANINA NATALIA

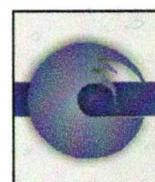


Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1778	675.8(043) A 612
Vol:	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

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

Mayo de 2.002

MAR DEL PLATA, ARGENTINA



DIRECTOR

LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

GARCIA CEIN EMMA INES

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Emma Ines Garcia Cein', with a horizontal line underneath.

CO-DIRECTOR Y ASESOR METODOLOGICO

LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

CAMPISI MARIA ALEJANDRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maria Alejandra Campisi', with a horizontal line underneath.

A nuestras familias...

Agradecimientos.

A Emma y Alejandra; por su cariño, por enseñarnos de su vocación, responsabilidad y compromiso.

A los Terapeutas Ocupacionales entrevistados; por su predisposición, tiempo y cordialidad.

A la A.M.T.O.; por su colaboración.

A Facundo; por su ayuda.

INDICE.

1- PRESENTACIÓN.

- ◆ Introducción.....pág.1
- ◆ Bibliografíapág.5
- ◆ Problemas y objetivospág.6

2- ESTADO ACTUAL.

- ◆ Estado Actual.....pág.8
- ◆ Bibliografíapág.17

3- ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL MARCO TEÓRICO.

- ◆ Capítulo I : Consideraciones básicas de la Bioética.
 - Síntesis histórica de la Bioética en el mundopág.19
 - La Bioética en la República Argentinapág.21
 - Bioética, una ética aplicadapág.23
 - Principios de la Bioéticapág.24
 - Bibliografíapág.33
- ◆ Capítulo II : Aspectos generales de la Terapia Ocupacionalpág.35
 - Bibliografíapág.41
- ◆ Capítulo III : Vinculación entre el principio de autonomía bioético y los aportes desde Terapia Ocupacionalpág.42
 - Bibliografíapág.47

4- ASPECTOS METODOLÓGICOS.

- ◆ Diseño y tipo de estudiopág.48
- ◆ Población y muestrapág.50
- ◆ Definición de términospág.52
- ◆ Dimensionamiento de la variablepág.54
- ◆ Técnica de recolección de datospág.55
- ◆ Análisis de los datos.....pág.60
- ◆ Trabajo de campo.....pág.62
- ◆ Análisis e interpretación de los datos.....pág.67

5- CONCLUSIONES.

- ◆ Conclusiones.....pág.100

6- BIBLIOGRAFIA GENERAL.pág.110

7- GLOSARIO.pág.113

INTRODUCCIÓN.

Nuestro recorrido académico nos permitió, en su última etapa, acercarnos a la Bioética como un enfoque necesario para reflexionar el quehacer profesional como Terapistas Ocupacionales.

Particularmente, a través de la asignatura de Ética y Deontología Profesional y a partir del conocimiento de la tesis de grado "Aportes para un marco regulatorio de carácter ético en el ejercicio profesional de Terapia Ocupacional" (Correa, M. P. y Fuentes, A. M. Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social, UNMDP, 1999.) tomamos conciencia de la diversidad de dilemas éticos que se presentan en el ejercicio de la profesión.

Paralelamente, nuestra experiencia durante la cursada de las Prácticas Clínicas en diferentes instituciones, posibilitó vivenciar, en la proximidad con el paciente, cuestiones de carácter ético. Motivo este, que nos confrontó con escasas e incipientes investigaciones de la Terapia Ocupacional en nuestro país, dentro del enfoque bioético.

Por otro lado, el auge de la Bioética actual crea un espacio de reflexión donde se privilegia "... la transubjetividad entre diferentes prácticas disciplinarias..."¹ y donde las "... opciones ético-morales personales dispuestas a revisión y fundamentación constante..."² priman el respeto por la vida en todas sus formas.

Así es que, en el campo de las Ciencias de la Salud, la Terapia Ocupacional no está exenta a los avances científicos y tecnológicos del mundo

¹ ASNARIZ, T. Y JURIC, J. *Bioética: cuestiones abiertas. Inicio, desarrollo y fin de la vida humana.* – Buenos Aires: Edit. Elebé, 1996. Pág. 34.

² Ibid. Pág. 37.

moderno; en donde para la resolución a los distintos dilemas no basta con los conocimientos técnicos de cada profesión; es necesario tomar en consideración cuestiones humanísticas y filosóficas que permitan opciones de carácter ético.

Adhiriendo a la conceptualización de *bioética* del Grupo de Psicobiología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, quienes la definen como *una ética aplicada que analiza argumentativamente, intertransdisciplinariamente situaciones dilemáticas valorativas surgidas en y desde las ciencias de la vida y la salud, debido al creciente tecnocientificismo que impacta sobre la vida en toda su amplitud, y a la diversidad de paradigmas de valores existentes en la sociedad actual. El análisis busca con responsabilidad solidaria llegar a consensos donde prime el respeto por la dignidad humana y la vida en general, tanto presente como venidera;* pensamos que la perspectiva bioética ofrece así una alternativa en Terapia Ocupacional para reflexionar sobre la autonomía del paciente.

Reconociendo en nuestra profesión como objetivo primordial, la búsqueda de la independencia, autonomía e integración del individuo en sociedad; sin olvidar el principio beneficentista de "hacer el bien y no infligir el mal" y el de justicia que implica una equitativa distribución de recursos sanitarios y/o igualdad de oportunidades.

A partir de aquí, nuestras inquietudes nos han conducido a reflexionar acerca de los aportes que desde la Terapia Ocupacional primen el respeto por la dignidad humana y la vida en general y en donde se privilegie la autonomía de las personas vulnerables; vulnerabilidad sobre la que actúa Terapia Ocupacional.

Es por ello que nos preguntamos que significado tiene para los terapeutas ocupacionales la autonomía de las personas vulnerables; y a partir de este conocimiento, si creen que favorecen la expresión de dicha autonomía, a través de su abordaje terapéutico.

Habiendo mencionado como objetivo primordial de la Terapia Ocupacional la autonomía de las personas, consideramos necesario partir del concepto que los terapeutas ocupacionales tácita e inconscientemente albergan como lenguaje teórico y particular de la profesión. Para posteriormente llegar a conocer las modalidades; que basadas en áreas de incumbencia, marcos de referencia o modelos teóricos, intereses, expectativas, valores y principios personales; permiten y favorecen la expresión de la autonomía de las personas vulnerables.

Pretendemos, desde un enfoque puramente cualitativo, comprender el significado que otorgan a la expresión de la autonomía de las personas vulnerables y como creen que la favorecen en sus abordajes terapéuticos los Lic. en Terapia Ocupacional y Terapeutas Ocupacionales de las ciudades de Mar del Plata, Bahía Blanca Necochea y Buenos Aires.

Ofreciendo, durante la lectura de este trabajo, la posibilidad de descubrir o redescubrir en la cotidianeidad del quehacer profesional, cuestiones inherentes a la Terapia Ocupacional, que analizadas desde la esfera bioética se conviertan en conocimiento aplicable para ambas disciplinas, Bioética y Terapia Ocupacional, dentro del marco del conocimiento científico en general y como resultados posibles de este trabajo.

Intentamos orientar al lector en la organización de este trabajo, presentando a continuación la formulación del problema y los objetivos general y específicos. Posteriormente describir el estado actual de la cuestión; el marco teórico de este trabajo organizado en tres capítulos: Consideraciones básicas de la Bioética, Aspectos generales de la Terapia Ocupacional y Vinculación entre el principio de autonomía bioético y los aportes desde la Terapia Ocupacional. Continúan los aspectos metodológicos, las conclusiones y finalmente la bibliografía general y glosario.

Deseamos sinceramente que puedan disfrutar de este trabajo tanto como nosotros lo hicimos al elaborarlo.

BIBLIOGRAFIA.

- ASNARIZ, T. y JURIC, J. *Bioética: cuestiones abiertas. Inicio, desarrollo y fin de la vida humana.* -- Buenos Aires: Edit. Eledé, 1996.

PROBLEMA

¿ Qué significado tiene la autonomía de las personas vulnerables para los Lic. en Terapia Ocupacional/ Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Mar del Plata, Bahía Blanca, Necochea y Buenos Aires; en el período 2001-2002 ?
¿Creen que favorecen la expresión de la autonomía de las personas vulnerables a través de su abordaje terapéutico?

OBJETIVOS

General:

- Comprender el significado que otorgan los Licenciados en Terapia Ocupacional/ Terapistas Ocupacionales respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables y cómo creen que la favorecen a través de su abordaje terapéutico.

Específicos:

- Caracterizar el grupo de estudio en función de las áreas de incumbencia en T.O.; marcos de referencia, modelos teóricos o enfoques utilizados y actividades-ocupaciones implementadas en el abordaje terapéutico.
- Conocer las modalidades a partir de las cuales los Licenciados en Terapia Ocupacional/ Terapistas Ocupacionales favorecen la expresión de la autonomía de las personas vulnerables.
- Indagar sobre los conocimientos que tienen los Licenciados en Terapia Ocupacional/ Terapistas Ocupacionales acerca del principio de autonomía, desde la perspectiva bioética.

ESTADO ACTUAL.

El rastreo bibliográfico realizado nos ha permitido encontrar un importante número de publicaciones y artículos acerca del principio de autonomía bioético.

Desde diversas áreas, disciplinas o enfoques encontramos diferentes tipos de análisis y reflexiones acerca de él, principalmente en un contexto médico-asistencial y con relación al consentimiento informado.

Presentamos en primer lugar las publicaciones de Terapia Ocupacional que analizan la práctica de la disciplina desde un punto de vista ético y aquellas que, más vinculadas a este trabajo, reflexionan acerca de la autonomía. Y en segundo lugar, aquellos trabajos que desde otras disciplinas comprenden el principio de autonomía bioético como punto central de su análisis.

PUBLICACIONES EN TERAPIA OCUPACIONAL.

En una publicación de C.O.L.T.O.A. (1998) la Lic. en Terapia Ocupacional Alicia Storkiner describe el surgimiento histórico de los Derechos Humanos y el antagonismo actual entre su construcción conceptual y los hechos por los cuales son masiva y sistemáticamente violados: desigualdades sociales, ineficiente rol del Estado, inequidad en la distribución de recursos, ponderación económica sobre la vida, etc. Plantea sobre las formas aparentemente científicas que legitiman la desigualdad; y como el derecho a la salud e incluso a la vida está cuestionado por la inexorable escasez de recursos.

Las Lic. en Terapia Ocupacional Rossi, Campisi y Beecher plantean el interrogante acerca de si puede ser la Bioética un eje para reflexionar críticamente sobre la teoría y práctica de la Terapia Ocupacional. Afirman que "como terapeutas ocupacionales no escapamos (o no debiéramos escapar) a las transformaciones sociales, ideológicas o científicas (...) que sé vivencian en nuestro accionar dentro de las instituciones (...) y que nos mueven a la búsqueda de repuestas y propuestas alternativas".³ Plantean el desafío que ofrece la perspectiva bioética desde la interdisciplina y como "... las intervenciones en la vida humana, individual y social no pueden estar desarticuladas de una reflexión ético-moral profunda sobre las consecuencias, sean hechos o ideas"⁴.

Proponen tres niveles de reflexión, desde la macrobioética, la meso y la microbioética, como alternativas para dar respuesta en las situaciones concretas de los problemas ético-profesionales que se presentan.

La T.O. Liliana Sbriller en su libro *Introducción a la Terapia Ocupacional* se refiere a la ocupación humana y la ética profesional. Plantea los dilemas éticos que se presentan en la práctica profesional frente al paciente afectado en su salud sobre el que se pretende una reinserción ocupacional; las demandas del medio familiar y social sobre dicha posibilidad y el lugar ético del profesional a partir de su propia inserción profesional-institucional.

El trabajo presentado en las VIII Jornadas de Terapia Ocupacional llevadas a cabo en el Hospital Psicoasistencial J.T. Borda, *Salud,*

³ BEECHER, N; CAMPISI, M. A. y ROSSI, M. A. –"Ideologías y Realidades". , En: *Materia Prima*. Buenos Aires. Año 3. Nº 11. Pág. 16.

⁴ Ibid.

pobreza y niñez: encuadre bioético (Campisi, M.A), es la fundamentación desde el encuadre bioético de una investigación cuyo objetivo pretende contribuir al desarrollo de estrategias y atención de la salud que favorezcan el bienestar de los niños de alto riesgo social, desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud.

El análisis bioético realizado permite reflexionar sobre el concepto de persona, sus derechos y el derecho a la salud desde la meso hasta la macrobioética. Se describe la equidad, la eficiencia, la integración y la participación como condiciones necesarias para favorecer la promoción de la salud; no solo del niño en situación de pobreza, sino la de su familia y entorno dentro del contexto socioeconómico y cultural en el que les toca vivir.

Desde la Etica de la responsabilidad solidaria, se plantea desde la interdisciplina comprender la problemática de la salud de los niños que viven en la pobreza y hacer propuestas válidas para abordarla, en función de favorecer su desarrollo armónico, su bienestar, dignidad y calidad de vida.

Desde un lugar más concreto, la T.O. Silvia Destuet describe y analiza dos casos clínicos para reflexionar el principio de autonomía desde otra dimensión: la dimensión del sujeto desde el deseo, más allá de la dependencia-independencia a nivel físico. Propone como terapeutas ocupacionales colocarnos como sostén y soporte de una búsqueda que ayude al paciente a posicionarse como sujeto; dejando de lado las meras indicaciones para pasar a verdaderas intervenciones ocupacionales. Plantea el concepto de Hacer Significante, desde el cual, cualquiera sea el campo específico, se considere una ética que de lugar al Sujeto en el tratamiento.

La T.O. Sara Daneri, en un trabajo publicado recientemente, plantea como los valores, principios y normas éticas de quienes están vinculados al campo de la salud no están ajenos a las transformaciones económicas-financieras y científico-tecnológicas que afectan la realidad socio-política. En función de ello, los dilemas bioéticos se presentan como inevitables a la hora de tomar decisiones, por lo que la disciplina bioética aporta diferentes métodos para la solución de los conflictos de valores que se presentan.

Analiza la práctica en Terapia Ocupacional, desde la Ética Principalista, donde los problemas que se suscitan implican mayoritariamente los principios de beneficencia y autonomía. Destacando de la historia de la Terapia Ocupacional propósitos y objetivos a lograr, enmarcados en el principio de beneficencia.

Propone pensar cada abordaje a partir de la prescripción de objetivos de tratamiento que promuevan el lugar de sujeto en el proceso terapéutico; considerando ambos principios y la necesidad de sopesarlos de acuerdo a sus consecuencias.

Invita de esta manera, a hacer un recorrido a través de los aportes de la Bioética para re-pensar los deberes con la persona a atender y nuestro posicionamiento.

La misma autora, en un trabajo aún no publicado, titulado *La Autonomía en Terapia Ocupacional* intenta redescubrir, desde la bioética, el concepto de autonomía como objetivo central de la práctica en Terapia Ocupacional. Realiza un análisis de los diferentes aportes para comprender la autonomía, principalmente en el campo de la salud mental.

En primer lugar, desde la filosofía toma lo Aristotélico y su Teoría de la Virtud y por otro lado el Racionalismo Kantiano, como las dos vertientes fundamentales respecto del concepto de autonomía en un marco filosófico.

Desde la política, realiza un análisis de la autonomía en la antigüedad y en la modernidad, con la irrupción de los estados modernos y las libertades individuales.

En tercer lugar, desde la Bioética, adhiere a D. Gracia y desde allí, en función de la Etica Principalista correlaciona los principios bioéticos con las dos teorías filosóficas mencionadas anteriormente. Y finalmente, describe la autonomía desde las tres grandes líneas de trabajo de la Terapia Ocupacional: la perspectiva humanística, la perspectiva positivista y la perspectiva psicosocial; encontrando en esta última las posibilidades de inclusión del sujeto en el proceso de construcción de su propia autonomía.

A partir de una lectura crítica de la realidad en nuestro país; las Terapistas Ocupacionales y bioeticistas Junqueras y Sacerdote reflexionan acerca del ejercicio de la autonomía, condicionado por una realidad social e histórica.

La exclusión, la violencia, la desocupación y el ocio forzado como consecuencia son descriptos por las autoras como situaciones que promueven la falta de identidad, de significaciones y de estabilidad; generando de esta manera, en función del desamparo social, cuadros psicopatológicos de carácter endémico.

Señalan que la autonomía es una conquista; una condición humana intersubjetiva en función del reconocimiento de la propia identidad y de la identidad de los demás.

Como Terapistas Ocupacionales plantean transformar el tiempo vacío y sin sentido, en espacios creativos, en busca de respuestas y de construcción de una identidad ocupacional. Proponen a partir de talleres, estrategias que; basadas en relaciones simétricas sujeto-T.O., en el reconocimiento de los otros y en la reciprocidad; favorezcan y estimulen la conquista del ejercicio de la autonomía.

PUBLICACIONES DESDE OTRAS DISCIPLINAS.

Un trabajo presentado en las V Jornadas Argentinas de Bioética, del Departamento de Humanidades, Centro de Investigaciones Bioéticas de la Universidad Nacional del Sur (autores: Alvarez, Cauclini y Schmidt) define el término "autonomía" no solo como una facultad o condición de la persona, sino como una propiedad de las acciones realizadas intencionalmente, con conocimiento y sin coacción; la cual es imprescindible para justificar decisiones ético-biomédicas, así como para optimizar las relaciones médico-paciente.

Se plantea además que el principio (particular) de autonomía puede quedar supeditado a dos principios (de bien común) jerárquicamente

superiores como lo son el principio de justicia y no-maleficencia, ya que ambos son expresión del principio general de que todos los hombres son básicamente iguales y dignos de la misma consideración y respeto.

Desde una perspectiva bioética y jurídica, el Dr. Pedro F. Hooft en las citadas jornadas expuso un trabajo sobre la autonomía personal del paciente psiquiátrico. Profundiza sobre la autonomía definida en el Informe Belmont, específicamente sobre la cuestión vinculada a los grupos o personas vulnerables, cuya autonomía disminuida debe ser objeto de protección. Plantea el tratamiento psiquiátrico como aquel dirigido a maximizar y restablecer el ejercicio de la libertad personal afectada en la enfermedad mental; y defiende la participación del paciente en la toma de decisiones que atañen al tratamiento de su enfermedad o bien la recurrencia al consentimiento subrogado.

Meininger, Herman en su artículo *Autonomía y responsabilidad profesional en la atención de personas con discapacidades intelectuales* del libro *Perspectivas Bioéticas 9*, describe la relación entre la autonomía y la responsabilidad profesional.

En primer lugar, se aleja de la tradicional concepción filosófica y teológica occidental de autonomía definida a partir del comportamiento del sujeto (autodeterminación crítica, racional y reflexiva) para proponer una definición a partir de la concepción del yo, teniendo en cuenta la pasión y los sentimientos como fuentes de importante motivación en el individuo.

Plantea tres concepciones diferentes del autos para llegar a comprender la autonomía de las personas con discapacidades intelectuales; una en la que se concibe la autonomía como soberanía absoluta (autorrealización);

otra en donde la autonomía se concibe primordialmente como libertad: libertad para determinar la propia vida (emancipación). Y finalmente una última concepción donde despoja a la autonomía del halo que la erige como principio moral más elevado, para lograr descentralizarla.

Esta descentralización surge a partir de considerar el auto como inexistente sin el reconocimiento por parte de los semejantes; solo por medio de otro puedo convertirme en yo, en mí mismo.

Meininger cita a Agich quien afirma que "... ser autónomo no exige que uno pueda manifestar una decisión libre, idealmente racional y reflexiva; lo que se necesita es tener una identidad desarrollada".⁵ Identidad adquirida en las interacciones y que permite identificarse con las cosas que uno hace. Afirma que la autonomía es el fruto de las interacciones entre la persona y su situación, entre ella y otras personas; es un elemento de desarrollo dinámico de la identidad personal.

Meininger concluye que esta última y novedosa concepción de autonomía dentro de la práctica en salud, caracteriza la responsabilidad profesional a partir del diálogo, de una escucha cuidadosa e interpretación que permita descubrir la autonomía en la vida de una persona concreta.

En *Reflexiones sobre la vejez en el mundo contemporáneo miradas desde el principio de autonomía*, un grupo de bioeticistas y profesionales marplatenses, enmarcan el principio de autonomía en la Teoría de la Comunicación, destacando el imaginario social que se construye sobre la

⁵ MENINGER, H. *Perspectivas bioéticas 9*. – España: Edit Gedisa, 1º semestre de 2000. Pág. 66.

vejez como grupo etario y vulnerable, y su protagonismo en la economía de mercado actual.

En la reflexión sobre el concepto de autonomía, como una de las manifestaciones del ser persona, analizan la posibilidad de que ésta se convierta en competencia comunicativa, en tanto la persona autónoma, capaz de manifestar sus intereses lo hace siempre en complementariedad con los intereses del otro, en un espacio de diálogo que siempre implica al otro. Describen como a través del discurso social se construyen valorativamente significaciones que descalifican la vejez, que excluyen al anciano de sus posibilidades de argumentante válido en una sociedad cargada de asimetrías lejos de ser compensadas.

Finalmente relatan como experiencia enriquecedora la creación y desarrollo de un grupo de viejos, "Los Papelnonos", que se organizó autónoma y creativamente para emprender el diálogo a través de la música, el cuerpo y la palabra.

BIBLIOGRAFIA.

- ALVAREZ, F.; CAUCLINI, R Y SCHMIDT, P. *Concepto y jerarquización de la autonomía en la ética biomédica*. Material presentado y adquirido en la V Jornadas Argentinas de Bioética. Mar del Plata, 1999.
- ASNARIZ, T.; LARROCA, S. y OTROS. *Reflexiones sobre la vejez en el mundo contemporáneo miradas desde el principio de autonomía*. [en línea] <http://www.aghu.org/vejez.htm>. [22 de Marzo de 2002]
- BEECHER, N.; CAMPISI, Ma. A. y ROSSI, Ma. A. -- "Ideologías y Realidades". ,En: *Materia Prima*. Buenos Aires. Año 3. Número 11.
- CAMPISI, M. A.; "Salud, Pobreza y Niñez: encuadre bioético". Material presentado y adquirido en las VIII Jornadas de Terapia Ocupacional, Hospital Psicoasistencial J. T. Borda. Buenos Aires, 1998.
- DANERI, S. *Terapia Ocupacional. Iº Encuentro del Litoral. Entre cruzadas y paralelas*. -- Argentina: Edit. Universidad Nacional del Litoral, 2001.
- DESTUET, S. *Terapia Ocupacional. Encuentros y Marcas*. -- Buenos Aires: C.O.L.T.O.A. Grupo Editor, 1999.
- HOOFT, P. F. – "El respeto a la autonomía personal en la atención psiquiátrica: perspectivas bioéticas y jurídicas". , Material presentado y adquirido en las V Jornadas Argentinas de Bioética. Mar del Plata, 1999.
- JUNQUERAS, V. y SACERDOTE, A. *Bioética: reflexiones acerca de la autonomía en la realidad Argentina*. [en línea] Argentina: Interpsiquis.

26/02/02. <http://www.psiquiatría.com/artículos/ética/5659/> [22 de Marzo de 2002]

- MENINGER, H. *Perspectivas Bioéticas 9*. – España: Edit. Gedisa, 2000.

- SBRILLER, L. *Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos Conceptuales*. -- Buenos Aires: Edit. Catálogos, 1997.

- STORKINER, A. *Terapia Ocupacional. Reflexiones*. -- Buenos Aires: C.O.L.T.O.A. Grupo Editor, 1998.

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES BASICAS

DE LA BIOETICA.

SINTESIS HISTORICA DE LA BIOETICA EN EL MUNDO

El término BIOÉTICA, del griego *bios*, vida y *ethos*, ética; de treinta años de existencia, fue utilizado por primera vez en el libro *Bioética: Un puente hacia el futuro* (1971) de Van Rensselaer Potter, cancerólogo norteamericano. Este autor define su neologismo como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales.

Sin embargo, y tal como afirma Gafo Fernández, se está frente a un término nuevo para afrontar una realidad ya antigua; debido a que hasta el siglo XIX en Occidente, fue la moral católica quien se preocupó por los temas de la actual Bioética, fundamentalmente aquellos problemas suscitados por la praxis médica.

Pero en el contexto de sociedades progresivamente plurales donde las respuestas deben partir de una Bioética laica, y no plantearse únicamente en el marco de la religión; y en función del creciente desarrollo de las ciencias biomédicas, debemos ser partícipes, día a día, de la importante y necesaria existencia de esta joven y compleja disciplina, la Bioética.

Cabe no olvidar como antecedente, el Juramento de Hipócrates, recogido por la tradición occidental, en el que se condensan las obligaciones básicas que el médico deberá observar en el ejercicio de su profesión. Y que

constituye la inspiración de los primeros códigos deontológicos al constituirse las asociaciones y colegios de médicos en todo el mundo.

Siguiendo con los antecedentes de la Bioética, y desde una perspectiva norteamericana, país de origen de la disciplina; existieron numerosos acontecimientos mundiales que permiten comprender su historia. Pretendemos aquí sólo mencionarlos, sabiendo de la difusión y conocimiento de varios de ellos: experimentos humanos realizados por médicos nazis en los campos de concentración alemanes; la negativa a un tratamiento con antibióticos a un grupo de individuos de raza negra afectados por sífilis, a fin de estudiar el curso de la enfermedad, en la ciudad de Alabama. Hecho que dio origen a la creación en Estados Unidos de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, que marcó las directrices que deben presidir la experimentación con seres humanos, con un especial énfasis en el respeto a los miembros de los grupos más vulnerables. Luego de cuatro años intensos de trabajo, esta Comisión volcó sus investigaciones en el conocido Informe Belmont. En 1967 la realización del primer trasplante cardíaco en la Ciudad del Cabo; el caso de Karen A. Quinlan, joven norteamericana en estado de coma; el caso de Baby Doe, neonato con Síndrome de Down; la enseñanza de la Bioética en las Escuelas de Medicina; la Carta de los Derechos de los Enfermos (1972), que afirma cuatro derechos fundamentales del enfermo: a la vida, a la asistencia sanitaria, a la información y a la muerte digna. El pilar básico de la misma es el *consentimiento informado* y su resultado un alejamiento cada vez mayor de la ética médica hipocrática tradicional.

LA BIOÉTICA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Los antecedentes de la Bioética en nuestro país no son lejanos, a tal punto que nos permite el privilegio de escuchar debatir a sus iniciadores en nuestras universidades y en tantas jornadas nacionales e internacionales de las que formemos parte.

Si tomamos como referencia un orden cronológico debemos mencionar en 1972 la creación del Instituto de Humanidades Médicas en la ciudad de La Plata, que posteriormente dio lugar a la fundación de la Cátedra de Humanidades Médicas en la Universidad Nacional de dicha ciudad, en 1980. Importante labor en docencia e investigación en manos del Dr. José Alberto Mainetti.

En 1986 se crea en dicho Instituto el CENAREBIO, Centro Nacional de Referencia Bioética, cuyo objetivo es promover los estudios bioéticos en el país; y como iniciador para la constitución de otros grupos similares en Buenos Aires, Tucumán, Mendoza y Mar del Plata.

A partir del CENAREBIO se desarrollan tres importantes instituciones bioéticas: en 1987 el Comité de Ética del COE (Centro Oncológico de Excelencia); la Escuela Latinoamericana de Bioética de la Fundación Mainetti y la Federación Latinoamericana de Instituciones Bioéticas, FELAIBE.

Más recientemente en la Universidad Nacional de Mar del Plata se ha constituido un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, cuyo trabajo se concretizó en el diseño de un curso de posgrado de especialización

en Bioética y la organización de las Primeras Jornadas Marplatenses de Bioética, en marco del VI Simposio Internacional de Bioética (diciembre de 1988); donde se constituyó el Primer Grupo de Estudios Iberoamericanos de Bioética.

“El interés público y académico por los temas bioéticos es sensible en los años `80, con la generalización de las nuevas tecnologías médicas (cuidados intensivos, trasplantes, reproducción asistida) y el advenimiento de los gobiernos democráticos en la Región. Por un lado, se observa una creciente intervención judicial en casos médicos, debido quizás al distanciamiento que el especialismo pone entre el profesional y el paciente. Por otro lado, se da la rehabilitación académica de la filosofía práctica, moral y política, aplicada a la medicina...”⁶ así, de palabras del Dr. Mainetti aprehendemos sobre el movimiento bioético en América Latina del cual Argentina es parte integrante.

Pero aún el trayecto por recorrer en nuestro país es largo y difícil; los temas de Bioética no circulan mucho más allá de centros especializados, hospitales e instituciones privadas para la atención de la salud; las publicaciones, aunque en aumento, son esporádicas y la carencia de normas jurídicas que legislen los avances científico-técnicos aplicados sobre seres humanos describen el panorama de la Bioética en la Argentina.

⁶ MAINETI, J. A. *Estudios bioéticos*. – La Plata: Edit. Quirón, 1993. Pág. 153

BIOÉTICA, UNA ÉTICA APLICADA

Los orígenes de la ética se remontan a cuatro conocidas teorías filosóficas: la Teoría de la Virtud (Aristóteles), Deontologismo (Kant), Utilitarismo (Stuart Mill) y la Ética Discursiva (Apel).

En la reciente Bioética, surgida de la concurrencia entre el área ético-filosófica y las ciencias biológicas y del comportamiento; se cristalizan las características de la teoría de Apel: la comunicación intersubjetiva, la posibilidad de discutir y consensuar soluciones, la simetría de las partes y la flexibilización dentro de los diferentes contextos. Aunque considerada como idealista, esta teoría pretende seguir siendo un punto de referencia de la Bioética aplicada; especialmente en el campo de las ciencias de la salud.

Siguiendo a Asnárez, T. y Juric, J. el enfoque bioético actual se caracteriza por un trabajo interdisciplinario destinado a la búsqueda de consensos frente a dilemas a través del diálogo, la argumentación y la completa información; en un marco de respeto a la vida y de responsabilidad solidaria en las intervenciones profesionales.

Ampliando el concepto de interdisciplinariedad surge la noción de transdisciplinariedad capaz de imponer su autoridad a las disciplinas particulares a fin de conjugar saberes que posibiliten un enfoque bioético común.

Concluimos así, con la definición del concepto de Bioética del Grupo de Psicobiología de la Universidad Nacional de Mar del Plata: *ética aplicada que analiza argumentativamente, intertransdisciplinariamente*

toda su amplitud, y a la diversidad de paradigmas de valores existentes en la sociedad actual. El análisis busca con responsabilidad solidaria llegar a consensos donde prime el respeto por la dignidad humana y la vida en general, tanto presente como venidera.

Adherimos también a la idea de que "... la realidad bioética es una realidad holística y además dinámicamente espiralada, ya que todos los elementos de reflexión que sirven al presente van haciendo emerger el potencial implícito en ellos urgidos por las próximas situaciones dilemáticas que ya están señalando las novedades tecnocientíficas..."⁷

PRINCIPIOS DE LA BIOETICA

Los tres grandes principios de la Bioética son el principio de beneficencia y no maleficencia, principio de justicia y principio de autonomía.

Subyacen como contenido en la Declaración de los Derechos Humanos; y su finalidad es permitir el análisis de los problemas bioéticos en función de los mismos y de sus procedimientos derivados (confidencialidad, veracidad, consentimiento informado y políticas en salud).

Dentro de este análisis, los principios entran en conflicto según la primacía que se le otorgue a cada uno; y en donde las respuestas surgirán desde un nivel particular, a partir de las teorías a las que uno adhiera como profesional y en un nivel más general, a partir de la cultura de la que formemos parte.

⁷ ASNARIZ, T. y JURIC, J. Op. Cit. Pág.34.

Principio de Beneficencia y No Maleficencia

De carácter utilitarista, derivan del antiguo Juramento Hipocrático.

Beneficencia, del latín *bonum facere*, "hacer el bien". Implica "... la exigencia ética de hacer el bien y que los profesionales de la salud pongan sus conocimientos, su capacidad de relación humana, su humanidad, al servicio de la persona que vive el trance siempre doloroso y angustioso de la enfermedad."⁸

No Maleficencia, del latín *non malum facere*, "no hacer daño". "Es la exigencia ética primaria de que..." (los profesionales de la salud) "... no utilicen sus conocimientos o su situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño."⁹

Cabe mencionar la singularidad que Diego Gracia le otorga a la familia como una *institución de beneficencia*, en tanto que la caracteriza como "... un proyecto de valores, una comunicación de ideales..."¹⁰ que significan la beneficencia del niño, en búsqueda siempre de su mayor beneficio.

La crítica a este principio es el paternalismo; que se actúe sin que el paciente decida aceptar el bien que se le quiere hacer, es decir, sin consentimiento e incluso en contra de su voluntad.

⁸ GAFO FERNANDEZ, J. *10 Palabras claves en bioética*. – Estella, Navarra: Edit. Verbo Divino, 1997. Pág. 26.

⁹ Ibid. Pág. 25.

¹⁰ GRACIA, D. *Ética de los confines de la vida. Estudios de Bioética 3*. -- Bogotá: Edit. El Búho. Pág. 204.

Principio de Justicia

Representa un equilibrio entre la teoría utilitarista y deontológica.

"...es el principio ético del orden social, la estructura moral básica de la sociedad que condiciona la vida de los individuos."¹¹

En el ámbito de la asistencia sanitaria este principio se entiende como justicia distributiva y comparativa, cuyo contenido, basado en el concepto de equidad, se refiere a una imparcialidad en la distribución de los recursos escasos.

Según Mainetti, la conquista de la Bioética es la justificación del derecho a la salud mediante el principio de justicia; que implica la no discriminación en función de criterios económicos, sociales, raciales, religiosos, etc.

Cabe mencionar, tres corrientes que en la actualidad definen el principio de justicia: la corriente igualitaria que enfatiza el mismo acceso a los bienes primarios, *darle a todos lo mismo*; la corriente libertaria que enfatiza los derechos a la libertad social y económica, *darle aquello que en condiciones libres ha podido conseguir*; y la corriente utilitarista que enfatiza un equilibrio de las dos corrientes mencionadas, maximizando la utilidad pública y privada.

Habiendo realizado una breve síntesis del principio de beneficencia y no maleficencia y del principio de justicia pretendemos ahora profundizar sobre el principio de autonomía, parte fundamental de este trabajo de investigación.

¹¹MAINETTI, J. A. *Bioética Sistemática*. – La Plata: Edit. Quirón, 1991. Pág. 47.

Principio de autonomía

De carácter deontológico; deriva de las Cartas de los Derechos de los Enfermos.

Autonomía, del griego *autos*: uno mismo y *nomos*: gobierno propio o autodeterminación.

Evolutivamente para comprender el concepto de autonomía, se pueden mencionar dos teorías tradicionales: la teoría racionalista de Kant "... que por ser sujetos morales, autolegisladoras y fines en sí misma, las personas tienen derecho al respeto de las decisiones que tomen sobre las acciones que afecten a su salud, tan y como en otros aspectos de su vida."¹²; y la teoría libertaria de Stuart Mill "...que dirá que una persona es autónoma si es competente (capaz), está adecuadamente informada y libre de coacción externa".¹³

En la actualidad, hablar del principio de autonomía nos remite al principio de respeto por las personas y a la dignidad humana como valor fundante. Es relevante señalar que el ser humano entra en la categoría de persona al ser "... concebido como ser único e irrepetible que requiere una esfera de libertad que le permita desarrollarse individual y socialmente en forma responsable, que (...) no se enfrenta al mundo con indiferencia sino que emite juicios de valor a través de los cuales estima y discierne lo que las cosas

¹² MANZINI, J. L. y SALVADOR, H. – "La autonomía del paciente y el consentimiento informado". , En: *Revista Quirón*. La Plata. Pág. 42.

¹³ Ibid. Pág. 42.

significan para él ..."¹⁴. Esto presupone la idea de hombre como fin en sí mismo y desde la Bioética como sujeto moral autónomo.

Desde una perspectiva dialógica, Apel considera a la persona "...como un interlocutor válido, miembro de una comunidad ideal de argumentantes..."¹⁵

La ética apeliana entiende "...que la autonomía es competencia comunicativa, lo que se traduce como capacidad de la persona para exponer y defender sus intereses en una comunidad de argumentantes y a través de un diálogo en condiciones de validez. En esa comunidad debe respetarse la autonomía pero también debe existir la capacidad por ponerse en el lugar del otro, deben tematizarse las asimetrías y compensarse las diferencias..."¹⁶

Asimetrías y diferencias inherentes a la interacción social, fundamentalmente en el ámbito de la salud, donde es necesario, adhiriendo a los autores, la modificación del contexto ya que las asimetrías no invalidan el diálogo, lo que lo desnaturaliza es la falta de reciprocidad entre las partes, la empatía.

Luego de haber conceptualizado al ser humano y referirnos sintéticamente al principio de autonomía desde distintas corrientes teóricas, pretendemos acercarnos a una noción de autonomía dentro del contexto de las ciencias de la salud.

¹⁴ ZANNIER, J.; HOOFT, P.; DI DOMENICO, C. y OTROS. *Bioética. Temas y Perspectivas*. – EUA : OPS, 1990. Pág. 123.

¹⁵ ASNARIZ, T.; LARROCA, S. y OTROS. *Reflexiones sobre la vejez en el mundo contemporáneo miradas desde el principio de autonomía*. [en línea] [http:// www.aghu.org/vejez.htm](http://www.aghu.org/vejez.htm). [22 de marzo de 2002] Pág. 1 y 2.

¹⁶ Ibid. Pág. 1 y 2.

Consideramos entonces a la autonomía como una condición inherente a todos los seres humanos que capacita para el ejercicio de su libertad; concretizada en elecciones y acciones, de acuerdo a valores, creencias e idiosincrasia particular.

Diego Gracia se refiere al *acto de elección autónoma* y lo caracteriza siguiendo las condiciones planteadas por Faden y Beauchamp:

- Intencionalidad: se refiere a una acción que es querida de acuerdo con un plan. Pudiendo ser los actos intencionales o no intencionales.
- Conocimiento: es la "...comprensión sustancialmente autónoma (...) que describe la naturaleza de la acción y las consecuencias previsibles y posibles resultados que puedan derivarse de ejecutar o no la acción."¹⁷ Implica necesariamente disponer, con anterioridad, de una información suficiente.
- Ausencia de control externo: caracterizada en orden decreciente por la coerción, la manipulación y la persuasión. Y la ausencia de control interno o limitaciones personales.
- Autenticidad: "...un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente."¹⁸ Es de destacar, que dicho sistema de valores y actitudes no son estables ni permanentes en la vida de un sujeto, situaciones tales como el enfermar pueden modificarlos.

¹⁷ GRACIA, D. *Fundamentos de Bioética*. – [s. l.], [s. n.]. Pág.184.

¹⁸ Ibid.

Estas condiciones se reflejan especialmente al introducimos en el consentimiento informado como regla moral que particulariza el principio de autonomía. Diego Gracia lo define como el derecho que permite al paciente obtener la información necesaria para hacerse una idea objetiva y correcta de su estado de salud y sea capaz de decidir sobre los procedimientos a seguir en su caso concreto. Por lo tanto las características del consentimiento informado son la revelación y búsqueda de información suficiente y adecuada; la competencia para entender dicha información y la voluntariedad para consentir autónomamente.

Han sido mencionados reiteradamente los conceptos de capacidad y competencia, por lo que creemos válido una aclaración que los signifique dentro del contexto de las intervenciones terapéuticas.

La capacidad para el ejercicio de la autonomía (marco legal) o la competencia para actuar autónomamente (sentido bioético) implica el grado de posesión de habilidades que le permitan a la persona decidir, expresar y actuar en las cuestiones referidas a su propia salud. Entendida ésta "... como valor y como derecho humano fundamental..."¹⁹. Deben considerarse dichos conceptos de manera flexible y ser evaluados particularmente en cada caso; ya que adhiriendo a Aída Kemelmajer de Carlucci, una persona puede tener aptitud para decidir sobre ciertas cuestiones y no sobre otras, ya que no siempre es necesario el mismo grado de comprensión y argumentación.

Entendemos que estas habilidades están sujetas a variación; mencionando como posibles factores de cambio el grado de madurez (no

19 HOOFT, P. – "El respeto a la autonomía personal en la atención psiquiátrica: Perspectivas bioéticas y jurídicas"., En: Rev. Jurisprudencia Argentina. Buenos Aires. Nº 6218. Pág. 55.

necesariamente coincidente con la edad); la historia personal y familiar, el contexto social, el tipo y evolución de la enfermedad, la actitud del profesional responsable, etc.

De esta manera la autonomía se combina con el concepto de competencia, pero uno no implica necesariamente al otro; ya que la autonomía disminuida en una situación de vulnerabilidad no conlleva necesariamente a la incapacidad de actuar competentemente y viceversa.

Tratamos, entonces, de entender a la autonomía, no como un concepto absoluto que implique poseerla o no; sino como una condición que admite grados y está sujeta a variación.

Podemos mencionar el desarrollo de la capacidad de ejercer la autonomía en el caso de los niños que nos remite legalmente a la Patria Potestad (emancipación por edad); o bien la disminución en la posibilidad de ejercerla a causa de diferentes factores que colocan a la persona en situación de vulnerabilidad respecto de sus posibilidades de expresar o manifestar su autonomía.

Es evidente que una cosa es ser autónomo como persona y otra ser respetado como tal. Este respeto implica el reconocimiento de las capacidades y perspectivas particularizadas y evaluadas en cada caso, expresadas en decisiones y acciones auténticas, siempre que no peligren la autonomía de otras personas.

A modo de conclusión de lo hasta aquí expuesto, pensamos que no siempre se trata de defender y priorizar la autonomía según una línea liberal

de pensamiento; sino de asumir una actitud reflexiva y tolerante de las discrepancias, propia de las sociedades democráticas y del modelo bioético actual.

La autonomía, junto a la beneficencia y a la justicia forman un todo significativo a favor de la vida, la salud y el bienestar. Y cualquiera sea el principio que se privilegie sobre los demás, tendrá el influjo de la cultura y el respeto a la dignidad de la vida humana.

BIBLIOGRAFIA.

- ASNARIZ, T. y JURIC, J. *Bioética: cuestiones abiertas. Inicio, desarrollo y fin de la vida humana.* -- Buenos Aires: Edit. Elebé, 1996.
- ASNARIZ, T. ; LARROCA, S. y Otros. *Reflexiones sobre la vejez en el mundo contemporáneo miradas desde el principio de autonomía.* [en línea] <http://www.aghu.org/vejez.htm> [22 de marzo de 2002].
- GAFO FERNANDEZ, J. *10 Palabras claves en Bioética.* -- Estella, Navarra: Edit. Verbo Divino, 1997.
- GRACIA, D. *Etica de los confines de la vida. Estudios de Bioética 3.* -- Bogotá: Edit. El Búho.
- GRACIA, D. *Fundamentos de Bioética.* -- Madrid: Edit. Eudema, 1989.
- HOOFT, P. -- "El respeto a la autonomía personal en la atención psiquiátrica: Perspectivas bioéticas y jurídicas". ,En: *Revista Jurisprudencia Argentina.* Buenos Aires. Número 6218.
- MAINETTI, J. A. *Bioética Sistemática.* -- La Plata: Edit. Quirón, 1991.
- MAINETTI, J. A. *Estudios bioéticos.* -- La Plata: Edit. Quirón, 1993.
- MANZINI, J. L. y SALVADOR, H. -- "La autonomía del paciente y el consentimiento informado. Elemental análisis histórico y conceptual. Estado actual y perspectivas en la Rep. Arg.". , En: *Revista Quirón.* La Plata.

- ZANIER, J.; HOOFT, P.; DI DOMENICO, C. y otros. *Bioética. Temas y perspectivas*. -- EUA: OPS, 1990.

CAPITULO II

ASPECTOS GENERALES

DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.

Pretendemos en esta segunda parte describir los conceptos generales de la Terapia Ocupacional a fin de conocer y comprender los aportes desde esta disciplina respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética.

Concebimos la Terapia Ocupacional como una disciplina surgida originariamente en el área de la salud, que con el correr de los años se ha introducido en el ámbito educativo, laboral, comunitario, minoridad, judicial y otros.

Su objeto de estudio es la *actividad humana*; entendida esta como "... todos los procesos del hacer humano que lo relacionan consigo mismo, con los objetos y con los otros"²⁰ ; independientemente de la metodología que se emplee para estudiarla e instrumentarla.

No es nuestra intención describir la Terapia Ocupacional desde un determinado marco conceptual; por lo que adherimos a lo expuesto por la T.O. Liliana Sbriller quien sostiene que dada la diversidad de los problemas y lugares sobre los que opera el terapeuta ocupacional parece que no pueda esperarse que una teoría única guíe todas las acciones profesionales. El terapeuta ocupacional debe seleccionar y usar inteligentemente aquellas teorías que respondan a la singularidad del campo donde se desarrollan sus acciones y a la problemática que desea abordar. SIN DESCONOCER LA ESPECIFICIDAD

Destacamos también dos variables que intervienen en la Terapia Ocupacional como práctica profesional; por un lado el contexto socio-

²⁰ VEYRA, M. E. y PATRIZI, A. *La actividad, otra manera de comunicar*. Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social, UNMdP. Pág. 4.

económico, cultural e histórico; y por otro lado la historia del profesional que signada de valores y principios determina un posicionamiento ético particular.

Para entender el proceso terapéutico desde Terapia Ocupacional, en el que intervienen el terapeuta ocupacional, la actividad como recurso terapéutico y el paciente; consideramos fundamental reflexionar acerca de la noción de sujeto "... cargado de intencionalidad y que tiene una visión de la realidad concreta en la que vive, que es un sujeto protagonista, un sujeto activo, creativo, capaz de transformar su medio ambiente, y capaz de modificarse a sí mismo"²¹. Sujeto que arrastra una historia de vínculos y que encuentra en el proceso terapéutico la oportunidad de ensayar, aprender y modificar nuevas modalidades vinculares, tanto con el terapeuta como con la actividad.

Compartimos aquí los conceptos de Liliana Paganizzi en su libro "Terapia Ocupacional Del Dicho al Hecho" al plantear como vínculo terapéutico las relaciones que se establecen entre los elementos (terapeuta ocupacional, paciente y actividad) del proceso terapéutico.

Vínculo terapéutico que sucede en un espacio particular denominado encuadre, delimitado por el tiempo, el espacio y el rol técnico; y organizado por las condiciones del paciente y las actitudes del terapeuta.

El paciente aporta la característica particular de su problemática explícitamente o no, y su necesidad, según Pichón Riviere, es lo que empuja hacia la búsqueda del otro (terapeuta).

²¹ CAMPANE, M.C.; PEREZ, M. T. y VENNERRA C. A. *Tesis: El taller participativo de radio dirigido a la acción*. Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social. UNMdP. Pág. 22.

Espacio de encuentro en donde "... el terapeuta intentará proponer una relación de ayuda organizada a favor de la autonomía del paciente"²². Y donde la eficacia de sus intervenciones se reflejará en el respeto por la subjetividad de cada paciente; la consideración de sus intereses y la convicción de que toda persona merece vivir dignamente.

Finalmente nos referiremos a la actividad humana, habiéndola mencionado ya como uno de los elementos organizadores del proceso terapéutico.

Nos parece conveniente aclarar aquí que los siguientes conceptos: actividad, ocupación, medio terapéutico, hacer saludable, acción, son considerados en este trabajo como sinónimos. Aunque no desconocemos la existencia de significados específicos y particulares para estos términos de acuerdo al modelo teórico al que se haga referencia.

Citando a Berenice Francisco coincidimos en considerar que el uso de la actividad puede ser conceptualizado como Terapia Ocupacional, cuando se satisfacen los siguientes requisitos:

"En primer lugar, es necesario que la actividad humana sea entendida en cuanto al espacio para crear, recrear y producir un mundo humano. Que este sea repleto de simbolismo, es decir que la acción no sea meramente un acto biológico sino un acto lleno de intenciones, voluntades, deseos y necesidades."²³ Respecto de esto Sbriller aclara, que el acto tiene un carácter consciente dado por la intención y la voluntad; pero agrega un punto inconsciente otorgado por el deseo.

²² PAGANIZZI, L. y OTROS. *Terapia Ocupacional: Del Dicho al Hecho*. – [s. l.], [s. n.]. Pág.60.

²³BERENICE FRANCISCO. *Terapia Ocupacional*. – [s. l.], [s. n.] Pág. 11.

“En segundo lugar, no basta hacer, hacer y hacer, acreditando que con el simple curso de las cosas habrá modificaciones. El hacer debe acontecer a través del proceso de identificación de las necesidades, problematizaciones y superación del conflicto.

En tercer lugar, no existen recetas mágicas (actividades mágicas) ni técnicas específicas que garanticen que estamos realmente resolviendo el problema.”²⁴ Nuevamente Sbriller afirma que el tratamiento de Terapia Ocupacional transita por la reflexión y la singularidad de cada caso y cada grupo social.

“En cuarto y último lugar, es necesario un profesional preparado, cuya tarea es la de disponerse, también como un instrumento o recurso terapéutico (...) para movilizar (...) el conflicto para su superación.”²⁵

La instrumentación de actividades implica el uso de materiales, herramientas, equipo, elementos y accesorios, cada uno de estos con posibilidades y limitaciones peculiares; el conocimiento de técnicas que determinarán un código de ejecución; el análisis, selección y graduación de acuerdo a los objetivos terapéuticos planteados y a los logros esperados; y una propuesta de comunicación, expresión y aprendizaje.

Tomamos conceptos desarrollados por Liliana Paganizzi para presentar la actividad como un espacio de comunicación. Durante la realización de una actividad con la participación de materiales, técnicas y herramientas, se

²⁴ Ibid. Pág. 11

²⁵ Ibid. Pág. 11 y 12.

abre un campo de significaciones, de artificios lingüísticos y no lingüísticos, un lenguaje verbal y analógico, de palabras y acciones, explicitados en una multiplicidad de signos: movimientos, gestos, traslados en el espacio, conexión con materiales, construcción de algún objeto para algo o alguien, silencios, palabras, etc. Vislumbrando que no todo lo que se hace se puede nombrar y no por ello dejar de producir efecto.

La actividad como medio de expresión se ofrece como facilitadora para conocer modos de vivir, costumbres, hábitos y pautas culturales; para comprender valores, deseos, sentimientos, intereses y creencias; para descubrir habilidades latentes, capacidades y potencialidades de la persona. Estas posibilidades de expresión y la decodificación de estos mensajes por el terapeuta buscan la posibilidad de expresión de la identidad del sujeto.

La actividad como aprendizaje ofrece informaciones intero y exteroceptivas, así como experiencias afectivas y cognitivas. Lo que implica necesariamente al paciente como participante activo y al terapeuta como modulador de las exigencias de la actividad y de las capacidades del paciente.

La relación Terapeuta Ocupacional, paciente y actividad sucede en el "aquí y ahora" como un proceso de cambio y transformación personal, a partir de encontrar en el proceso terapéutico nuevas modalidades de comunicación, expresión y aprendizaje.

Coincidiendo con lo planteado por Liliana Paganizzi el desafío para el terapeuta sería, entonces, identificar las propuestas que hace la actividad, identificar las necesidades del paciente y hacer una propuesta tal que

el encuentro actividad-paciente se constituya en un espacio que resulte terapéutico.

De esta manera: " el proyecto concretado en un objeto tiene una historia particular de los encuentros y desencuentros entre los tres elementos Terapeuta Ocupacional, paciente y actividad."²⁶ Aunque "... no es el proyecto terminado lo que nos habla del paciente sino el proceso del "hacer" su modalidad, su intención y su destino. Toda la actividad del ser humano, comunica, habla acerca de él."²⁷

Para concluir creemos importante definir a la Terapia Ocupacional a partir de la conceptualización dada en la realización de este trabajo:

La Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo objeto de estudio y medio de intervención es la actividad del ser humano en relación con su capacidad física, psicológica, de interacción social y cultural.

Análisis e intervención del terapeuta ocupacional que comprometido con un posicionamiento ideológico, conducen su práctica terapéutica hacia un desarrollo global armónico del hombre, hacia una calidad de vida inseparable de la historia personal dentro de un contexto ético, político, social, cultural y económico; respetando la autonomía y la dignidad humana.

²⁶ VEYRA, M. E. y PATRIZI, A. Op. Cit. Pág. 4

²⁷ Ibid.

BIBLIOGRAFIA.

- BERENICE FRANCISCO. *Terapia Ocupacional*. -- [s. l.], [s. n.].

- CAMPANÉ, M. C.; PEREZ M. T. y VENNERA C. A. *Tesis: El taller participativo de radio dirigido a la acción*. Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, UNMdP.

- PAGANIZZI, L y otros. *Terapia Ocupacional "Del Dicho al Hecho"*. – [s. l.], [s. n.].

- VEYRA, M. E. y PATRIZI, A. *La actividad, otra manera de comunicar*. Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP.

CAPITULO III

***VINCULACION ENTRE EL PRINCIPIO
DE AUTONOMIA BIOETICO Y LOS
APORTES DESDE TERAPIA
OCUPACIONAL.***

A partir de los capítulos desarrollados anteriormente, nos proponemos para finalizar nuestro marco teórico, reflexionar acerca de las relaciones entre la disciplina bioética, particularmente lo que respecta al principio de autonomía y los aportes que desde la Terapia Ocupacional amplían y promueven la concientización de criterios éticos, necesariamente presentes y no siempre explicitados dentro del proceso terapéutico.

Como profesionales de la salud queremos destacar la óptica desde la cual comprendemos los conceptos de salud y enfermedad intrínsecamente vinculados al concepto de persona, lo que nos permitirá con posterioridad abordar el concepto de persona vulnerable que, como aporte desde la bioética, atraviesa significativamente la práctica en Terapia Ocupacional.

Profundizando la concepción de ser humano mencionada en el primer capítulo, pretendemos caracterizar la complejidad y riqueza del mismo para entrar en la categoría de persona.

La persona se nos presenta cotidianamente como una incógnita, algo a descubrir, por su naturaleza única, irrepetible, lábil, creativa, proyectiva; por su singular individualidad. Dichas características se fenomenalizan en conductas que generan una multiplicidad de comportamientos no siempre del todo convencionales y no por ello factibles de ser comprendidos dentro de un contexto determinado.

Inherente a la condición humana "... consideramos la salud como una situación multideterminada en la que el hombre está en condiciones

de obtener los medios para asegurar su subsistencia, un desarrollo global armónico y en creciente complejidad, tanto individual como de su medio ambiente físico y sociocultural, a través de relaciones de intercambio y mutua transformación."²⁸ Por lo tanto es indispensable para la concreción de los proyectos de vida que están íntimamente ligados a los valores apprehendidos.

Adhiriendo a los autores citados anteriormente, hablamos de enfermedad al referirnos a las limitaciones subjetivas y/u objetivas que posee una persona o grupo para asegurar su subsistencia y desarrollo según su propia valoración y la del grupo social al que pertenece.

Con esta definición pretendemos desligarnos de las tradicionales y parcializadas concepciones de enfermedad y adentrarnos en el *concepto bioético de vulnerabilidad*.

Hasta aquí nos hemos referido reiteradamente con el término paciente, a los fines de una clara comprensión de este trabajo, a quienes consideramos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, la que no necesariamente implica la presencia de patología.

Quienes se encuentran en esta situación o que consideramos personas vulnerables son todos aquellos que por diferentes circunstancias (edad, patología, crisis emocionales, situación socioeconómica adversa, factores ambientales desfavorables, etc.) presentan disminuida su autonomía y por ende la posibilidad de expresarse autónomamente.

²⁸ BEECHER, N y ROSSI, M. A. – "Salud- Práctica Terapéutica". , En: Materia Prima. Buenos Aires. Año 3. Nº 11. Pág. 19.

En la actualidad la Terapia Ocupacional se encuentra en un fuerte replanteo filosófico, teórico y de ejercicio profesional. No únicamente por sus limitaciones y carencias, sino porque en sus intentos de dar respuesta desde un principio integrador a la realidad de la persona, de por sí problematizadora; se debilitan los objetivos esenciales que la significan como disciplina terapéutica. En su esencia la Terapia Ocupacional intenta construir un espacio dialógico que promueva la autonomía de la persona en función de los diferentes modelos teóricos y las diversas áreas de incumbencia.

Entendemos entonces, que el posicionamiento que guíe cada intervención terapéutica pretende logros como la independencia, la funcionalidad, el autovalimiento, la inserción social y laboral, etc.; interpretados como potenciales intentos de expresión de la autonomía, desde una perspectiva bioética.

Haciendo referencia a las características que hacen a la subjetividad de cada persona y reflexionando acerca de los recursos técnicos y modalidades con los que interviene Terapia Ocupacional en situaciones de vulnerabilidad, creemos que a nuestra disciplina no le es ajeno el pensamiento bioético, si compartimos que es capaz de aportar elementos propios para favorecer la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, así como para promoverla y potenciarla.

Es nuestra intención describir los elementos que prioriza la Terapia Ocupacional para interpretar, en el transcurso de cada encuentro, la expresión de la autonomía.

Si entendemos que la autonomía, como principio bioético, subyace en la realidad cotidiana del acontecer terapéutico, la misma se despliega cada vez que se presentan posibilidades de entender y comprender los objetivos terapéuticos y las técnicas implementadas para el logro de los mismos, las indicaciones terapéuticas y los beneficios que representarán el cumplimiento del tratamiento en su vida cotidiana. Beneficios que no siempre implican un nivel de superación respecto del estado actual, sino que apuntan a favorecer la calidad de vida.

Así mismo, cuando en el proceso terapéutico, la persona vulnerable tiene la posibilidad de elegir y decidir participar y permanecer en dicho proceso, cuando puede variar las modalidades de las técnicas implementadas, elegir las actividades que de acuerdo a sus intereses resulten terapéuticas y decidir el término y la finalidad de la propuesta terapéutica. En un encuadre de participación activa del paciente pero delimitado por el conocimiento, la formación y actitud del terapeuta

También la autonomía se objetiviza en las posibilidades del "hacer"; hacer terapéutico que se concretiza a través de las técnicas de abordaje, de las modalidades elegidas y de las actividades terapéuticas.

Y finalmente a partir de las posibilidades de vincularse afectivamente al promover vínculos terapéuticos significativos entre los elementos del proceso terapéutico, respetando y facilitando la expresión de la autonomía de la persona vulnerable.

Para concluir, pensamos que la necesidad de cumplir académicamente con el requisito de la tesis de grado, nos ofrece la oportunidad de profundizar aspectos éticos inherentes a la Terapia Ocupacional y con ello re-pensar alternativas para enriquecer las intervenciones desde nuestra disciplina.

Como terapeutas ocupacionales, la propuesta es comprometernos ideológicamente con la Bioética, a fin de que los principios bioéticos y la lectura particular que de los mismos puede hacer la Terapia Ocupacional promueva una actitud reflexiva que permita abordarlos en cada encuentro con el paciente.

Queremos aclarar que la intención de haber desarrollado nuestro trabajo en base al principio de autonomía, no resta importancia al principio de beneficencia, por el cual el Terapeuta Ocupacional provee los recursos necesarios para facilitar la expresión de la autonomía, así como para promoverla y potenciarla.

Para finalizar, compartimos la siguiente cita con el propósito de generalizar una actitud de reflexión y responsabilidad solidaria: "Considerar a las personas, destinatarios de nuestras acciones profesionales, como interlocutores válidos, implica valorar su condición de ser humano digno (dignidad humana) y por lo tanto, digno de ser escuchado, digno de ser atendido en la toma de decisiones (autorrealización personal), de ser respetado en sus ideales siempre y cuando no afecten la vida de los otros hombres"²⁹.

²⁹ BEECHER, N.; CAMPISI, M. A. y ROSSI, M. A. Op. cit. Pág. 16.

BIBLIOGRAFÍA

- BEECHER, N.; CAMPISI, M. A. y ROSSI, M. A. -- "Ideologías y Realidades". , En: *Materia Prima*. Buenos Aires. Año 3. Número 11.

- BEECHER, N. y ROSSI, M. A. -- "Salud – Práctica Terapéutica". , En: *Materia Prima*. Buenos Aires. Año 3. Número 11.

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Si entendemos que "el enfoque cualitativo es el método que mejores oportunidades ofrece para acceder a la comprensión y entendimiento del *proceso de vida* que los sujetos hayan podido experimentar respecto de algún fenómeno en el que han participado como protagonistas"³⁰; y que *proceso de vida* equivale "... a un proceso de cognición experimentado/construido y que el sujeto nos puede revelar a través del habla, de su habla concreta y completa"³¹; podemos comprender, entonces, porque la naturaleza de nuestra investigación es indudablemente **cualitativa**.

Nuestro interés es explorar en profundidad acerca de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables en el abordaje de Terapia Ocupacional, desde una perspectiva bioética; es decir, tratamos de lograr un análisis objetivo de la variable a investigar, tomando como punto de reflexión a la disciplina bioética, desde los aportes que ofrece la Terapia Ocupacional, como práctica profesional.

La variable que se desea investigar no brinda posibilidad de manipulación y control alguno, es el objeto de estudio tal como se presenta en su contexto natural; por lo que el diseño de investigación es **no experimental**.

Y respondiendo a los objetivos planteados en este trabajo, el tipo de estudio, en cuanto a la profundidad del mismo, es **exploratorio** y

³⁰ RIBOT CATALAÁ, C. ; FERNANDEZ-TELLADO GILA, M. A. y GARCIA DE LEON, D. *Investigación Cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas*. [en línea] España. Doyma. Rev. Atención Primaria. 31 de marzo de 2000. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wbdcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=11084>

³¹ *Ibid.*

descriptivo. Es exploratorio y descriptivo porque si bien existen publicaciones que desde un posicionamiento ético reflexionan acerca del rol profesional y sus prácticas en el ejercicio de la Terapia Ocupacional, nuestra intención es avanzar en el conocimiento de la Bioética, como disciplina que nos ofrece la posibilidad de pensar nuestros abordajes desde un lugar diferente, y caracterizar sus postulados básicos, descubriendo en sus principios y reglas la vinculación con los objetivos de la Terapia Ocupacional.

En síntesis, el enfoque de investigación elegido es el enfoque cualitativo, del que se desprende el diseño no experimental. Y el tipo de estudio es exploratorio-descriptivo, pudiendo responder con este a las cuestiones "qué son" y "cómo son" los aportes desde la Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

TÉCNICA DE SELECCIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO.

La población, objeto de estudio, está conformada por Licenciados en Terapia Ocupacional y Terapistas Ocupacionales de las ciudades de Mar del Plata, Bahía Blanca, Necochea y Buenos Aires; con 5 o más años de ejercicio profesional en el área de incumbencia en el que se desempeñan al momento de la recolección de datos.

Reconociendo que más que el número de entrevistas, nuestros objetivos de investigación apuntan fundamentalmente a la calidad y al contenido de las mismas; así como a determinar perfiles de entrevista de acuerdo al área de incumbencia y a los distintos modelos teóricos de los Terapistas Ocupacionales; se realizaron 12 (doce) entrevistas abiertas semidirigidas, de las 10 (diez) entrevistas previstas.

La muestra, de tipo intencional, está conformada por 12 (doce) Licenciados en Terapia Ocupacional y Terapistas Ocupacionales de las ciudades de Mar del Plata, Bahía Blanca, Necochea y Buenos Aires; con 5 o más años de ejercicio profesional en el área de incumbencia en el que se desempeñan al momento de la entrevista; uno por cada área de incumbencia de desempeño profesional.

Con el propósito de abarcar cada una de las áreas de incumbencia establecidas, intentando completar conocimientos y ampliar algunas ideas; y fundamentalmente de acuerdo al grado de focalización y profundidad de nuestro estudio exploratorio-descriptivo; pudimos intensificar el

número de entrevistas, 12 (doce) en total, hasta el punto en que consideramos que los datos obtenidos permitieron, previo análisis e interpretación, cumplir con los objetivos de la investigación.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS VULNERABLES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La ***autonomía de las personas vulnerables*** es un valor y un derecho para la bioética, que implica la protección de las personas que por atravesar diversas circunstancias (edad, patología, crisis emocionales, situación socioeconómica adversa, factores ambientales desfavorables, etc.) pueden presentar capacidades cognitivas, emocionales, volitivas y sociales comprometidas; pero que aún así gozan de una mínima voluntariedad y cierto grado evaluable de competencia como para promover y potenciar sus opiniones, elecciones y acciones dentro de un marco de autenticidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

La ***autonomía de las personas vulnerables***

se puede observar y describir a partir de:

A. Las posibilidades de entender y comprender:

- Los objetivos de tratamiento;
- Las técnicas de abordaje;

- Las indicaciones terapéuticas;
- Los beneficios de la intervención terapéutica *su beneficio es la formación*

B. Las posibilidades de elegir y decidir:

- Participar y permanecer de la intervención terapéutica;
- Modalidades en la utilización de las técnicas de abordaje;
- Actividades terapéuticas;
- Sobre la finalidad de la propuesta terapéutica.

C. Las posibilidades de acción y concretización:

- De las técnicas de abordaje;
- De las modalidades previamente elegidas;
- De actividades terapéuticas.

D. Las posibilidades de vincularse afectivamente:

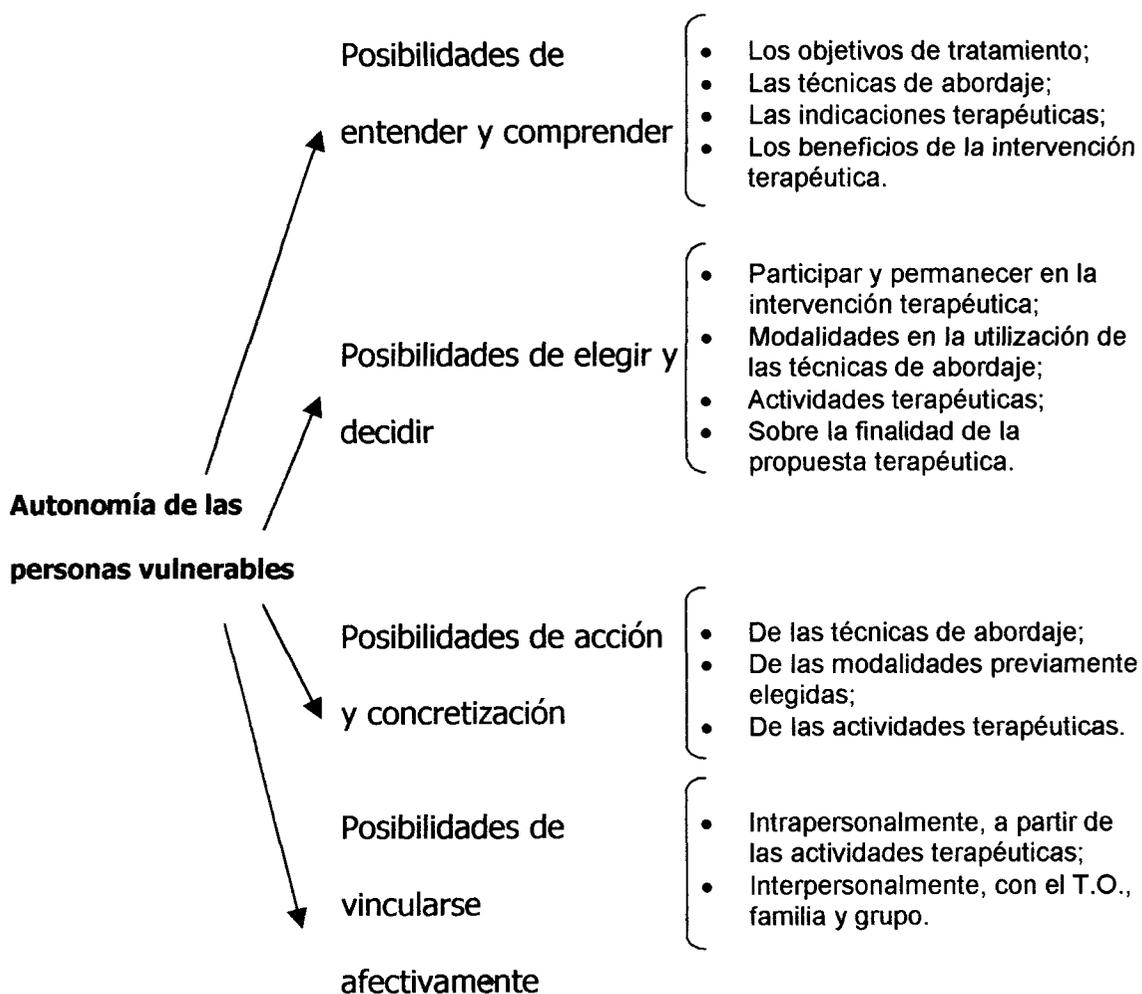
- Intrapersonalmente, a partir de las actividades terapéuticas;
- Interpersonalmente, con el T.O., familia y grupo.

Esto no implica un orden lógico o secuencia de la intervención terapéutica, sino un conjunto de características interrelacionadas a lo largo del proceso.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE.

AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS VULNERABLES.

Respondiendo a la naturaleza de esta investigación y siguiendo criterios metodológicos específicos, establecemos algunas dimensiones, creemos las más significativas, de la variable **autonomía de las personas vulnerables**, inmediatamente desprendidas de su definición conceptual.



TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las posibilidades, la significación y la riqueza del diálogo como método de conocimiento nos empuja a elegir la entrevista abierta semidirigida o semiestructurada como instrumento fundamental para la recolección de los datos.

Presentamos aquí una definición de entrevista abierta, escogida entre tantas, por sugerir nuestro interés como entrevistadoras frente a la heterogeneidad subjetiva de la Terapia Ocupacional en busca de puntos de vista representativos de las diversas posturas, de acuerdo a las áreas de incumbencia de desempeño profesional.

Se entiende por entrevista abierta a "un dispositivo convencional (entrevistador/entrevistado) con el que tratamos de recoger versiones personales acerca de alguna experiencia, suceso, comportamiento, evento... con el fin de poder en última instancia entender y comprender la significación (convencional y abstracta) y el sentido (contextual y concreto) que aquellos pudieran tener para los actores sociales (personas) que nos los relatan"³². Se trata de una relación de dos con el fin de construir un discurso; por un lado, el entrevistado expresa su forma de pensar, de sentir y vivir aquello que nos interesa investigar; y por el otro, el entrevistador interviene incitando, orientando, provocando y dirigiendo; a fin de que el discurso construido tenga determinados matices y determinadas precisiones.

³² RIBOT CATALAÁ, C.; FERNANDEZ-TELLADO GILA, M. A. y GARCIA DE LEON, D. Op cit. Pág. 3

Presentamos, a continuación, la guía de entrevista confeccionada a los fines de esta investigación con la explicitación de los temas más importantes y de mayor relevancia para una eficaz recolección de los datos.

Los cuatro primeros puntos buscan una respuesta determinada y específica, con posibilidades de opciones o alternativas no mutuamente excluyentes. Las mismas encabezarán el inicio del diálogo a fin de posicionarnos humildemente en el abordaje terapéutico, desde el área de incumbencia y modelo teórico, del terapeuta ocupacional entrevistado.

Debemos mencionar que las áreas de incumbencia de desempeño profesional y los modelos teóricos implementados en los abordajes terapéuticos (previa reformulación), mencionados en los puntos dos y tres, respectivamente; fueron extraídos del trabajo final "Organización de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional" de Aurora Escobar, Lic. en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1997.

El resto de los puntos de la guía de entrevista, en términos generales, conllevan la construcción de un diálogo que nos permita comprender y reflexionar acerca de los aportes de nuestra disciplina a la reflexiva Bioética.

GUIA DE ENTREVISTA:

- 1) Años de antigüedad en el ejercicio de la profesión

- 2) Area/s de incumbencia en la cual se desempeña
 - a) Asistencial:
 - discapacidades físicas
 - pediatría
 - psicopatología infanto-juvenil
 - salud mental

 - b) comunitaria
 - c) docencia e investigación
 - d) educacional
 - e) geriatría y gerontología
 - f) laboral
 - g) social

- 3) Modelo/s teórico/s implementados en los abordajes terapéuticos: ✓
 1. Psicoanálisis.
 2. Psicosocial.
 3. Técnicas propioceptivas sensoriales (Kabat, Rood).
 4. Modelos de movimiento sinérgico (Brunnstrom).
 5. Neuropsicología cognitiva.
 6. Biomecánico.
 7. Rehabilitativo.
 8. Neurodesarrollo (Bobath).

9. Integración Sensorial (J. Ayres).
 10. Escuela Francesa de Psicomotricidad.
 11. Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner)
 12. Ecología de la Acción (S. Vidal)
 13. Otros.
-
- 4) Detallar sintéticamente las actividades implementadas en las intervenciones terapéuticas.
 - 5) Significado o concepción de *autonomía de una persona*.
 - 6) Objetivos de la Terapia Ocupacional.
Autonomía de las personas como objetivo.
Fundamentación.
 - 7) Recursos que ofrece la T.O. para alcanzar dicho objetivo. Puntualmente para facilitar la expresión de la autonomía de una persona, para promoverla y potenciarla.
Fundamentación.
 - 8) Posibilidades que ofrece este recurso para facilitar la expresión de la autonomía de una persona, así como para promoverla y potenciarla.
 - 9) Actitudes del terapeuta para favorecer la expresión de la autonomía a medida que el tratamiento o intervención terapéutica avanza.
 - 10) Posibilidades del paciente de intervenir en la propuesta terapéutica ¿Cómo y cuándo interviene? ¿En qué casos y de qué manera?
 - 11) Participación de la familia y grupo social en el proceso terapéutico.

- 12) Conocimiento acerca del principio de autonomía desde la bioética

- 13) Criterios éticos en los abordajes terapéuticos a partir de la ausencia de un Código de Etica que nos regule.

ANALISIS DE LOS DATOS

Para la concretización de la fase de análisis de esta investigación partimos de la recolección de los datos a partir de la técnica de entrevista abierta, descripta y presentada anteriormente.

Desde el enfoque cualitativo que nos compete, en el que se pretenden entender fragmentos de la realidad de una persona respetando el contexto y la significación que el mismo le da; entendemos que la fase de análisis de los datos implica identificar todos los elementos que constituyen esa realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el conocimiento resultante.

Partimos, entonces, para el análisis de nuestra investigación realizando una segmentación de los datos recogidos en cada una de las entrevistas realizadas, a fin de poder con cada una de ellas y de acuerdo a un criterio establecer los tópicos de interés. Los mismos se constituyen a partir de los contenidos obtenidos de cada pregunta y relacionándolos según el criterio utilizado de manera que respondan a un único tópico; exhaustivo y mutuamente excluyente.

A los fines de interpretar los datos de nuestro interés y debido a la naturaleza del material disponible, los tópicos relevantes en la presente investigación son:

- A) *Recursos técnicos de la Terapia Ocupacional y sus posibilidades.*

- B) *Participación del paciente, familia y grupo social.*
- C) *Actitudes personales y criterios éticos de los terapeutas ocupacionales.*
- D) *Concepto de autonomía:*
 - 1) *Principio de autonomía*
 - 2) *Objetivos de la Terapia Ocupacional*

Estos tópicos agrupan y describen los contenidos de diferentes puntos de las entrevistas en relación a los ejes fundamentales del siguiente análisis.

TRABAJO DE CAMPO

Presentamos a continuación el trabajo de campo implementado a los fines de describir la metodología instrumentada para la realización del mismo.

a) Caracterización de la muestra: la muestra está constituida por doce profesionales, seis Terapistas Ocupacionales y seis Licenciados en Terapia Ocupacional.

De la ciudad de Bahía Blanca participaron dos Terapistas Ocupacionales; de la ciudad de Necochea una Lic. en Terapia Ocupacional y una Terapeuta Ocupacional; de la ciudad de Mar del Plata cinco Lic. en Terapia Ocupacional y dos Terapistas Ocupacionales; todos ellos recibidos en la Universidad Nacional de Mar del Plata. De la ciudad de Buenos Aires participó una Terapeuta Ocupacional, recibida en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional.

Los años de antigüedad oscilan entre los 5 y 29 años en el ejercicio de la profesión en el área de incumbencia correspondiente, seis con más de 15 años y seis con menos de 15 años de antigüedad.

Es necesario destacar que la mayor parte de los entrevistados se desempeñan en más de un área de incumbencia, por lo que la relación es la siguiente:

a) Asistencial:

- discapacidades físicas: 2 casos;
- pediatría: 4 casos;
- psicopatología infanto-juvenil: 1 caso;
- salud mental: 3 casos;
- b) Comunitaria: 2 casos;
- c) Docencia e Investigación: 1 caso;
- d) Educativa: 1 caso;
- e) Geriatría y Gerontología: 2 casos;
- f) Laboral: 1 caso;
- g) Social: 2 casos.

Quedando de esta manera abarcadas todas las áreas de incumbencia establecidas.

Respecto a los modelos teóricos, observamos que el 75% de las entrevistadas utilizan dos o más modelos teóricos en la implementación de sus abordajes terapéuticos.

Nos parece importante mencionar aquí, que nos encontramos en reiteradas oportunidades con la dificultad de las profesionales de enmarcar su práctica profesional dentro de un modelo teórico determinado, refiriendo utilizar técnicas de varios modelos teóricos o cuestiones específicas de varios de ellos que en su conjunto enriquecen sus abordajes terapéuticos.

Interpretamos, entonces, una mirada holística de muchos de los Terapistas Ocupacionales entrevistados, en relación a su formación teórica y en función del encuentro con el paciente.

Los modelos teóricos mencionados fueron: Psicoanálisis, Psicosocial, Técnicas propioceptivas sensoriales, Modelo de movimiento sinérgico, Neuropsicología cognitiva, Biomecánico, Neurodesarrollo, Integración Sensorial, Escuela Francesa de Psicomotricidad y Modelo de Ocupación Humana. Solamente dos profesionales mencionaron no utilizar ningún modelo teórico específicamente, haciendo referencia a la dificultad de su implementación en el área de incumbencia en el que se desempeñan.

Resulta oportuno mencionar que dos entrevistadas han realizado el Posgrado en Bioética y otra presenta conocimiento sobre esta disciplina a partir de su formación personal y como parte integrante de un Comité de Ética Hospitalario.

b) Obtención y recolección de datos: como ya se ha expuesto, la técnica empleada consistió en entrevistas abiertas, semiestructuradas, efectuadas entre febrero-abril de 2002.

El contacto inicial fue efectuado personalmente o por vía telefónica, en el mismo se pautó día, hora y lugar de la entrevista; así como se mencionaron los objetivos de la misma, el tiempo de duración y sintéticamente la temática implicada.

En cada encuentro entre entrevistado y entrevistador se estipuló acerca de la necesidad del uso del grabador y el carácter anónimo de la entrevista.

En términos generales las entrevistas se desarrollaron según lo establecido, en un primer momento se presentaron los primeros cuatro puntos de la guía de entrevista a los fines de crear un clima de confianza, iniciar el diálogo y posicionarnos como entrevistadoras en el abordaje terapéutico, desde el área de incumbencia y modelo teórico del terapeuta entrevistado.

En un segundo momento se construyó el diálogo siguiendo el resto de los puntos pautados en la guía de entrevista, con la orientación y guía de las entrevistadoras.

Finalmente cada entrevista culminó destacándose el interés de las entrevistadas por conocer los resultados y conclusiones de este trabajo, razón por la cual se tomó nota de los datos necesarios con el propósito de satisfacer dicho pedido y fundamentalmente agradeciendo su tiempo, predisposición y buena voluntad.

El tiempo de duración osciló entre los 30' y 60' y todas fueron llevadas a cabo por una investigadora cada vez.

En todos los casos fuimos partícipes de actitudes de apertura, amabilidad e interés por parte de los profesionales entrevistados; favoreciendo esto la riqueza del diálogo a partir de contenidos significativos para su posterior análisis.

De esta forma, y dada la naturaleza cualitativa de esta investigación, el siguiente análisis e interpretación de los resultados, así como las conclusiones finales parten del hallazgo de puntos relevantes en las doce entrevistas realizadas y que en su conjunto permitirán conocer los aportes desde la Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

A) RECURSOS TÉCNICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SUS POSIBILIDADES.

De la variedad de recursos técnicos y las posibilidades que estos ofrecen descritas por los Terapistas Ocupacionales entrevistados podemos destacar la amplitud de criterios existentes. Criterios que están determinados por la historia personal del profesional, área de incumbencia, modelo teórico al que adhieren y fundamentalmente por el contexto socio-económico, cultural e histórico que lo involucra como un recurso más del proceso terapéutico.

El principal recurso técnico mencionado fue la actividad terapéutica, la que implica para su instrumentación el uso de materiales, herramientas, equipo, elementos y accesorios, cada uno de estos con posibilidades y limitaciones peculiares; el conocimiento de técnicas que determinarán un código de ejecución; el análisis, selección y graduación de acuerdo a los objetivos terapéuticos planteados y a los logros esperados; y una propuesta de expresión comunicación y aprendizaje.

Fueron descritas por los Terapistas Ocupacionales entrevistados, desde las fases de actividad, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, adaptaciones, actividades

artesanales, lúdicas, laborales, talleres de expresión, estimulación y producción, hasta la concreción de proyectos.

"En todo lo que es patología motora (...) no logro por el tipo de institución donde estoy hacer una actividad completa, sino fases de actividad, (...) como lijado, plantado fino, enhebrado..." " Y en gerontopsiquiatría ya se trabaja con proyectos completos porque lo da el tipo de permanencia del paciente en el lugar." "...proyecto en tela, en pintura, en madera..." (entrevista 2)

" Utilizo actividades artesanales, recreativas, socializantes, actividades de la vida diaria (...) al realizar entrenamiento en AVD, se crean hábitos (...) realizo adaptaciones necesarias ya sea en los elementos, muebles o edificios." (entrevista 3)

"Utilizo actividades variadas (...) taller de lectura y expresión (...) taller de estimulación psicomotriz..." (entrevista 5)

"...actividades proyectivas (...) el juego y cualquier otro tipo de actividad lúdica..." (entrevista 11)

Entendiendo así la actividad como "...todos los procesos del hacer humano que lo relacionan consigo mismo, con los objetos y con los otros..."³³ y que como espacio de comunicación implica un lenguaje verbal y

³³ VEYRA, M. E. y PATRIZI, A. Op. cit. Pág. 4.

analógico, de palabras y acciones. Vislumbrando que no todo lo que se hace se puede nombrar y no por ello deja de producir efecto.

"...si además de lo dicho, de la palabra; uno además tiene el recurso (...) no es que sea el recurso por excelencia, sino que es el que nos permite, es nuestra puerta de entrada, esto que la persona nos transmite verbalmente nosotros lo podemos hacer jugar en la acción, esto abre un abanico de posibilidades y de oportunidades." "...el hecho de que nosotras instrumentemos actividades,(...) si uno piensa en el campo de las actividades, es tan amplio, que en realidad siempre habrá algo para hacer; y esto ubica a la persona en una posición de alternativa, de opción y esto hace a la autonomía." ✓
(entrevista 9)

Destacamos aquí el significado que algunos entrevistados otorgan al recurso técnico abarcando la modalidad de instrumentación de la actividad terapéutica para que ésta se convierta en un acto cargado de intenciones, voluntades, deseos y necesidades. Es decir, tan importante la actividad como "el cómo" se la instrumenta, en relación a los objetivos terapéuticos.

"Sin duda que nuestro recurso es la actividad, pero uno puede facilitar algo o no hacerlo de acuerdo a cómo la utiliza, es decir, que destaco la importancia de una actividad con un sentido, y así de acuerdo a mis objetivos y

al "hacer", estaré potenciando, favoreciendo, estimulando, promoviendo las capacidades de una persona." (entrevista 4)

"...una actividad puede estar dada para seguir fomentando la dependencia y un trabajo sin sentido (...) ahí no genera ni capacidades de decisión, ni libertad; si una actividad está impuesta de manera que a esa persona no le da ningún sentido ni le otorga un valor, creo que no..." (es un recurso). Y por otro lado la actividad puede ser liberadora, y puede fortalecer, y sensibilizar y concientizar tanto desde la elección como desde la instrumentación." "...depende con la filosofía y con los objetivos..." "No creo que haya un recursos que sí o sí vaya a generar esto, creo que es cómo se la instrumente..." (entrevista 8)

Si entendemos que el sujeto arrastra una historia de vínculos y que encuentra en el proceso terapéutico la oportunidad de ensayar, aprender y modificar nuevas modalidades vinculares, tanto con el Terapeuta Ocupacional como con la actividad; creemos oportuno destacar otro de los recursos técnicos mencionados: el vínculo como facilitador del encuentro entre los elementos del proceso terapéutico (T.O. – paciente – actividad) y como cimiento para la propuesta de actividad propiamente dicha.

"...el recurso que primero tengo que tener es una buena relación con esa persona (...) una relación de empatía (...) como recurso, primero es ser aceptado por ese chico (...) primero que él me pueda aceptar a

mí, mantener una buena relación, que yo le de confianza, entonces después sí utilizo la actividad.” (entrevista 7)

La actividad terapéutica, su modalidad de implementación y el vínculo como recursos técnicos promueven la participación activa del paciente en el proceso terapéutico cuando se presentan posibilidades de comprensión, elección y acción con diferentes grados de autonomía, que no se limitan sólo al encuadre terapéutico, sino que lo trascienden e impregnan la vida de la persona.

Describiendo las posibilidades que como finalidad ofrecen los recursos técnicos, interpretamos del contenido de las entrevistas que la autonomía se despliega tanto implícita como explícitamente en la realidad cotidiana del acontecer terapéutico.

“...las posibilidades que ofrece van más allá de las que el sujeto se da cuenta, más allá de las que percibe el sujeto; por eso tenemos una forma determinada de leer la actividad (...) se recrea todo el mundo interno en esa actividad.” “Esto tiene que ver con encontrar sus propias posibilidades y a partir de eso cuáles son las dificultades que presenta, y uno tratar de favorecerle el desenlace del conflicto.” (entrevista 11)

“...en AVD la técnica sería lo que uno le aporta desde la profesión y la posibilidad de ejecutarla la tiene en la casa; (...) desde lo laboral la técnica se aporta desde T.O., después la idea es que pueda posibilitar la actividad laboral en su taller...” (entrevista 1)

" Dentro de los recursos técnicos (...) aquello que revalorice a la persona a través de la ocupación, (...) que dignifique a la persona, (...) cumplir un rol en la sociedad, (...) si es más independiente también va a tener mayor autonomía..." (entrevista 5)

Nos resulta oportuno destacar que el Terapeuta Ocupacional no fue mencionado como recurso técnico en sí mismo, focalizándose otros recursos; pero creemos que el rol del mismo como modulador de las exigencias de la actividad y de las capacidades del paciente es indisoluble de los recursos y posibilidades que sí fueron mencionados.

B) PARTICIPACION DEL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL GRUPO SOCIAL.

Describiremos a continuación el análisis acerca de las posibilidades de participación del paciente en la propuesta terapéutica; y por último lo correspondiente a la participación de la familia, grupo social y la particularidad que algunos entrevistados le otorgan a equipo interdisciplinario como aspecto relevante del presente tópico.

✓ Participación del paciente:

Respecto de las posibilidades del paciente de intervención en la propuesta terapéutica como modalidad de los Terapistas Ocupacionales para favorecer la expresión de la autonomía, nos encontramos con una diversidad de opiniones.

Las mismas oscilan entre una plena posibilidad de expresión de la autonomía hasta una posibilidad limitada por diferentes variables, como la edad, la patología, el momento de la enfermedad, la familia, etc.

Estas variables, inherentes a grupos vulnerables sobre los que actúa Terapia Ocupacional, se presentan en algunos casos como determinantes de la no posibilidad de expresión de la autonomía.

" Participan, pero en pocos casos u ocasiones, ya que presentan retardo mental severo o profundo en su mayoría..." (entrevista 3)

" Los pacientes cuando su estado se los permite intervienen, me refiero a aquellos que no atraviesan un período agudo..." (entrevista 4)

Por el contrario para otros profesionales las mismas variables no son determinantes para la expresión de la autonomía.

A modo de ejemplo, en la entrevista 1 citada a continuación, para el Terapeuta Ocupacional es significativa la participación del paciente cuando éste puede aplicar los objetivos terapéuticos trabajados en la sesión en

una actividad que él mismo elige y que no son necesariamente los ejercicios del tratamiento. En este caso, la autonomía del paciente se refleja no sólo en poder expresar sus intereses y deseos; sino fundamentalmente en sus posibilidades de entender la técnica de abordaje y poder en la acción modificarla

"... a veces uno puede dar una técnica y el paciente la perfecciona, y en ese momento está demostrando su autonomía..." "...a veces el paciente viene a tratamiento y cuenta una actividad que realizó y comienza a relatar lo que por ahí yo le había relatado como objetivos de tratamiento y eso me parece más valioso a que haga los mismos ejercicios que yo le doy."
(entrevista 1)

"El paciente tiene siempre la oportunidad de intervenir, porque es parte activa del proceso terapéutico..." " El paciente manifiesta permanentemente su agrado, su desagrado, su bronca, su angustia, sus ojos llenos de lágrimas, o su risa o su sensación de que esa actividad no lo conforma, le resulta una obviedad..." (entrevista 2)

No obstante otros entrevistados adoptan una postura intermedia.

Para su comprensión nos remitimos a las características de un acto de elección autónoma, donde son varios los factores de coerción externa e interna que lo condicionan; limitaciones personales como una patología

avanzada o un estado crítico se presentan como controles internos que disminuyen la autonomía.

En la niñez, la capacidad de ejercer la autonomía se encuentra en desarrollo, reconociendo que la edad en sí misma no se trataría de un límite para la autonomía si cada caso pudiera ser evaluado particularmente, resaltando el grado de madurez como determinante de elecciones autónomas ...una persona puede tener actitud para decidir sobre ciertas cuestiones y no sobre otras, ya que no siempre es necesario el mismo grado de comprensión y argumentación...

"...creo que aún en esos casos la persona tiene ciertos parámetros de autonomía por su dignidad humana que tienen que ser respetados..." "Hay límites en esto de la autonomía (...) la edad es un límite, el grupo familiar a veces también limita la autonomía de los pacientes, una persona con una patología avanzada, en un estado crítico, en un estado de inconsciencia tampoco tiene autonomía, y yo a todo eso le agrego el pero,(...) el Terapeuta Ocupacional puede de alguna manera reconocer la autonomía del otro tomando él mismo decisiones..." (entrevista 5)

"...uno de los objetivos es que el chico pueda encontrar los intereses, encontrar en sí mismo sus habilidades y sus posibilidades para poder acercarse a esto que vos tenés en mente (...) es el chico el que va reconociendo ese sí mismo, es el que va armando las estrategias dentro del marco que vos le das..." "Al ofrecer las posibilidades le enseñás a tomar

decisiones y en la medida que toma decisiones, él va conociéndose tomando decisiones que van a ser erróneas y va a tomar decisiones que son correctas, y va a ver los resultados de sus decisiones erróneas y de las correctas, (...) es una forma de desarrollar el desarrollo autónomo..." (entrevista 6)

Interpretamos entonces, que la expresión de la autonomía se manifiesta en las posibilidades de entender y comprender los objetivos terapéuticos y las técnicas implementadas para el logro de los mismos; las posibilidades de elegir y decidir participar y permanecer en el proceso terapéutico, variar las modalidades de las técnicas implementadas y elegir actividades que de acuerdo a sus intereses resulten terapéuticas, entre otras.

Desde "el hacer" también la autonomía se objetiviza en el lenguaje de la actividad así como en las posibilidades vinculares que la misma ofrece.

Hasta aquí fueron descritas tres posturas que, desprendidas del contenido de las entrevistas, señalan las posibilidades del paciente de participar en el proceso terapéutico. Pero creemos necesario distinguir que cada una de las posturas está condicionada por el área de incumbencia en el que el Terapeuta Ocupacional se desempeña.

Tal es el caso de la entrevista 3 y entrevista 4 cuando el retardo mental y la enfermedad mental, respectivamente, se convierten en

determinantes de la no posibilidad de expresión de la autonomía; interviniendo la patología como variable fundamental.

Por el contrario, las entrevistas 1 y 2 corresponden a Terapistas Ocupacionales que se desempeñan en el área de discapacidades físicas y con pacientes ambulatorios, por lo que queda claro que las variables al inicio mencionadas no son determinantes para la expresión de la autonomía.

Dentro de quienes adoptan una postura intermedia, los Terapistas Ocupacionales citados se desempeñan en el área de salud mental y geriatría, y pediatría.

Cabe agregar que en íntima relación con lo anteriormente explicitado juega un papel fundamental la actitud del Terapeuta Ocupacional capaz de ofrecer las posibilidades y las oportunidades, que aún en situaciones de vulnerabilidad, permitan al paciente desplegar elecciones y acciones autónomas.

"Lo que uno observa, (...) es que hay una enorme cantidad de capacidades en estas personas que, por supuesto uno no va a negar que puede haber ciertas restricciones, ciertas limitaciones; pero que ciertamente esas capacidades no se despliegan porque no hay oportunidades." " Cuanto mayor número de acciones autónomas esa persona pueda realizar, en un aspecto, va a tener mayor autonomía en la acción, en el hacer, pero además, no sólo la autonomía se juega en la acción, también se juega en el pensar, hay que

favorecerlo en relación a la autonomía en la elección, y para que pueda elegir tiene que tener oportunidad (...) porque la persona esté internada no pierde la posibilidad de elegir, (...) desde el hecho que está institucionalizado no quedan arrojadas sus posibilidades, sus oportunidades, sus capacidades de elección.”
(entrevista 9)

✓ Participación de la familia, equipo interdisciplinario y grupo social:

Las posibilidades de participación de la familia y del grupo social toman en cada uno de los entrevistados matices diferentes que connotan: la necesidad de la participación de la familia, la familia como generadora de patología y la comunidad que no dignifica a quienes la integran.

Recordamos que la salud del hombre depende de una situación multideterminada que le permita asegurar su subsistencia y alcanzar un desarrollo global armónico, situación que lo implica tanto a él como a su medio físico y sociocultural en relaciones de intercambio y permanente transformación. (CAMPANÉ, M.C.; PEREZ, M.T. Y VENNERA C. A. Tesis: El taller participativo de radio dirigido a la acción. Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social, UNMdP).

Si la salud implica al hombre en relaciones de intercambio, como interlocutor válido de una familia y una comunidad que lo dignifique, consideramos entonces, que la **participación de la familia** es fundamental

para complementar y facilitar las posibilidades de expresión de la autonomía de la persona vulnerable.

"La participación de la familia es fundamental, (...) el acompañamiento de la familia, sensibilización de la familia, el esperar, el intentar, el entender que comprendan, que compartan, el escuchar mucho sobre su historia, el conocer a las personas y a donde van a volver..."
(entrevista 8)

Particular es la significación que desde el área de salud mental y especialmente del paciente institucionalizado como persona vulnerable se le otorga a la participación de la familia.

"...la familia poco es lo que participa porque son familias que han abandonado desde hace mucho tiempo a quienes están internados aquí (...), en los casos donde se puede, digamos, donde hay cierta familia, (...)es conversar un poco acerca de lo que esa persona hace mientras está en el hospital, hacer un poco participe al familiar de aquellas cosas que realmente le gusta hacer, puede hacer, tratar de estimular mucho al familiar para que también le de oportunidades para que cuando va a casa también haga aquellas cosas que le gustan." (entrevista 9)

De la misma manera que la participación de la familia es una condición necesaria para alcanzar la salud, la misma puede transformarse en

generadora de patología cuando no encuentra en sí misma y en el contexto oportunidades que ofrecer a sus miembros. Y en relación a la autonomía, cuando la familia se transforma en un controlador externo, que ya sea por coerción, manipulación o persuasión limita las posibilidades de expresión de la autonomía.

"...hay que tener en cuenta que la familia utiliza al paciente como el bocero de una enfermedad familiar, tampoco a veces la familia, podemos ver, que actúa con una autonomía total en la decisión que toma."

"...la familia es sobreprotectora de por sí, tiene mucho miedo, o avasalla la autonomía también, pueden darse todas las variantes, depende el grado de enfermedad que tenga la familia o de salud que tenga la familia." (entrevista 5)

Dentro del marco social, hay quienes incluyen al **equipo interdisciplinario**.

Desde el enfoque bioético actual el trabajo interdisciplinario se caracteriza por la búsqueda de consensos frente a dilemas a través del diálogo, la argumentación y la completa información; en un marco de respeto a la vida y de responsabilidad solidaria en las intervenciones profesionales.

Del contenido de las entrevistas se extraen los aspectos desfavorables que limitan las oportunidades de expresión de autonomía del paciente, cuando el equipo carece de comunicación y respeto por el otro.

"... cuanto más grave es la patología y más pequeño el niño, más riesgo tiene de ser objeto del trabajo de los adultos; ..." (entrevista 6)

"Siempre me quedé con una idea de que el tratamiento es una mesa de cuatro patas: el paciente, la familia, la patología,(que a veces determina algo), y el profesional; y cualquiera de las cuatro que esté un poco más corta hace tambalear la mesa. La familia favorece muchísimo la terapia; sabemos que si la familia no colabora o no es continente con el paciente, o lo mismo el entorno, no lo va a ayudar para nada." "...el equipo, también influye en las cuatro patas, el entorno también condiciona al paciente (...) cuando no existen criterios de tratamiento en común, no se favorece al paciente." (entrevista 1)

Algunos entrevistados ampliaron sus opiniones respecto de la participación de la familia, el equipo y el **grupo social**, posicionándose también como receptores de políticas de salud de un Estado que no garantiza las mínimas necesidades y desalienta las posibilidades de reclamar por sus propios derechos.

Desde la salud pública es significativo el reclamo en el discurso de uno de los Terapistas Ocupacionales entrevistados. Argumenta que el profesional se dispone siempre para despertar la capacidad autónoma y disparar la participación activa y el compromiso de la familia. Pero que sin una política que acompañe y respalde tales acciones, como profesionales forman

parte de una encrucijada ética y legal, que pocas oportunidades puede brindar a la salud de la gente.

"... no consideramos al paciente aislado y que él es el que presenta el síntoma;..." "Es convergente de una familia que está inmersa en una comunidad y esa familia emergente de una comunidad determinada que también es generadora de patología (...) si esta comunidad es generadora de patología, bueno, tiene que haber políticas de estado que hagan que esa comunidad elimine los riesgos de sufrir enfermedades, pero para eso también hay que trabajar desde abajo, con la gente para que pueda producir un cambio en su salud." (entrevista 11)

"Y lo social, en este momento es lo que determina el fracaso de todo el trabajo de rehabilitación, (...) a través de la falta de oportunidades y de consideración de todas las políticas gubernamentales hacia la rehabilitación. Y si partimos que la rehabilitación de una persona es lo que le devolvería la posibilidad de insertarse bien en su familia, en la sociedad, es vista desde instituciones gubernamentales como algo que se puede postergar..." (entrevista 2)

Sintetizando, la participación del paciente en la propuesta terapéutica, es concebida por los Terapistas Ocupacionales entrevistados desde tres enfoques: aquel donde existe una plena posibilidad de expresión de la autonomía, aquel donde la misma se encuentra negada ante la presencia de

diversas variables (mencionadas anteriormente) y por último, aquel donde la situación de vulnerabilidad disminuye la autonomía reconociendo diferentes grados de la misma y por ende las diversas posibilidades de expresión de la autonomía .

En relación a la participación de la familia, el equipo interdisciplinario y el contexto social que los incluye, siempre se convierten en determinantes de las posibilidades del paciente en el proceso terapéutico, ya sea favorable o desfavorablemente.

C) ACTITUDES PERSONALES Y CRITERIOS ETICOS DEL TERAPISTA OCUPACIONAL.

"Creo que si no hay valores éticos, poco debe haber de valores bioéticos, porque los bioéticos están jugados en relación a la salud." (entrevista 9)

Elegimos esta cita porque interpretamos en relación a las actitudes personales y criterios éticos del Terapeuta Ocupacional que los mismos son indisolubles de su práctica profesional.

En función de dar claridad al contenido de las respuestas respecto de este tópico, describimos en primer lugar las actitudes personales del Terapeuta Ocupacional y en segundo lugar sus criterios éticos.

✓ Actitudes personales del Terapeuta Ocupacional.

En su conjunto las actitudes personales explicitadas por los Terapeutas Ocupacionales revelan la identidad particular de nuestra disciplina y la peculiar modalidad del Terapeuta Ocupacional de posicionarse frente a la situación terapéutica. Conceptos tales como plasticidad, creatividad, mirada integradora, resaltar potencialidades y practicidad surgen como palabras claves del lenguaje de la profesión.

Consideramos enriquecedor resaltar la actitud personal de uno de los Terapeutas Ocupacionales, quien desde la Ética de la Responsabilidad Solidaria de Apel se desempeña profesionalmente. Entendemos que, en sus intentos de compensar las asimetrías y diferencias con las que se enfrenta en su práctica diaria, adopta frente al paciente una actitud de empatía, pretendiendo ponerse en el lugar del otro a los fines de poder comprender verdaderamente qué es lo que a ese otro le pasa... y así, pese a su vulnerabilidad, respetar y desplegar su autonomía.

"Cuando un terapeuta toma éticamente ciertas decisiones sobre el tratamiento a llevar tiene que conocer a su paciente y aunque no este en pleno uso de su autonomía tiene que pensar, bueno que hubiera hecho este paciente, que sería lo mejor para él, cual es el costo beneficio, si yo estuviera en su lugar que pasaría." "...aunque esa persona tenga una patología mental le estamos dando la posibilidad creativamente de tomar otros caminos, y hacerlo

autónomo aunque sea en lo mas mínimo...” “...estamos formados con una competencia técnica (...) y se ha dejado de lado esto de la competencia ética,...” “...la competencia ética que lleva a toda esta postura actitudinal (...) lo que tenemos que tener justamente nosotros, a través de la creatividad, a través de la autovaloración, (...) fomentar terapéuticamente esa postura, porque esa persona es una persona digna aunque no pueda tener esa autonomía haciendo uso de ella siempre.” (entrevista 5)

Otro de los aspectos que se dejaron entrever de los contenidos de las entrevistas fue el interjuego entre los principios de beneficencia y de autonomía; que aunque desconocidos históricamente como tales, caracterizaron siempre la práctica en Terapia Ocupacional.

Interpretamos que la actitud de todos los Terapeutas Ocupacionales entrevistados favorece y promueve la expresión de la autonomía de la persona vulnerable; pero que frente a determinadas circunstancias se vislumbra la necesidad de privilegiar el principio de beneficencia.

La exigencia ética del profesional de hacer el bien, de procurar siempre el mejor bienestar de la persona atendida se refleja en actitudes tales como poner límites, dar directivas, hasta disponerse para escuchar, entender, acompañar y contener frente a patologías específicas del campo de la salud mental por ejemplo.

"...pero poniendo de alguna manera siempre un límite, sobre todo en determinados pacientes y con patologías específicas; con esto hago referencia al hecho de marcarles determinados cosas que ellos piden y sostienen que pueden hacer, pero se les explica porque hay que esperar, teniendo en cuenta el bien de ellos." (entrevista 4)

"... si uno considera que es por un lado la capacidad, pero tan importante como la capacidad, la oportunidad, uno como TO se posiciona diferente frente al otro, uno como facilitador de esa oportunidad; y entiendo que uno como facilitador de esa oportunidad lo más importante es tener disposición para escuchar, para intentar entender, y a partir de allí, poder armar juntos con esa persona algún proyecto..." "...hay períodos de desestabilización, eso no implica ni significa que,(...) uno, termine decidiendo por la vida de ese sujeto porque;(...) inclusive en los momentos de desestabilización hay cuestiones que hacen al acompañar, al contener como actividad, que también ayudan y promueven la oportunidad del despliegue de sus capacidades autónomas." (entrevista 9)

En el caso de pediatría, la beneficencia emerge en función de los límites que todo niño necesita en el desarrollo de sus capacidades autónomas. Pero estos límites no deberían mezclarse con el paternalismo del adulto en detrimento de las potencialidades autónomas del niño.

"... hay nenes que necesitas acompañar más, y no puedo evitar pensar en las limitaciones de este proceder autónomo, si necesitan más o menos acompañamiento del otro, creo que la base estaría en poder observarlos y ver donde hay indicios de autonomía y que es esto que estas viendo que pueden hacer solos no es en detrimento de ellos ni del entorno..." "Y se mezcla con los chicos el gran problema de quien pone los límites y hasta donde el adulto que pone los límites,(...) puede limitar sin perjudicar el accionar de un nene,(...) entra la subjetividad de tu accionar como adulto en el tema de los chicos; pero cuanto más creer saber lo que le hace bien a un nene, yo creo que mucho menos puede él aprender a tomar decisiones por sí mismo y a crecer en su propia autonomía; cuanto más intervenís vos en el comportamiento de un nene, mucho menos posibilidades tiene el nene de desarrollarse..." (entrevista 6)

Desde el área de discapacidades físicas, donde frecuentemente los tiempos de espera son más cortos y las relaciones costo-beneficio son mayores (exigencias institucionales y restricciones de las obras sociales por ej.), la actitud del Terapeuta Ocupacional implica la posibilidad de manejar y resolver cuestiones internas, propias del profesional, en un marco de respeto por los tiempos y capacidades del otro.

"... el manejo de todos los sentimientos que se movilizan en cualquier persona frente a la incapacidad de otra, (...) el manejo de los

tiempos, tiempos de espera, las ansiedades. No querer resolverle al paciente lo que él en ese momento todavía no puede resolver, no enfrentarlo con dificultades mayores a las que puede resolver, sino que sean graduados como para que si bien la dificultad sea un estímulo, la sensación de frustración no gane o supere las posibilidades o las ganas de seguir trabajando la propuesta terapéutica.” (entrevista 2)

La autonomía junto a la beneficencia y a la justicia forman un todo significativo a favor de la vida, la salud y el bienestar. Absolutamente todos sirven a la Terapia Ocupacional para proveer los recursos necesarios para facilitar la expresión de la autonomía, así como para promoverla y potenciarla. Pero cualquiera sea el principio que se privilegie sobre los demás, a partir de consensos y argumentaciones válidas, tendrá el influjo de la cultura y el respeto a la dignidad de la vida humana.

✓ Criterios éticos del Terapeuta Ocupacional

Con respecto a los criterios éticos, mencionados por los Terapeutas Ocupacionales, en ausencia de un marco regulatorio de carácter ético en la profesión, nos encontramos que la totalidad de los entrevistados mencionó no haber recibido formación de Ética y Deontología en el transcurso de la carrera de grado. Entre ellos los que no tienen una formación de

posgrado en Bioética describieron los criterios éticos implementados desde el punto de vista personal y profesional.

" La ética yo creo que no se aprende, se mama desde chico y se nace; uno puede ser más ético o menos ético, no se aprende, son valores... (...) lo más importante es el respeto y pensar que lo que tenés al lado es un ser humano, (...) es un ser humano que siente, piensa, que sufre o se alegra,..."
"... la prevalencia de los valores, el respeto es importante, la solidaridad, el afecto... (...) diría el amor, uno tiene que querer lo que uno hace..." (entrevista 7)

"... la capacidad de decisión, la libertad de poder escoger aun entre pocas alternativas, favorecer la independencia de esa persona, no sólo en el tratamiento, sino la vuelta a su hogar, el respeto cultural, de las creencias, de los saberes, de la cultura de las personas, de las familias; un poco eso serían los principios que maneje o trate de compatibilizar con los tratamientos o las intervenciones." (entrevista 8)

"... son numerosas las reglamentaciones internas que uno cumple, (...) el respeto por la otra persona y el respeto incluye respetar por ej. su horario, el tiempo que estás en la sesión dedicarle exclusivamente nuestra habilidad y nuestro pensamiento en ese momento, nuestro análisis exclusivamente, respetar sus necesidades, sus deseos; después, tener un pleno conocimiento y si no lo tenemos lograrlo de la patología que tiene, tener un lugar adecuado, ser sincero con los objetivos en el sentido de ir verificándolos,

manejarnos lo más objetivos posible, interconsultar; para mí eso es manejarse con ética" (entrevista 10)

Como ya se mencionó en la caracterización de la muestra, algunos Terapistas Ocupacionales realizaron su formación de posgrado en Bioética respondiendo a intereses personales.

No obstante hecha esta distinción, los criterios éticos mencionados por ambos grupos reflejan similitudes relevantes.

"La palabra profesio, su significado, "imprime carácter", significa tener una visión nueva de las cosas,(...) donde entra a formar parte la ética, tus valores, tu postura ante la vida (...) van a ser el enfoque o los anteojos que vos te pongas para enfrentar a tu paciente, tu carrera, la investigación, la docencia, etc." (entrevista 5)

" Hay cuestiones de, no de la bioética, sino de la ética que se aprenden en casa, son esos modelos con los cuales uno identifica para un lado o para el otro, pero para algún lado se identifica." "...luego sobre esa base, sobre ese cimiento, que después cuando uno ejerce o desempeña una tarea, no importa cual, va a poner en juego esos valores, que son los valores morales, los valores éticos." (entrevista 9)

" Para trabajar desde un marco ético, necesitas un código de ética (...) que te proteja como profesional y porque a veces las personas necesitamos de algo que nos esté marcando el camino también. Desde ahí,

como profesión creo que es absolutamente necesario. Pero para tu trabajo en concreto creo que en definitiva lo que volcás es lo que tenés dentro, o lo que vas logrando tener, cambiando, cuestionando y te vas replanteando...”
(entrevista 6)

En referencia a los criterios éticos, los Terapistas Ocupacionales consideran que los valores y la postura ética de su vida cotidiana transcurren indisolubles de su ejercicio profesional. Esto responde a que la propia historia del profesional, signada de valores y principios, determina un posicionamiento ético profesional como variable que junto al contexto socioeconómico, cultural e histórico determinan la práctica en Terapia Ocupacional.

Si pensamos en el principio de autonomía como el principio de respeto a las personas y a la dignidad humana como valor fundante; encontramos que un número significativo de entrevistados mencionan el respeto como valor esencial de su accionar ético.

Por último se desprende de los contenidos de las entrevistas la necesidad de un Código de Ética que regule la profesión, tema ampliamente desarrollado en el Trabajo Final “Aportes para un marco regulatorio de carácter ético en el ejercicio profesional de Terapia Ocupacional” (Correa, M. P. y Fuentes, A. M., UNMdP; 1999)

Nos parece oportuno en este momento de la interpretación de los datos explicitar que no es el objetivo de este trabajo tomar una postura de

análisis crítico de las actitudes personales y criterios éticos implementados por los Terapistas Ocupacionales entrevistados. Sino que consideramos necesario conocer los mismos como actitudes y criterios que identifican y significan a la Terapia Ocupacional como disciplina teórica y pragmática.

D) CONCEPTO DE AUTONOMIA.

Este tópico presenta dos aspectos: por un lado el significado que le otorgan los Terapistas Ocupacionales a la autonomía y sus conocimientos acerca del principio de autonomía bioético; y por el otro lado la autonomía como objetivo de la Terapia Ocupacional.

✓ Concepto de autonomía y principio de autonomía bioético.

Con respecto al concepto de autonomía que se desprende del contenido de las entrevistas podemos distinguir entre las significaciones que le otorgan a la autonomía los Terapistas Ocupacionales que presentan conocimientos de Bioética y los que no lo presentan.

Concepciones de autonomía tales como: condición inherente a todos los seres humanos, condición sujeta a variación y que admite grados, capacidad de comunicación entre interlocutores válidos, respeto por las asimetrías, posibilidad de múltiples expresiones y la necesidad de

comprenderla a partir de la historia personal, creencias y valores en un contexto particular; emergen del discurso de algunos entrevistados reflejando el significado que otorgan los Terapistas Ocupacionales al concepto de autonomía.

"...el principio de autonomía es esto que es esta capacidad que tiene las personas, derechos, desde el primer momento y hasta el último momento de su vida, de poder ser dueños de sus decisiones, de su cuerpo y de su mente, aún en aquellos momentos terapéuticos en los que inclusive no hay respuestas..." (entrevista 8)

"...hay una autonomía relativa, no creo que exista la autonomía absoluta, y dentro de esa autonomía relativa, creo que las personas tendrían que tener la capacidad de tomar decisiones que tengan que ver con sus intereses, con sus deseos, con la satisfacción de sus necesidades; y que ellos a su vez puedan delimitar esas decisiones,(...) y no necesariamente estar coaccionados por terceros..." "El principio de autonomía es uno de los pilares junto con el de justicia y el de beneficencia, que tiene que ver con el reconocimiento del ser humano como una persona digna." "... yo creo que la autonomía tiene que ver con algo muy profundo, se puede manifestar en una actitud en una toma de decisiones, vos te sentís o no te sentís con esa autonomía como un referente interno. Incluso en este sentirte vos autónomo, también vas a reconocer tus competencias, más allá que uno empiece a hablar de las patologías que limitan las competencias que para mí serían los límites a esta autonomía." (entrevista 6)

"La autonomía de una persona está dada por el poder autodeterminarse, poder hacerlo de una forma racional, intencional y sin coerción ni externa ni interna." "...así referida sería una autonomía total, en la cual uno puede decidir, discernir, y tomar una opción sobre algo que tiene que decidir." "...hay distintos grados de autonomía que se pueden ir dando de acuerdo a las patologías de los pacientes en este caso, de acuerdo a la inserción social de la persona, (...) la autonomía puede variar; el punto de partida sería esto de la autodeterminación en base a sus creencias, sus valores, sus intereses y teniendo en cuenta su capacidad de razonar y que eso hace que tome una decisión intencional ..." (entrevista 5)

"...la autonomía tiene que ver no sólo con la posibilidad de elegir, de elegir acerca de la propia vida, sino tiene que ver no sólo con la capacidad sino con la oportunidad de elegir y decidir sobre la propia vida." "...hasta en el momento de crisis y en el momento agudo no tiene porque quedar excluido y seguir trabajando con él el eje de la autonomía." "... uno puede seguir trabajando igual." "...esto hace a la autonomía de esa persona, al reconocimiento del otro como un ser con autonomía. Si yo interrogo sólo por la enfermedad, lo circunscribo, lo limito." (entrevista 9)

Entendida así la autonomía, es un valor y un derecho para la Bioética, que implica en situaciones de vulnerabilidad, una máxima protección y respeto.

Diversos son los grupos vulnerables sobre los que actúa Terapia Ocupacional, cuando capacidades cognitivas, emocionales, volitivas y sociales de las personas están comprometidas.

Cada persona es única y singular, y siempre habrá algo que descubrir en ella; así como un mínima voluntad y cierto grado evaluable de competencia como para promover y potenciar sus opiniones, elecciones y acciones autónomas

Hay quienes sin tener conocimientos de Bioética, desde un lenguaje técnico, relacionan la autonomía con las posibilidades de independencia dentro de diferentes esferas como las actividades de la vida diaria, educacionales, laborales, culturales y sociales.

"La autonomía de una persona es poder valerse por sus propios medios o con la ayuda de aquellos elementos que requiera para autovalerse en las actividades cotidianas (...) poder insertarse de alguna manera en una actividad de su interés..." (entrevista 2)

"...un ser es autónomo cuando puede en cierta forma independizarse, valerse por sí mismo, solo defenderse y manejarse en y frente a la sociedad." (entrevista 4)

"Creo que el TO, a pesar de que durante muchos años no conoció, por lo menos en nuestro país, principios de la bioética, estaban subyacentes en estos objetivos finales nuestros donde lo que buscamos es que la persona sea independiente, sea autónoma, autosuficiente; aunque no lo

tuviéramos claro que eran los objetivos, o que eran derechos, o principios de la bioética.” (entrevista 8)

Creemos que el principio de autonomía bioético por sus múltiples posibilidades de expresión se manifiesta a través de singulares indicios en cada de estas esferas en las que participa Terapia Ocupacional. Espacio de encuentro donde el terapeuta intentará proponer una relación de ayuda organizada a favor de la autonomía del paciente. Y donde la eficacia de sus intervenciones se reflejará en el respeto por la subjetividad de cada paciente, la consideración de sus intereses y la convicción de que toda persona merece vivir dignamente

Desde Terapia Ocupacional, entendemos que la independencia es un posible y válido intento de expresión de la autonomía desde una perspectiva bioética.

Reconocemos que el principio de autonomía excede los límites de la independencia como objetivo terapéutico, convirtiéndose en un referente de actitudes y valores frente al otro.

✓ La autonomía como objetivo de la Terapia Ocupacional.

En su esencia la Terapia Ocupacional intenta construir un espacio dialógico en un marco de respeto hacia situaciones de vulnerabilidad,

tratando de compensar dentro del proceso terapéutico la diferencia de oportunidades del contexto social.

Indiferentemente del área de incumbencia y del posicionamiento ideológico que guíe la intervención terapéutica, la independencia como posible y válido intento de expresión de la autonomía, surge como esencia de las acciones en Terapia Ocupacional.

Foro del 2011
2. No más
 " Los objetivos en TO (...) colaborar o lograr la mayor autonomía posible de una persona, logrando desarrollar al máximo las capacidades funcionales que así se puedan o bien lograr desarrollar aquellas capacidades residuales, que no son las que se hubieran usado en desarrollos normales, pero son las que se tiene." "... todas las carreras ligadas a la rehabilitación enfocan la autonomía (...) como el objetivo primordial." "... por eso nosotros tenemos que rescatar el abordaje con nuestros medios terapéuticos." (entrevista 2)

"... también es importante como objetivo la autoestima, la confianza en sí mismo, que aprendan a valorarse y que los valoren, por sus capacidades y actitudes (...) también lograr la socialización." (entrevista 4)

" Se debe permitir desarrollar su autonomía, además del deseo propio de ser autónomo, de las posibilidades físicas y psíquicas." "...debe haber un marco que permita la autonomía del sujeto, que no es justamente éste." (entrevista 11)

Unidad de la Terapia Ocupacional
14000000
 de la Unidad de la Terapia Ocupacional

"Yo pienso que nos identifica y que TO es su incumbencia fundamental pensar en la independencia de una persona en sus actividades cotidianas (...) es la raíz de la TO." (entrevista 10)

"Yo creo que es el concepto (de autonomía), es el concepto principal; es el marco de todos los otros objetivos que yo me puedo plantear para estar con esta persona." (entrevista 9)

"... porque de alguna manera como terapeuta o como adulto que influye en el desarrollo de un chico (...) mientras tengas que ver en la vida de otros tenés formas de intervenir en sus niveles de autonomía." (entrevista 6)

"...justamente el abordaje que hacemos nosotros es para, desde algunos parámetros, modificar ciertas situaciones para que esa vulnerabilidad disminuya, de otras maneras podríamos decir rehabilitar para que a pesar de esta vulnerabilidad que tiene puedan integrarse a una sociedad. Sea un individuo o un grupo tiene una dignidad y la autonomía parte de ahí, si lo consideramos persona, la autonomía parte de ahí, si es persona es digna." (entrevista 5)

Interpretamos entonces, que de la relación entre los recursos técnicos y las posibilidades que estos ofrecen en el contexto terapéutico; la participación del paciente, la familia y su grupo social; y las actitudes personales y criterios éticos de un profesional responsable emergen elementos que caracterizan la naturaleza de la Terapia Ocupacional para favorecer la

autonomía de las personas vulnerables, así como para promoverla y potenciarla.

CONCLUSIONES

Cuando se comienza a gestar este trabajo de investigación, la Bioética se convirtió desde el inicio en movilizadora y canalizadora de interrogantes referentes al ejercicio profesional y al momento personal de comenzar a ejercerlo. En ese momento, adoptamos una postura crítica respecto de las limitaciones y carencias de la Terapia Ocupacional frente a dilemas éticos, que estaban muy lejos de poder resolverse a partir de una filosofía bioética aplicada a Terapia Ocupacional.

Sin desconocer las limitaciones y carencias de nuestra profesión, cambiamos nuestra óptica, porque creímos mucho más enriquecedor encontrar los aportes que desde nuestra disciplina primen el respeto por la dignidad humana, reflexionados desde una perspectiva bioética; teniendo en cuenta que hablar del principio de autonomía nos remite al principio de respeto por las personas y a la dignidad humana como valor fundante.

Fueron varias las ideas que surgían en el intento de concretar un tema, situación que dio inicio a una búsqueda teórica que, comprensiva y reflexivamente, nos condujo a plantearnos desde una perspectiva bioética, los aportes desde Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables. Entendemos que persona vulnerable es aquella que por atravesar una situación de enfermedad o desventaja social presenta sus capacidades cognitivas, emocionales, volitivas y sociales comprometidas; pero

que aún así goza de un cierto grado de voluntariedad y competencia para poder decidir y actuar autónomamente.

En el transcurso de la investigación y fundamentalmente en el desarrollo de las entrevistas se fue vislumbrando el significado que tiene la autonomía de las personas vulnerables para los doce Terapistas Ocupacionales entrevistados y las opiniones acerca de las posibilidades que dentro del abordaje terapéutico, favorecen la expresión de la autonomía.

Con la intención de conocer concepciones representativas de la Terapia Ocupacional, caracterizamos el grupo de estudio teniendo en cuenta todas las áreas de incumbencia establecidas; en la mayoría de los casos contamos con por lo menos dos profesionales por área; y la diversidad de modelos teóricos a los que adhieren.

El análisis de los datos nos permitió conocer una gran variedad de recursos técnicos implementados, estando éstos fuertemente vinculados al área de incumbencia y a los modelos teóricos a los que adhieren los Terapistas Ocupacionales.

El principal recurso técnico mencionado es la actividad terapéutica, incluyendo ésta desde fases de actividad, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, adaptaciones, laborales, talleres de expresión, estimulación y producción, hasta la concreción de proyectos. Algunos Terapistas Ocupacionales, agregan la modalidad de implementación de dicha actividad, como recurso técnico, para que ésta se convierta en actividad terapéutica, o sea, en un acto cargado de intenciones,

voluntades, deseos y necesidades. Es decir que se torna tan importante la actividad como su modalidad de implementación en relación a los objetivos de tratamiento. Otro recurso técnico mencionado fue el vínculo, como facilitador del encuentro entre los elementos del proceso terapéutico (T.O.-paciente-actividad) y como base para la propuesta de actividad propiamente dicha.

Interpretamos que las posibilidades que ofrecen estos recursos para facilitar y promover la expresión de la autonomía del paciente, subyacen en el discurso de todos los profesionales. Los recursos técnicos mencionados, promueven la participación activa del paciente en el proceso terapéutico, brindando posibilidades de comprensión, elección y acción, con diversos grados de autonomía.

Para los Terapistas Ocupacionales, las posibilidades de intervención del paciente en la propuesta terapéutica, a partir de los recursos técnicos mencionados, oscilan entre la plena posibilidad de expresión, hasta una posibilidad limitada por diferentes variables, como la edad, la patología, el momento de la enfermedad, la familia, etc. Estas variables, inherentes a los grupos vulnerables, en algunos casos se presentan como determinantes de la no posibilidad de expresión, en otros casos no se presentan como determinantes y un tercer grupo que no adopta una postura polar, reconoce diferentes grados de autonomía y las múltiples posibilidades de expresión de la misma.

Cabe agregar que en íntima relación con lo anteriormente mencionado, juega un papel fundamental la actitud del Terapeuta Ocupacional,

capaz o no de ofrecer las oportunidades que aún en situaciones de vulnerabilidad permitan al paciente elegir y decidir, participar y permanecer en el proceso terapéutico, variar las modalidades de las técnicas implementadas y elegir actividades que de acuerdo a sus intereses resulten terapéuticas; entre otras posibilidades.

"Lo que uno observa, (...) es que hay una enorme cantidad de capacidades en estas personas que, por supuesto una no va a negar que puede haber ciertas restricciones, ciertas limitaciones: pero que ciertamente esas capacidades no se despliegan porque no hay oportunidades." " Cuanto mayor número de acciones autónomas esa persona pueda realizar, en un aspecto va a tener mayor autonomía en la acción, en el hacer, pero además, no sólo la autonomía se juega en la acción, también se juega en el pensar, hay que favorecerlo en relación a la autonomía en la elección, y para que pueda elegir tiene que tener oportunidad..." (entrevista 9)

En este trabajo, también nos interesó conocer las diferentes significaciones que tiene, para los Terapistas Ocupacionales entrevistados, la participación de la familia en el proceso terapéutico. En algunos casos se destaca su importancia, como condición necesaria para alcanzar la salud, mientras que en otros se transforma en generadora de patología adjudicándole al paciente el rol de portavoz de la enfermedad familiar.

Como otro grupo relevante de participación dentro del proceso terapéutico fue mencionado el equipo interdisciplinario. Este grupo no se había tenido en cuenta en el momento de la entrevista; reconocemos del mismo que

si es carente de las posibilidades de diálogo, argumentación y búsqueda de consensos, limita las oportunidades de expresión de la autonomía del paciente.

En relación al contexto social, como marco que incluye a los grupos anteriormente mencionados, también fue concebido como generador de patología, cuando no encuentra en sí mismo posibilidades que ofrecer a sus miembros. Es reconocido como marco que no dignifica a quienes lo integran y como receptor, al igual que el paciente, la familia y los profesionales de la salud, de políticas de salud de un Estado que no garantiza las mínimas necesidades de sus miembros. Entorno que se convierte en muchos casos en determinante del fracaso de los procesos de rehabilitación. Cuestión que nos hace reflexionar hasta dónde la autonomía como objetivo primordial de la Terapia Ocupacional, no queda concebida como un fin abstracto, en tanto los Terapistas Ocupacionales sólo cuentan con los recursos profesionales, inmersos en un contexto hostil que no brinde oportunidades que ofrecer al paciente...

"...no consideramos al paciente aislado, y que él es el que presenta el síntoma,..." "Es convergente de una familia que está inmersa en una comunidad determinada que también es generadora de patología (...) si esta comunidad es generadora de patología, bueno tiene que haber políticas de Estado que hagan que esa comunidad elimine los riesgos de sufrir enfermedades, pero para eso también hay que trabajar desde abajo, con la gente para que pueda producir un cambio en la salud." (entrevista 11)

El contenido de esta cita, revaloriza nuestro rol, al mencionar la necesidad de trabajar con el paciente, desde abajo; y que el mismo no quede

arrasado por un Estado que no prioriza los mismos objetivos en cuestiones de salud. Entendemos que si cada uno cumpliera verdaderamente el rol que asumió o que le fue adjudicado, familia, profesionales, comunidad, Estado, etc.; los objetivos en relación a la autonomía de las personas vulnerables no quedarían concebidos como fines abstractos y serían más viables los medios para poder alcanzarla.

En el transcurso de nuestro trabajo, y a partir del contenido de las citas, se fueron vislumbrando las diferentes posturas y actitudes de los profesionales en relación a los diversos temas abordados. Pero en este momento, nos interesa hacer una reseña particular de las actitudes personales del Terapeuta Ocupacional durante la situación terapéutica. Para esto partimos de la premisa de que las actitudes personales y los criterios éticos del Terapeuta Ocupacional son indisociables de su práctica profesional .

Actitudes tales como plasticidad, creatividad, mirada integradora, resaltar potencialidades y practicidad surgen del contenido de las entrevistas, revelando la identidad particular de nuestra disciplina y la peculiar modalidad del Terapeuta Ocupacional de posicionarse frente a la situación terapéutica.

La actitud de los Terapeutas Ocupacionales favorece y promueve la expresión de la autonomía de las personas vulnerables; pero del siempre presente interjuego entre el principio de beneficencia y el principio de autonomía, frente a determinadas circunstancias, es necesario privilegiar el

primero; situación que se presenta con mayor frecuencia dentro del área de salud mental y en la infancia, entre otras.

Ante la carencia de un marco regulatorio de carácter ético que oriente nuestra profesión, también nos interesó conocer los criterios éticos que los Terapistas Ocupacionales implementan en el abordaje terapéutico. En este punto nos encontramos con una distinción que se gesta entre los profesionales que tienen formación en Bioética y los que no. Dentro del primer grupo, los criterios mencionados tienen una base bioeticista, mientras que el segundo grupo los mencionan desde el saber personal y profesional; no obstante resultan significativas las similitudes que existen entre los mismos. Dentro de estas similitudes, cabe destacar que un número representativo de entrevistados mencionan el respeto como valor esencial de su accionar ético. Los Terapistas Ocupacionales, en general, consideran que los valores y la postura ética de su vida cotidiana transcurren indisociables del ejercicio profesional. Esto responde a que la historia personal del profesional, signada de valores y principios, determina un posicionamiento ético profesional como variable que junto al contexto socioeconómico, cultural e histórico determinan la práctica en Terapia Ocupacional. No obstante, se desprende del contenido de las entrevistas, la necesidad de un Código de Ética que nos regule como profesionales.

Esta distinción que se presenta entre los profesionales que están formados en Bioética y aquellos que no, resurge al abordar nuestra última etapa de trabajo, es decir, al pretender indagar y conocer los conceptos que tienen los profesionales acerca de la autonomía.

Concepciones tales como: condición inherente a todos los seres humanos, condición sujeta a variación y que admite grados, capacidad de comunicación entre interlocutores válidos, respeto por las asimetrías, posibilidad de múltiples expresiones y la necesidad de comprenderla a partir de la historia personal, creencias y valores en un contexto particular; emergen del discurso de algunos entrevistados reflejando el significado que los Terapistas Ocupacionales le otorgan al concepto de autonomía.

Hay quienes sin tener conocimientos de Bioética, desde un lenguaje técnico, relacionan la autonomía, con las posibilidades de independencia dentro de las diferentes esferas de la vida de la persona. La independencia entonces, se manifiesta como un posible y válido intento de expresión de la autonomía, desde una perspectiva Bioética. Cabe destacar que dicho principio excede ampliamente los límites de la independencia, convirtiéndose en un referente de actitudes y valores frente al otro.

En su esencia, la Terapia Ocupacional, intenta construir un espacio dialógico en un marco de respeto hacia situaciones de vulnerabilidad, tratando de compensar, dentro del proceso terapéutico, la diferencia de oportunidades, propias del contexto social.

Concluimos que, pese a todas las distinciones que hemos tenido en cuenta de todos los aspectos que nos interesaron conocer y comprender, la autonomía como núcleo de esta investigación se manifiesta como pilar dentro del accionar en Terapia Ocupacional.

Comprender el significado que los Terapistas Ocupacionales otorgan a la autonomía y conocer las posibilidades y oportunidades que ellos creen que la Terapia Ocupacional posee para favorecerla, como su objetivo primordial, nos lleva a concluir acerca de nuestro verdadero aporte a la expresión de la autonomía de las personas vulnerables.

Descubrimos entonces que la Bioética, como enfoque particular, es una valiosa propuesta teórica para pensar y re-pensar nuestros abordajes, así como para asumir un auténtico posicionamiento de respeto hacia el otro. Además creemos que si la autonomía es un concepto tan relevante para Terapia Ocupacional, no debiera carecer, dentro de la profesión, de un sustento bioético que posibilite reflexionarla, desde cada contexto en particular. Seguramente, esta carencia se deba en primera instancia a la incipiente inclusión de la Bioética en nuestra formación; motivo por el cual y respondiendo a la demanda de varios Terapistas Ocupacionales entrevistados, proponemos ampliar las posibilidades de formación en Bioética para aquellos profesionales que lo consideren necesario para un rol más comprometido.

Para finalizar, y como posibles lineamientos para futuros trabajos de investigación, proponemos una continuación del mismo a partir del discurso de los grupos vulnerables en relación a las posibilidades que ellos creen que ofrece nuestra profesión para la verdadera expresión de la autonomía.

También creemos viable, profundizar los diferentes aspectos a los que en este trabajo tratamos de aproximarnos, como lo son:

- ✓ la autonomía y la participación de la familia;
- ✓ la autonomía y la participación del equipo interdisciplinario en un marco institucional;
- ✓ la autonomía y la participación del contexto social;
- ✓ la autonomía y las actitudes del Terapeuta Ocupacional.

Y ahora sí, para finalizar, esperamos que nuestro trabajo haya llegado a cumplir con las expectativas de quienes se acercaron a compartirlo. Deseamos que la Bioética y la Terapia Ocupacional sigan encontrando puntos de comunión y fortalecimiento recíproco

BIBLIOGRAFIA

GENERAL.

- BEAUCHAMP, T.; Mc CULLOUGH y LAURENCE B. *Etica Médica. Las responsabilidades morales de los médicos.* – Barcelona: Edit. Labor S.A., 1987.
- *DICCIONARIO ENCICLOPEDICO SALVAT.* -- España, 1997.
- *ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA-EUROPEO AMERICA.* -- Madrid: Edit. Espasa-Calpe S.A., 1926.
- *ENCICLOPEDIA ENCARTA 2000.* Microsoft.
- *ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA PUBLISHERS.* -- U.S.A., 1999.
- FROMM, E. *Etica y Psicoanálisis.* – México: Edit. Fondo de Cultura Económica, 1986.
- MARTINEZ, M. *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual Teórico-Práctico.* – México: Edit. Trillas, 1997.
- PROYECTO DE LEY NACIONAL PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL. Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales.
- VALEROS, J. *Notas sobre la naturaleza de Terapia Ocupacional.* Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP.
- WILLOUGHBY, C.; KING, G. y POLATAJKO, H. *Una guía para el Terapeuta Ocupacional sobre la autoestima en los niños.* Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP.

BIBLIOGRAFIA ELECTRONICA:

- ANDRES PIZARRO J. de. *El análisis de estudios cualitativos* [en línea]. España, Rev. Atención Primaria, 30 de Enero de 2000. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=10991>[18 de Abril de 2002]
- BENARD, B. *El fomento de la elasticidad en los niños.* [en línea] University of Illinois at Urbana-Champaign: ERIC Digest, Junio de 1996. <http://ericps.ed.nine.edu/cece/pubs/digests/1996/fomen96s.html> [28 de Septiembre de 2000]
- Código de Etica de Terapia Ocupacional. [en línea] <http://terapia-ocupacional.com/articulos/códigoética.html>[19 de Marzo de 2001]
- LOLAS STEPKE, F. *Bioética del cuidado en la ancianidad* [en línea] Universidad de Chile. <http://www.gerontología.uchile.cl/docs/lolas-os.pdf> [20 de Marzo de 2002]
- LOLAS STEPKE, F. *Bioética: ¿es importante para las Américas?* [en línea] O.P.S. <http://www.paho.org/spanish/DPI/100/100feature04.htm-16k> [20 de Marzo de 2002]
- LOLAS STEPKE, F. *La vejez como etapa vital: consideraciones bioéticas.* [en línea] Universidad de Chile. <http://www.gerontología.uchile.cl/docs/lolas-04.pdf> [20 de Marzo de 2002]
- PEREZ FLORES, M. *Más allá del cuerpo de F. Lolos Stepke.* [en línea] Santiago de Chile, Edit. Santiago Bello, 1997. <http://uchile.cl/publicaciones/anales/6/resena2.htm-12k>[20 de Marzo de 2002]

- RIBOT CATALÁA, C.; FERNÁNDEZ -TELLADO GILA, M.A. y GARCÍA de LEÓN, D. "Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas". Revista Atención Primaria, vol.25, Edit. Doyma, marzo de 2000.<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=10991>[18 de Abril de 2002]

- RUECA, L. *Aspectos Éticos del envejecimiento*. [en línea] Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Terapia Ocupacional. <http://www.med.uchile.cl/saludpública/index.html>[5 de Octubre de 2001]

GLOSARIO.

GLOSARIO.

- ❖ **Vulnerable:** condición adjudicada a aquello o aquel que ha sido herido, ya sea física o moralmente. Dañado, perjudicado.

En el contexto de esta investigación, dentro del encuadre bioético que la misma posee, este termino es adjudicado a aquellas personas que por diferentes circunstancias; edad, patología, crisis emocionales, situación socioeconómica adversa, factores ambientales desfavorables, etc.; presentan disminuida su autonomía y por ende la posibilidad de expresarse autónomamente.

- ❖ **Autonomía:** etimológicamente, proviene del griego *autos*: uno mismo y *nomos*: gobierno propio o autodeterminación.

A lo largo del desarrollo de este trabajo hemos mencionado el principio de autonomía bioético, haciendo referencia una a condición inherente a aquellos seres humanos que gozan de libertad para accionar y decidir; admitiendo en este concepto distintos grados y posibilidades de variación, con lo cual se lo piensa sin signarle un carácter absoluto.

En el marco de la bioética se menciona a las personas vulnerables como aquellas que poseen una *disminución de su autonomía*.

- ❖ Independencia: implica libertad, autonomía, entereza, firmeza de carácter.

Todo aquel individuo que goza de esta condición puede sostener sus derechos u opiniones, sin hacer caso de respetos, halagos y/o amenazas.

En Terapia Ocupacional es esta condición uno de los objetivos a lograr en el desarrollo del quehacer terapéutico.

En este trabajo de investigación el concepto de independencia y el de autonomía han sido tomados como sinónimos.

- ❖ Capacidad: aptitud o suficiencia para alguna cosa.

Se considera este término como inherente a la persona, siendo necesario, dentro de un marco legal, para el ejercicio de la autonomía. Mencionamos a la capacidad física, psicológica, de interacción social y cultural que posee un individuo para un desempeño autónomo, independiente.

- ❖ Competencia: aptitud, idoneidad.

Este término en el campo bioético está ligado a la capacidad que posee un individuo, en tanto designa el marco legal para el ejercicio de la autonomía; mientras la competencia que posee un individuo será la habilidad de éste para actuar autónomamente en distintas circunstancias.

Ambos conceptos (capacidad y competencia) están sujetos a variación, de acuerdo al grado de madurez de la persona; a su historia personal y

familiar; al contexto social; al tipo y evolución de enfermedad padecida; a la actitud del profesional responsable; etc.

Destacamos que bajo ningún punto de vista, en esta investigación, puede entenderse el término competencia como disputa o contienda entre dos o más sujetos respecto de alguna cosa.

- ❖ Abordaje terapéutico: implica al acercamiento hacia el otro para tratar la enfermedad que este padece.

En Terapia Ocupacional, específicamente, comprende la relación que se establece entre terapeuta ocupacional y paciente, con toda la red de vínculos que tal relación promueve; en un espacio en el que se instala un tratamiento capaz de brindar la posibilidad de una reinserción activa en la realidad, en donde el sujeto pueda interactuar con ella, transformándola y transformándose; con el fin de lograr la autonomía, independencia e integración del sujeto-paciente.

También llamaremos a esto "proceso terapéutico", "intervención terapéutica".

- ❖ Interdisciplinariedad: implica la articulación de perspectivas y posiciones entre distintas disciplinas, el encuentro desde diferentes contextos teóricos, reconociendo las similitudes y afirmando las diferencias.

- ❖ Transdisciplinariedad: este concepto trasciende el de interdisciplinariedad, para designar a una instancia científica capaz de imponer su autoridad a las disciplinas particulares a fin de conjugar saberes que posibiliten un enfoque bioético común. Implica el ideal de transobjetividad entre diferentes prácticas disciplinarias.

Giro

*Sí esperas que el futuro
cambie tu presente
invocando a la suerte y al azar,
te incorporas a las naves al gareté,
quedas a merced del viento,
las olas y el humor.*

No.

No lo intentes.

No.

*Busca la brújula en lo profundo
de tu alma,
alúmbrala con la luz del corazón.*

Ubícala hacia el este,

¡Con cuidado!

*¡Aprieta fuerte con las manos
el timón!*

*En ese viaje,
nadie ha fracasado...*

*En los amaneceres
se encuentra el propio sol.*

Elida Honoré