

1998

La percepción de los licenciados en terapia ocupacional, de los aportes recibidos durante la formación de grado, en prevención primaria de drogadicción

Capozzi, Patricia Rosana

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/908>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO
SOCIAL**

TESIS FINAL

**La percepción de los Licenciados en Terapia
Ocupacional, de los aportes recibidos durante la formación de grado,
en Prevención Primaria de Drogadicción.**

Tesistas

Capozzi, Patricia Rosana

Etcheto, María Eugenia

Schechtel, Mariel

Directora

T.O. Calderone, Graciela

1998

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1333	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

AGRADECIMIENTOS

Se nos hace imposible avanzar sin mencionar a aquellas personas que de muy diversas maneras nos han acompañado y han contribuido en la finalización de esta etapa que queda simbólicamente representada por este trabajo.

- A nuestra Directora, T.O., Calderone, Graciela, y nuestro Co-Director Prof. Grasso, Luis, por haber aceptado y cumplido incondicionalmente la responsabilidad de guiarnos, por haber hecho de cada encuentro un espacio de trabajo y contención en las distintas etapas de éste largo camino.
- A nuestros familiares y amigos que nos acompañaron y dieron su constante apoyo.
- A la Lic. en T.O. Campissi, Alejandra; a la Prof. Zervino, M. Lía; a la Dra Uveda, Nene, y al Dr. Prof. Mirolli, Alfredo, quienes desinteresadamente colaboraron; y a todos aquellos que desde otro lugar también estuvieron presentes e hicieron posible la realización de las páginas que siguen.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra formación preprofesional, la elección del tema de nuestra tesis de grado fue tomando diferentes caminos, pero siempre tenía como denominador común, Las Adicciones.

En un principio, lo delimitamos dentro de un marco asistencial, con el correr del tiempo y de ir investigando sobre el tema, sentimos que desde nuestro lugar de jóvenes y futuras profesionales de la Salud, no podemos dejar de lado, la **PREVENCIÓN PRIMARIA EN PATOLOGÍAS SOCIALES**, como lo es la Drogadicción, siendo un fenómeno macrosocial que incluye a todos los niveles y sectores de nuestra sociedad.

Desde esta perspectiva, es que nos planteamos en nuestra investigación la importancia de recibir durante la formación de grado en Terapia Ocupacional, elementos teórico - prácticos en **PREVENCIÓN PRIMARIA** que nos permitan su aplicación en Programas de Prevención en Drogadicción.

Uno de nuestros objetivos a partir de esta investigación, es desarrollar o fomentar una **"CULTURA PREVENTIVA EN PATOLOGÍAS SOCIALES"** durante la formación de grado del Licenciado en Terapia Ocupacional como agente de Salud, y dejar abierta la posibilidad de plantearnos en un futuro, la especialización en este tema.

Nuestro marco teórico, se remite a la consulta de bibliografía que nos permita remontar a la historia de la Terapia Ocupacional y de cómo cada período influye en la búsqueda de nuevos paradigmas de acuerdo a las necesidades de una sociedad que está en constante cambio.

Es por ello que creemos que nuestra profesión debe estar preparada para recibir estos cambios, desde un enfoque enfatizante en el compromiso social e intentando crear entornos sociales y físicos que favorezcan la salud y el bienestar de los individuos orientándose hacia el cambio social ("Políticas Públicas Saludables").

A partir de la situación planteada, definimos científicamente nuestra problemática:

Qué conocimientos básicos impartidos en la currícula recibió durante su formación de grado el Licenciado en Terapia Ocupacional, graduado entre los años 1987-1997, en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, asociados a la A.M.T.O. (Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales)

1. FUNDAMENTOS DEL MARCO TEORICO

A. SITUACION ACTUAL

La propuesta de analizar críticamente el proceso de formación del Licenciado en Terapia Ocupacional constituye una tarea impostergable, destinada a establecer pautas de acción que respondan a un perfil consensuado.

Es un desafío que amerita la discusión en cada realidad a fin de encontrar la forma más adecuada de abordarla.

Es en este marco de reflexión, donde surgirán políticas de transformación y modernización que requiere el proceso educativo en la formación del Licenciado en Terapia Ocupacional, que le permita responder a las problemáticas actuales y futuras en un Mundo en constante cambio.

En el año 1985, se crea la Licenciatura en Terapia Ocupacional, y dentro de sus incumbencias profesionales, se espera, que el Terapeuta Ocupacional será el profesional capacitado para la selección, graduación y aplicación de actividades, en un encuadre que le es propio, en virtud de la capacitación acreditada por los respectivos títulos para ejercer funciones en: Prevención Primaria, Secundaria, Terciaria y Cuaternaria.(1)

Nos limitamos a desarrollar los contenidos y objetivos de Prevención Primaria, extraídos del Proyecto Licenciatura en Terapia Ocupacional del año 1985.

PREVENCIÓN PRIMARIA: El Terapeuta Ocupacional ejercerá funciones graduadas y sistematizadas, participando de la programación y ejecución de planes tendientes a prevenir, favorecer y mantener la salud psicofísica e integración social en los niveles nacional, provincial y municipal.

(1) Cf. Proyecto de Licenciatura en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

OBJETIVOS

- Planificar e instrumentar actividades socializantes, recreativas y culturales.
- Fomentar la creación de programas asistenciales y preventivos acorde al grupo etéreo, inserto en la comunidad.
- Planificar, organizar y dirigir planes de resocialización con un enfoque interdisciplinario.
- Impartir a través de canales de comunicación individuales, grupales y masivos pautas de Educación Sanitaria, tendientes a la superación de las condiciones de vida.

Luego de haber analizado los contenidos temáticos de las asignaturas correspondientes al plan 1985, observamos que en la cátedra de Teoría de la Terapia Ocupacional I, se le brindan al alumno los contenidos generales de Prevención en todas sus etapas.

Creemos necesario desarrollar la fundamentación "Modificación plan de estudio de la Licenciatura en Terapia Ocupacional". La modificación del plan de estudio apunta a ampliar el marco referencial teórico a partir del cual el alumno pueda analizar, investigar y generar nuevas propuestas de investigación y desarrollar en los campos específicos una tarea profesional de mayor nivel de excelencia.

Lo antedicho se constata en la distorsión que provoca en el alumno el hecho de no existir en segundo año de la carrera asignaturas metodológicas específicas que le permitan aproximarse a la realidad profesional.

Se proponen alternativas para que el alumno con autonomía pueda optar por cursar seminarios que le permitirían orientarse hacia una futura especialización en el área específica de su elección.

Se deja abierta la posibilidad de incluir nuevos seminarios acordes a las necesidades que demande la comunidad en las áreas: salud, educación, minoridad, etc.

Se espera que quienes hayan cubierto el conjunto de exigencias estipuladas para la carrera, al concluir sus estudios haya logrado:

Enfoque Teórico Epistemológico: una visión de conjunto sumamente clara, integrada, actualizada, coherente, críticamente fundamentada y organizada del cuerpo de conocimientos teóricos - prácticos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Enfoque Interdisciplinario: una perspectiva suficientemente contextualizada de su actividad profesional y sentido de integración de su quehacer en grupos que operan sobre un mismo sector de la realidad: la rehabilitación, desde diferentes planos de análisis e interpretación.

Enfoque Histórico - Actual - Prospectivo: una visión amplia del quehacer y cuerpo teórico de las disciplinas que integran la carrera en su desarrollo histórico, su estado actual y perspectivas de avance futuro.

Enfoque Relacionado con el Pensamiento Científico y el quehacer investigativo: formación pertinente en el manejo de un pensamiento científico que le facilite realizar análisis e interpretación objetiva de la realidad y de su accionar, que le posibilite la producción de nuevos conocimientos.

Enfoque Relacionado con las Prácticas que Tipifican la Actividad Profesional: suficiente idoneidad para operar con razonable nivel de eficacia dentro del quehacer profesional.

Enfoque Enfatizante de la Criticidad y de la Flexibilidad para variar esquemas de interpretación y de acción: marcada disposición a focalizar la realidad de su profesión, su preparación y su propio rol, desde una perspectiva crítica y suficiente habilidad y disposición como para operar su análisis e interpretación desde bases suficientemente fundadas, reorientando su acción toda vez que ello se estime necesario.

Enfoque Enfatizante del Compromiso Social: tomar conciencia de la función social de la formación profesional adquirida para desempeñar roles protagónicos en todas aquellas acciones que favorezcan la más plena realización de las personas que reciben su atención específica.

A continuación nos limitaremos a desarrollar los contenidos temáticos mínimos y objetivos de las asignaturas que brindan al alumno los conocimientos sobre Prevención Primaria:

SEMINARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Objetivos:

- Conocer la función del Terapeuta Ocupacional en las diferentes áreas de aplicación.
- Posibilitar la integración de los contenidos teóricos y prácticos.

Contenidos mínimos: el seminario integra los aspectos filosóficos y principios básicos de las funciones del Terapeuta Ocupacional, relacionados con las áreas de aplicación.

INTRODUCCIÓN A TERAPIA OCUPACIONAL

Objetivos:

- Definir los conceptos básicos en Terapia Ocupacional. Conocer los diferentes campos de desempeño profesional y la evolución histórica en las diferentes etapas.

Contenidos mínimos: conceptos de rehabilitación y habilitación. Estado de salud y enfermedad. Recuperación funcional. Discapacidad. Prevenciones. La rehabilitación como proceso. Concepto de Terapia Ocupacional en diferentes áreas. Equipo interdisciplinario. Medios terapéuticos. Procesos terapéuticos.

TERAPIA OCUPACIONAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y COMUNIDAD

Objetivos:

- Desarrollar reflexión crítica sobre el marco teórico y la realidad sociocultural.
- Traducir en acción las proposiciones teóricas que componen el cuerpo de conocimientos de la Terapia Ocupacional en el campo comunitario.
- Lograr elaboración de proyectos y programas, a partir de una lectura y relevamiento científico.

Contenidos:

- Prevención primaria. Evolución y pilares principales en la prevención primaria.
- Terapia ocupacional en prevención primaria. Abordaje de acuerdo a grupos etáreos y su implementación en la dimensión comunitaria barrial.

TERAPIA OCUPACIONAL EN PSICOPATOLOGIA INFANTO - JUVENIL

Objetivos:

- Contribuir a la formación del Terapeuta Ocupacional como agente detector, orientador y terapéutico, integrante de un equipo multidisciplinario, cuyos objetivos sean preventivos, asistenciales y de investigación.
- Revisar los parámetros "normales" de crecimiento y maduración. Confección de historia clínica, analizando signos y síntomas de los principales síndromes y los diferentes enfoque terapéuticos.
- Comprender las funciones y disfunciones parentales como circunstancias significantes dentro de las patologías infanto - juveniles.
- Aprender la dimensión de los medios terapéuticos de la Terapia Ocupacional adquiriendo los conocimientos y las destrezas para evaluarlo e implementarlo de acuerdo a las características de cada patología.

Contenidos mínimos:

- Historia clínica evolutiva en psicopatología infanto - juvenil. Entrevista y evaluación en Terapia Ocupacional. Noción de "normal" y "patológico".
- Principales síndromes en patologías de la infancia y adolescencias: retardo mental, conductas psiconeuróticas, psicosis, psicopatías en infancia y adolescencia. Alteraciones en la adquisición de funciones.
- Funciones y disfunciones parentales. Diferentes enfoque terapéuticos.
- Análisis y aplicación de medios terapéuticos en psicopatología infanto - juvenil en los diferentes niveles de prevención. Abordajes, intervenciones e instrumentación de técnicas aplicadas a los distintos niveles nosográficos.

TEORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL II

A continuación se enunciarán los contenidos temáticos de la unidad N° 4, donde se aborda la temática adicción a drogas.

Unidad N° 4: El fracaso del yo ante el conflicto.

Impulsiones neuróticas. Alcoholismo.

Farmacotimia.

Adicción a drogas.

Objetivos. Planteo terapéutico. Actividades.

Hasta aquí, se ha realizado una descripción de los contenidos y objetivos de las asignaturas, donde aparecen como tema la formación para la intervención en Prevención Primaria de Drogadicción.

Creemos importante fomentar el compromiso social durante la formación de grado, para que el futuro profesional pueda responder activamente a las necesidades de la comunidad.

B. QUE ES LA TERAPIA OCUPACIONAL?

Existen innumerables tentativas para conceptualizar formalmente la Terapia Ocupacional, y para definirla como practica de salud pactada comprometida con la social. Entretanto generalmente, las definiciones formales la caracterizan como practica "neutra" de salud (2).

En un intento por definir la Terapia Ocupacional, necesariamente debemos hacer una revisión de las conclusiones a las cuales han arribado para poder explicarlas. Se citan a continuación alguna de ellas:

Ley Nº 17132 Secretaria de Estado de Salud Publica 1967: "Se entiende por ejercicio de la Terapia Ocupacional la aplicación de procedimientos a la rehabilitación física y/o mental para su evaluación funcional, empleando actividades laborales, artísticas, recreativas o sociales."

Asociación Americana de Terapista Ocupacionales (A.O.T.A.) 1977: "La Terapia Ocupacional es la aplicación de la ocupación (única actuación) de cualquier actividad que se utilice para la evaluación, diagnostico y tratamiento de problemas que interfieran en la actuación funcional de personas debilitadas por enfermedades físicas o mentales, desordenes emocionales, alteraciones congénitas, o de desenvolvimiento, o en procesos de envejecimiento, con el objetivos de alcanzar un funcionamiento optimo y de prevenir y mantener la salud".

Universidad Nacional de Mar del Plata 1985: "El Terapista Ocupacional es el profesional capacitado para analizar, seleccionar, graduar e instrumentar los medios terapéuticos a través de actividades recreativas, socializantes,

(2) Berenice Francisco, R. T.O. Ed. Papyrus. Brasil. 1988. Pág. 13

artesanales, industriales, semindustriales, de la vida diaria y el manejo de las relaciones interpersonales, en un encuadre que le es propio a fin de prevenir, mantener y favorecer la Salud; brindando asistencia profesional al paciente; realizando, el análisis ocupacional y ubicación laboral; realizando docencia e investigación".

"Lo que caracteriza la Terapia Ocupacional, es precisamente el medio que se propone para tratamiento. En tanto, para que el uso de la actividad, acción, trabajo, pueda ser conceptuado como Terapia Ocupacional, es preciso que se satisfaga una serie de exigencias que se pueden resumir en los cuatro requisitos siguientes:

- En primer lugar, es necesario que la actividad humana sea entendida en cuanto al espacio para crear, recrear, producir un modelo humano. Que esta sea repleta de simbolismo, esto es, que la acción no sea meramente un acto biológico, sino un acto lleno de intenciones, voluntad, deseos y necesidades.
- En segundo lugar, no basta hacer, hacer y hacer, acreditando que el simple curso de las cosas modifica. El hacer debe acontecer a través del proceso de identificación de las necesidades, problematización y superación del conflicto.
- En tercer lugar, no existe receta mágica (actividad mágica) ni técnicas específicas que garanticen que estamos realmente resolviendo el problema.
- En cuarto lugar, es necesario un profesional preparado, cuya tarea sea la de disponerse también como instrumento o recurso terapéutico para incomodar (movilizar), activar y revelar el conflicto para la superación.

No se trata de partes aisladas, autosuficientes, sino de una simple sumatoria, que como por un efecto mágico de su función efectivizan el proceso de Terapia Ocupacional. Es esencial que tenga una visión de conjunto y de cómo estas partes se relacionan dialécticamente" (3)

(3) Idem cita 1. Pág. 11-12

C. HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Mucho se habla de la Terapia Ocupacional como una nueva profesión, en tanto la idea de que la ocupación o diversión de cualquier especie es benéfica a las enfermedades, se manifiesta de tiempo en tiempo en la historia de la humanidad. Los juegos, la música y los ejercicios físicos fueron utilizados por griegos, romanos, egipcios, como medida del tratamiento del cuerpo y el alma.

En Francia en 1971, el Dr. Philipp Pinel, al asumir la dirección del asilo Bicetre y de acuerdo con la trágica situación de los enfermos mentales, tomo a su cargo la reforma asistencial. La utilización de la ocupación fue entonces, introducida como parte principal de su reforma, siendo el pionero en la aplicación del trabajo como forma de tratamiento del enfermo mental.

C.1. Cursos Especiales para Terapia Ocupacional

El primer curso de Terapia Ocupacional y recreación fue de seis semanas, dado en 1009 en la Escuela Cívica y de Filantropía de Chicago, dirigido por la Sra. Clarke Slagle, quien más tarde organizó el programa de rehabilitación en los hospitales de la ciudad de Nueva York.

En 1911 un curso de Terapia Ocupacional fue iniciado en el Sheppard and Enoch Pratt Hospital, en Baltimore, Maryland, por William Rush Dunton, en M.D..

En 1914 fue organizada la "Henry Fawill Scholl of O.T." con E. Clarke Slagle como directora, esta escuela capacitó auxiliares que sirvieron a las fuerzas armadas de Canadá y EE.UU. durante la primera Guerra Mundial.

En la Primera Guerra Mundial, personal capacitado en la asistencia de neurosis de guerra fueron enlistados y en 1917 un hospital base,

exclusivamente para este tipo de trastornos fue abierto en la "La Fauche", Francia.

Entre el personal especializado fue un grupo de Terapistas Ocupacionales llamados "auxiliares de reconstrucción", en 1918, un cuerpo de Terapistas Ocupacionales y físicos fueron solicitados para el Servicio en la Fuerza Armada Expedicionaria. Alrededor de 3500 servían en hospitales militares en los EE.UU. desde 1918 a 1921, el periodo de emergencia de la guerra.

Aunque los auxiliares de reconstrucción fueron alistados principalmente para las unidades neuropsiquiátricas, los servicios de ortopedia dispusieron compartir sus servicios, en parte para un apoyo moral y en parte porque había sido establecido que las manualidades podían ser aplicadas como ejercicio terapéutico para restablecer la función perdida a causa de las heridas o de otros traumas. La American O.T. Association tuvo sus comienzos en 1917 con el establecimiento de la Sociedad Nacional para la Promoción de T.O., la primera reunión se llevo a cabo en Nueva York, bajo la dirección del Dr. William Rush Dunton, Mrs. Eleonor Clarke Slagler, entre otros. En 1921 el primer boletín dedicado a Terapistas Ocupacionales fue publicado bajo el título "Archives of O.T.". Este título fue cambiado mas tarde por " T.O. y Rehabilitación", en 1923 comenzó la organización civil de las Asociaciones de Terapistas Ocupacionales y sus afiliaciones con este medio Terapistas Ocupacionales que trabajaban y que poseían un mínimo standard profesional, eran inscriptos por la American O.T.; en 1923 fueron reconocidos por primera vez, las escuelas de T.O. por el Consejo de Educación en Medicina y Hospitales de la American Medical Ass.

En la década del 50, el tratamiento de pacientes psiquiátricos fue examinado por los Terapistas Ocupacionales, con un creciente énfasis en la adaptación social paciente y retorno funcional del individuo a la familia y a la comunidad.

C.2. Desarrollo de la Terapia Ocupacional en la Argentina:

En la década de 1950 nuestro país padeció los efectos de fuertes epidemias de poliomielitis, a raíz de esta situación, el Gobierno Nacional creó en 1956 la "Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado", dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación.

Con el auspicio de los Gobiernos Británico y Argentino en junio de 1956 llegó al país el primer grupo de profesionales británicos, integrado por cuatro fisioterapeutas y una Terapista Ocupacional Beatriz Kollings, quien llevó a cabo un programa de capacitación teórico - práctico de Terapia Ocupacional para personal que estaba colaborando en el tratamiento de los afectados por la epidemia de poliomielitis.

La necesidad de capacitar personal en forma permanente de Terapia Ocupacional fue una preocupación constante. Por ello, los esfuerzos del Dr. Juan O. Tessone y del Dr. Luis A. González se dirigieron a contratar personal para crear la Escuela de Terapia Ocupacional. Finalmente en 1959 un equipo de Terapistas Ocupacionales Británicos, fueron contratados por el Gobierno Argentino y con ayuda del consejo británico, comenzó la organización de la Escuela de Terapia Ocupacional en la ciudad de Buenos Aires, esta constituyó la primer escuela en Sudamérica y comenzó a funcionar en julio de 1959, con un programa teórico-práctico intensivo y otro regular de tres años.

Las áreas de aplicación de Terapia Ocupacional en sus comienzos, fueron la atención de discapacitados del aparato locomotor y para los enfermos psiquiátricos, para la cual las incumbencias solo estaban referidas a la rehabilitación física y/o mental de inválidos, lesionados o enfermos.

A partir de 1965 comenzaron a surgir necesidades de Terapistas Ocupacionales en otros campos y áreas, tales como Educación Especial para la atención de discapacitados motores, sensoriales, mentales y sociales, en geriatría, retraso mental, pediatría y minoridad.

D. EVOLUCIÓN DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN MAR DEL PLATA

La carrera, en la actualidad y desde 1985 Licenciatura en Terapia Ocupacional, fue modificándose, influida por el acontecer económico, político y social del cual no esta excluida.

Se produjeron cambios en diversos aspectos:

- Pase de la Escuela a Facultad.
- Cantidad de años de duración.
- Modalidad de ingreso.
- Aumento de la matrícula
- Ampliación de incumbencias profesionales.
- Cambios de planes de estudio.
- Afianzamiento de la profesión en la ciudad y áreas de influencia.

La escuela de Terapia Ocupacional comenzó sus actividades académicas (de nivel universitario) en 1969, La carrera estaba estructurada en cuatro años de duración. Su plan de estudio contaba con un total de treinta asignaturas y cupo de veinte alumnos que podría ser ampliados acorde con el crecimiento de la organización técnica, administrativa, pedagógica y económica de la Escuela.

Al año siguiente se modifica el plan de estudio incrementándose el número de asignaturas que alcanzaban las cuarenta, manteniéndose los años de duración de la carrera.

Hasta este momento la Escuela de Terapia Ocupacional pertenece a la Universidad Provincial de Mar del Plata, que hacia 1976 se transforma en Universidad Nacional.

En 1976 se produce una nueva modificación del plan de estudio que incluía treinta y cuatro asignaturas extendiéndose a cinco años de duración la carrera.

En 1978 la Carrera de Terapia Ocupacional depende del Departamento de Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Exactas, Naturales y Biológicas junto a la carrera de Enfermería Profesional. También aquí se dictan cursos de actualización y perfeccionamiento vinculadas con las Ciencias de la Salud.

Hacia el año 1981 se experimenta un nuevo cambio en el plan de estudio.

En 1982 se incorpora el Servicio de Fonoaudiología al departamento de Ciencias de la Salud.

Ciencias de la Salud

Por ordenanza 047 del Consejo Superior se resuelve transformar, en mayo de 1984, el departamento de Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales en Escuela de Ciencia de la Salud de la U.N.M.D.P. dependiendo del Rectorado.

A fines de 1985 se eleva un proyecto de supresión de la expedición del título de Terapia Ocupacional, a partir del año académico 1986, creándose la Licenciatura en Terapia Ocupacional y la Licenciatura de Excepción para los Terapistas Ocupacionales que deseen acceder a la misma.

Así mismo se realiza un nuevo cambio de plan de estudio conteniendo treinta y cuatro asignaturas.

En 1991 se modifica el plan '85 en lo que se refiere a carga horaria.

La última modificación se realizó en 1993, con un aumento del número de asignaturas (cuarenta y dos) y carga horarias, actualmente vigente.

E. LA CRISIS SOCIAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Cuando en 1977, todos los países del mundo decidieron colectivamente orientar sus esfuerzos en una dirección común hasta el fin de siglo, se fijaron la meta de obtener "... Salud para todos en el año 2000". Al hacerlo consideraron una serie de argumentos económicos, sociales y políticos y concluyeron que el contenido era inminentemente social. No se trataba de un slogan, sino de una respuesta social y política a un problema social y político de dimensión mundial.(4)

En 1978, En Alma - Ata., los representantes de 134 naciones, en la Conferencia Internacional sobre A.P.S., patrocinada conjuntamente por la O.M.S. y UNICEF, reiteran firmemente que la salud, "... estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afección o enfermedad...", es un derecho fundamental y que el logro más alto del grado de salud, es un objetivo social sumamente importante, en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.(5)

En la citada Declaración de Alma-Ata, se define la A.P.S. como la estrategia clave para alcanzar la meta de "salud para todos".

Se asumió la Atención Primaria como la forma más adecuada para enfrentar los problemas de salud, entendiendo estos como problemas sociales e inseparables del desarrollo socioeconómico.

(4) Tejada de Rivero David. La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. Cap: Salud Pública y Atención Primaria de Salud: Una evaluación crítica. 1992. Pág. 173.

(5) Cf. OMS/UNICEF. Declaración de ALMA - ATA. 1978

La O.M.S., tal como lo hiciera con A.P.S. y "LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", En Noviembre de 1986 dio el paso definitivo para consagrar la estrategia de la Promoción de la salud, al suscribir con 31 países del mundo la Carta de Ottawa. En este documento se resumieron los principios de la salud pública para el fomento de la "salud", en oposición a las intervenciones medias limitadas a la enfermedad. En dicha carta se define "... la **Promoción de la Salud**, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma...", la definición se amplía con el siguiente postulado "... para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.(6)

La Carta de Ottawa, identificó las áreas de acción: diseño de la política pública, creación de sistemas de apoyo, fortalecimiento de acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud. Estas áreas son la base para desarrollar modos de trabajo que puedan contribuir a mejorar las circunstancias y los estilos de vida que influyen a la salud, así mismo, la acción concreta para solucionar problemas específicos en los países en desarrollo incipiente.(7)

(6) CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) OPS (Organización Panamericana de Salud). Oficina de la OMS (Organización Mundial de la Salud). "Salud, Equidad y Transformación productiva en América Latina y el Caribe". Cartagena de India, Colombia. 1994. Vol. I. Pág. 336.

(7) Idem cita anterior. Pág. 337.

En el año 1990, el concepto de **Promoción de la Salud** se retomó en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, donde aprobó el documento "Orientaciones, Estrategias y Prioridades Programáticas para la O.P.S. en el Cuadrienio 1991-19974", en la que se estableció que "la **Promoción de la Salud** es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva". La **Promoción de la Salud**, favorece el mejoramiento de las condiciones y los estilos de vida, mediante planes y programas para lograr comunidades y ciudadanos mas saludables.

Pero sin duda, el sistema de salud vigente no responde a las urgentes necesidades del presente. No ha buscado nuevas formas para compensar y superar la reducción brutal de sus presupuestos. Tampoco ha evolucionado para enfrentar el constante y acelerado incremento de la pobreza y la miseria.

Sin duda se esta frente a una crisis que no es exclusivamente económica, esta crisis es una intrincada "telaraña" donde se enredan aspectos históricos, culturales, económicos, sociales, políticos y morales, que se condicionan y potencias mutuamente.

Desde esta perspectiva, la crisis es también una crisis de los valores éticos y morales en los cuales descansan los códigos de comportamiento de nuestra sociedad.

Actualmente, la Drogadicción, el alcoholismo, la violencia, son signos decadentes de una enfermedad social. Esta crisis social, ataca también la constitución de los ideales, y de las utopías creativas necesarias en el crecimiento de una sociedad. La disolución de los ideales tiene un correlato pregonado por la post - modernidad. Los valores propugnados son el poder, la eficacia, la rentabilidad y la mensualidad banal. Un proyecto tecnocrático,

en suma, es el vendido, un modelo cultural de adicciones con constantes propuestas de consumo por el consumo mismo, la superficialidad, y el no compromiso con la gente. La droga se incorpora a este mundo. Drogas estimulantes de un flash o drogas narcóticas aislantes. La huida de la realidad es el paradigma. Una realidad para la cual el sujeto no se halla preparado para asumir, ni tiene los sostenes y las guías suficientes para sostenerse en ella.(8)

Como consecuencia de esta compleja situación, se hace necesario buscar estrategias y mecanismos de trabajo más efectivos para modificar los condicionantes de las más diversas enfermedades, tanto a nivel social (políticas saludables), como a nivel individual (cambios de comportamiento y estilos de vida no saludables).

Por lo antes expuesto, se considera a la Participación Comunitaria la base del éxito de la prevención. Cuando la comunidad se responsabiliza y se compromete en la participación y socialización del conocimiento científico, puede llegar a cambiar los comportamientos y los hábitos para mejorar las condiciones de su salud y establecer redes de apoyos sociales efectivas.

(8) Cf. Secretaria de Adicción y Asistencia a las Adicciones. Gobierno de la Pcia. de Bs. As. "Guía de estudio y Capacitación para Directores y Coordinadores de Programa de Prevención." 1996. Pág. 15.

F. PREVENCIÓN PRIMARIA

La Declaración de Alma - Ata señala que la A.P.S. (Atención Primaria en Salud) es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país pueda soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La **Atención Primaria** integrante tanto del sistema nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de Salud, llevando lo más cerca posible la Atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.(9)

La estrategia de **Atención Primaria en Salud** tiene varios elementos, comprendiendo en forma integrada diversos programas como los siguientes:

- a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madres, niños, trabajador, edad avanzada, incapacitados
- b) Programas para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental.
- c) Programas para la prevención, protección y controles de enfermedades (10)

(9) Cf. Zuno A. Perey. "Manual de Atención Primaria: Organización y Pautas". Ed. Soyma. España. 1986. Pág. 5.

(10) Idem cita anterior.

Las acciones para alcanzar las metas en Atención Primaria son integrales, es decir, afectan no solo lo curativo, sino, fundamentalmente, a lo preventivo.

Por eso se las denomina, PREVENCIÓN PRIMARIA (promoción y protección de la salud), PREVENCIÓN SECUNDARIA (curación) y PREVENCIÓN TERCIAIA (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

Algunas características generales de los programas en la estrategia de Atención Primaria son:

- a) Debe garantizar el ACCESO de toda la población a los servicios de salud esencial. Esto implica, en la realidad, establecer prioridades.
- b) Con respecto al CONTENIDO de los programas, deben acentuarse las actividades de Promoción y Prevención.
- c) Entre las características deben figurar la UNIVERSALIDAD (toda la población debe tener acceso a los servicios), la EQUIDAD (igual oportunidad de acceso a todos los servicios) y la CONTINUIDAD (no debe ser esporádico, como los servicios móviles).
- d) Debido a los cambios de carácter económico, social y demográfico que pueden ocurrir, conviene hacer un análisis y una selección cuidadosa de los posibles elementos del programa que se necesitan para satisfacer necesidades prioritarias.(11)

El cambio fundamental implícito en A.P.S. es que la comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman las decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas en ella.

(11) Idem cita anterior. Pág. 9

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio-cultural en el que pretende desenvolver su acción preventiva.

Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan el estado de salud-enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad.(12)

El profesional de la salud, en campañas de Prevención debe organizar y desarrollar programas de actividades que integren a todos los miembros de la comunidad. Buscar el compromiso de la comunidad para resolver sus necesidades y permitir así actuar en beneficio de su propia salud, desarrollando el sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de los demás, así como la capacidad de actuar de manera consciente y constructiva en los diferentes programas para prevenir o resolver problemas específicos. El objetivo de la **Prevención Primaria** con la participación de la comunidad, es sensibilizar a la población para que participe activamente en la puesta en marcha de las medidas necesarias. (13)

(12) Idem cita anterior. Pág. 21

(13) Martijena Nidia. "Introducción a la Terapia Ocupacional" Ficha de Cátedra T.O. I. U.N.M.D.P. 1991

G. LA DROGADICCIÓN: UN PROBLEMA DE NECESIDADES HUMANAS INSATISFECHAS.

La comprensión actual del problema de la producción, tráfico y consumo de drogas, revela que este, es solo un síntoma de problemas mas profundos ligado a las carencias en diversas dimensiones del desarrollo humano y social, carencias en el orden de lo valorativo, afectivo, comunicativo, político, productivo-laboral, etc. En este sentido, el abordaje del problema debe ser pensado desde el marco de las necesidades humanas o las medidas restrictivas que permiten su control.

Es sabido que las necesidades humanas son finitas y permanentes en el tiempo, lo que cambia de una cultura a otra, o de un periodo histórico a otro, son los satisfactores a esas necesidades.

Las necesidades son iguales pero no los satisfactores. En el plano de los satisfactores, es necesario aclarar que si bien alguno de ellos atienden solo a una necesidad, algunos otros, logran suplir una gama mayor de ellas. Así el trabajo como satisfactor atiende no solo la necesidad humana de subsistencia sino también la necesidad de creación que es inherente al ser humano, este concepto es fundamental para comprender el sentido de las llamadas propuestas INTEGRALES, es decir, aquellas en las que existe un menor riesgo de dejar necesidades sin atender. En el plano de las necesidades, es importante entenderlas, no como carencias, sino como potencialidades, ya que estimulan y motivan a la gente hacia la búsqueda de satisfactores, por lo cual las necesidades nos orientan a la identificación de recursos humanos que "potencialmente" estarían dispuestos a trabajar por las soluciones. (14)

(14) Idem cita 8 Pág. 16.

En este contexto, se podría afirmar que las políticas, estrategias y programas deben atender las **NECESIDADES BÁSICAS**, en la mira de crear ambientes adecuados para el desarrollo humano.

Por lo antes expuesto, creemos que la expansión del problema de la Drogadicción, remite a un cambio en el enfoque de trabajo. La idea de la **Atención de las Necesidades Humanas** no satisfechas que ponen a la población en riesgo de consumo de drogas, es decir, el enfoque que debe orientar cualquier acción política orientada a solucionar el problema, es la **PREVENCIÓN** centrada en la eliminación de los factores de riesgo.

La **prevención** implica ante todo optar y actuar por el desarrollo, en el caso de la **Prevención de la Drogadicción**, una acción por el desarrollo humano y social. No basta por lo tanto con alertar a las personas sobre los peligros de las drogas, es preciso promover la generación de condiciones de vida en las que las personas puedan desarrollarse sanamente.

Esto requiere la adopción política de una estrategia integral de prevención.

El Terapeuta Ocupacional, como profesional de la salud, debe formarse y comprometerse, con la atención de las necesidades humanas. La ausencia de mecanismos para evitar o rehabilitar, procesos de desarrollo humanos deteriorados o insuficientes los cuales son características del consumo de drogas, es igualmente violatorio de estos derechos y solo contribuyen a reproducir las condiciones de desestabilización moral y desequilibrio social. Desde esta perspectiva las acciones y políticas de prevención no pueden ser diferenciadas de manera tan radical, de aquellas referidas al conjunto de la sociedad y que tocan con la calidad de vida de toda la población. Teniendo en cuenta esto, la drogadicción debe considerarse como síntoma de una serie de desajustes sociales que tienen manifestaciones individuales

y colectivas mas vastas de los que el común de las personas suele reconocer.(15)

El objetivo central de la participación en el sector social como mecanismo de apoyo a las estrategias de prevención es posibilitar la creación de ambientes adecuados para el desarrollo humano, como un medio que permitirá reducir las posibilidades que el consumo de drogas, llegue a jugar el papel de "satisfactor" de las necesidades insatisfechas, y por esa vía se convierta como en el caso de los adictos, en una necesidad física y psicológica real.

El consumo de drogas se desenvuelve en la confluencia de múltiples factores psicológicos, sociales, culturales y económicos. La prevención, teniendo en cuenta estos y otro factores, deberá fomentar acciones que contribuyan a la creación de hábitos para que vigoricen la salud física, emocional y social de los individuos.

El propósito último en prevención, es proteger y mejorar la salud a través del impulso a las iniciativas y acciones individuales y colectivas que influyeran positivamente el nivel e salud. Esto solo se consigue con la participación de la gente y dándole a esta los conocimientos y la capacidad necesaria para buscar, optar y comprometerse a vivir "sanamente" . Este ideal de opciones y compromisos requiere de la influencia de todas las fuerzas de la comunidad, y sobre todo de los que toman las decisiones políticas, para lograr la adopción de políticas públicas saludables. Ambos grupos, los políticos y trabajadores de la salud, más el apoyo social, se construye un entorno propicio para la salud, integrado por la gente informada y con conocimiento de sus responsabilidades y derechos. (16)

(15) Idem cita anterior

(16) Idem cita anterior Pág. 17-18

Si pensamos en la drogadicción como patología social, sabemos que desde las instituciones se han realizado campañas de prevención, pero también es cierto que son escasos los programas que han logrado disminuir significativamente el consumo de drogas.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, creemos de gran importancia, que el Terapeuta Ocupacional como profesional de la salud, se forme y desarrolle una "cultura preventiva", construyendo instrumentos validos para las poblaciones, objetivos que se estudien y realizar mediciones que permitan sistematizar la experiencia.

2. HIPÓTESIS

Aproximadamente el 70% de los Licenciados en Terapia Ocupacional, recibidos entre los años 1987 - 1997 en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, asociados a la A.M.T.O., perciben como insuficientes o poco suficientes, los conocimientos básicos impartidos en la currícula, que le permitan actuar en Prevención Primaria de Drogadicción.

3. DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS DE LA HIPÓTESIS

“ Presencia, ausencia y percepción de los conocimientos básicos impartidos en la currícula, recibidos durante la formación de grado, por el Licenciado en Terapia Ocupacional, para actuar en Prevención Primaria de Drogadicción”.

Dicha variable, se define como el conjunto de conceptos, normas y técnicas destinadas a facilitar, organizar y formar al futuro graduado para desempeñarse satisfactoriamente en las acciones graduadas y sistematizadas, que tienden a disminuir y evitar el consumo de drogas.

Los conocimientos básicos que recibe el alumno, durante la formación académica, que le permitan planificar, coordinar y/o participar, de las acciones tendientes a prevenir, mantener y favorecer la salud, son brindadas por:

- Clases teóricas
- Clases prácticas
- Prácticas Clínicas
- Bibliografía
- Conferencias
- Charlas
- Cursos
- Congresos
- Seminarios
- Elaboración de Proyectos de Investigación
- Otros

Al hablar de presencia o ausencia, nos referimos, que al menos aparezcan los siguientes temas o actividades curriculares:

- Atención Primaria de Salud
- Prevención Primaria . Conceptos Generales
- Necesidades básicas de la comunidad
- Antropología de las adicciones
- Prevención Primaria en Patologías sociales.
- Participación del Licenciado en Terapia Ocupacional en equipos interdisciplinarios para la Prevención de la Drogadicción.

Percepción, se refiere al procesamiento de la opinión de cada una de las personas encuestadas, respecto a los conocimientos brindados por la Facultad durante la formación académica, en lo que se refiere a la actuación profesional en Prevención Primaria de Drogadicción.

4. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar los conocimientos básicos que recibió durante su formación de grado el Licenciado en Terapia Ocupacional, en Prevención Primaria de Drogadicción, que le permitan actuar en ese área.
- Registrar la percepción de los Licenciados en Terapia Ocupacional, sobre los conocimientos básicos recibidos durante la formación académica, en la temática Prevención Primaria de Drogadicción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Registrar los contenidos explicitados en los programas de estudio, de las asignaturas que abordan la temática Prevención Primaria de Drogadicción.
- Relevar los conocimientos recibidos durante la formación de grado de los Licenciados en Terapia Ocupacional, en el área de Prevención Primaria de Drogadicción
- Clasificar la opinión que tienen los Licenciados en Terapia Ocupacional, acerca de la Prevención Primaria de Drogadicción.

5. UNIVERSO DE ESTUDIO

- **POBLACIÓN:** Licenciados en Terapia Ocupacional, recibidos en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, entre los años 1987-1997, asociados a la A.M.T.O. (Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales), que residen en la ciudad de Mar del Plata.

- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión:

- Ser Licenciado en Terapia Ocupacional.
- Ser graduado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
- Ser asociados a la A.M.T.O.
- Residir en la ciudad de Mar del Plata.
- Ser graduado entre los años 1987 - 1997.

6. DISEÑO METODOLOGICO

Según el criterio de análisis de la información y haciendo referencia a lo citado por, Sabulski, J y Polit, D., (17) consideramos que la presente investigación corresponde a un diseño de tipo mixto: Exploratorio-Descriptivo.

Decimos Descriptivo ya que se intenta identificar el estado de los fenómenos de interés en una situación que ocurre en forma natural.

Este estudio Descriptivo, no intenta determinar relaciones causa-efecto, sino más bien de qué manera se relaciona un fenómeno con otro.

Al mismo tiempo este diseño reúne características del tipo Exploratorio, considerando que en el ámbito de la Terapia Ocupacional no se registran antecedentes de estudios similares.

Según el criterio temporal y remitiéndonos a los autores mencionados, este estudio responde a un diseño de corte transversal (lapso de 1987 - 1997), ya que describe el estado de los fenómenos y la relación entre ellos en un cierto punto en el tiempo.

(17) Sabulski J. "Metodología de la Investigación". Ed. COPYFAC. SRL. Perú. 1993. Pág. 65-70.

Polit D; Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Ed. Interamericana. MC GRAW-HILL. 4ta. Edición. México. 1994. Pág. 187-192-249.

7. DIMENSIONAMIENTO



8. RECOLECCION DE LOS DATOS

A. Técnicas e instrumentos

1.- Fuentes primarias de información: encuesta de opinión (ver Apéndice).
Según Sabulsky "conversaciones con personalidades claves" equivale a lo que Polit define informante clave, es decir "aquella persona bien familiarizada con el fenómeno que interesa al investigador", pues sus conocimientos contribuyen a la confección de los lineamientos del marco teórico como fuente primaria de información.

Nuestros informantes claves fueron: T.O. Singla, M.H. , que brindó información acerca de la evolución de la actual carrera de la Licenciatura en Terapia Ocupacional en la Ciudad de Mar del Plata; T.O. Vega, Carlota, Titular de la Cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad; Dr. Prof. Mirolli, Alfredo, Director de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Gobierno de la Nación (1997); Lic. Bello, Luis, Director del Programa "Por Amor a la Vida"(1997); Dra.Prof. Redy, Cristina, integrante del Centro de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Gobierno de la Pcia de Bs.As.;

Autoridades de la Tecnicatura, que brindaron información acerca de Prevención Primaria de Drogadicción y Programas de Prevención y Asistencia de Drogadicción; Autoridades de la A.M.T.O. , informaron acerca de la Terapia Ocupacional, su evolución y en lo referente a nuestro universo de estudio.

2.- Fuentes secundarias: Bibliografía especializada, revistas y publicaciones periódicas, recopilación documental.

9. ANALISIS DE LOS DATOS

9. A. PERFIL DE LA MUESTRA: Características

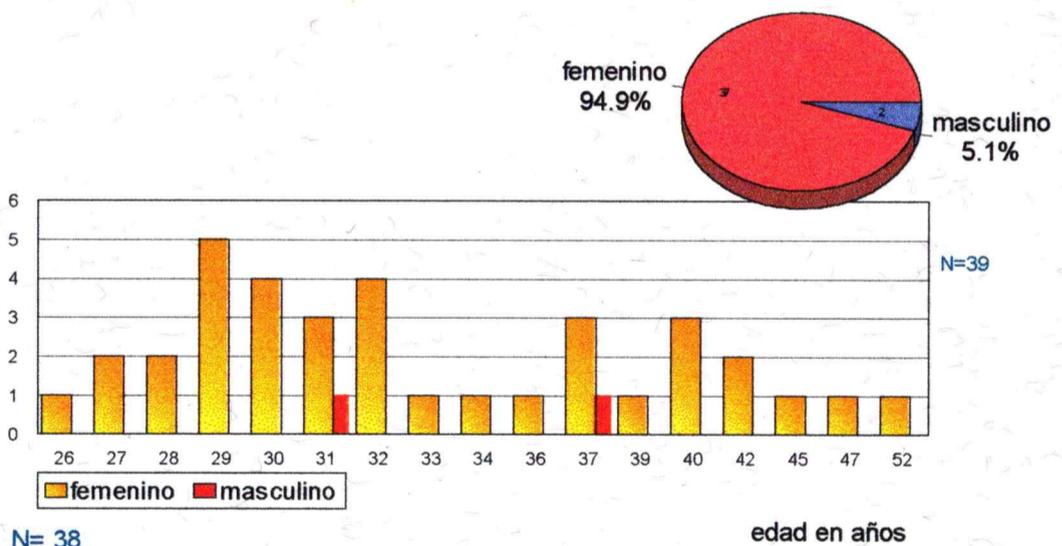
El universo de estudio está constituido por un total de 46 Lic. en T.O., graduados entre los años 1987-1997 en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, asociados a la A.M.T.O. (Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales), que residen en la ciudad de Mar del Plata.

Los datos que a continuación se analizarán fueron obtenidos de una fuente: encuesta de opinión, realizada a los Lic. en T.O.

Nuestra muestra la conformaron 39 Lic. en T.O., que representan el 85% del universo de estudio, las circunstancias que impidieron la recolección de la totalidad se debieron a pedidos de Licencias y a las dificultades que referían los mismos Licenciados en T.O. para acordar la cita para la encuesta.

De los encuestados hay un predominio de mujeres , con un rango de edad entre 26 a 52 años, media 33.9 varianza 39.2 . Los varones (N=2) poseen 31 y 37 años respectivamente. Falta un dato de edad. (N= 38) Gráfico N° 1.

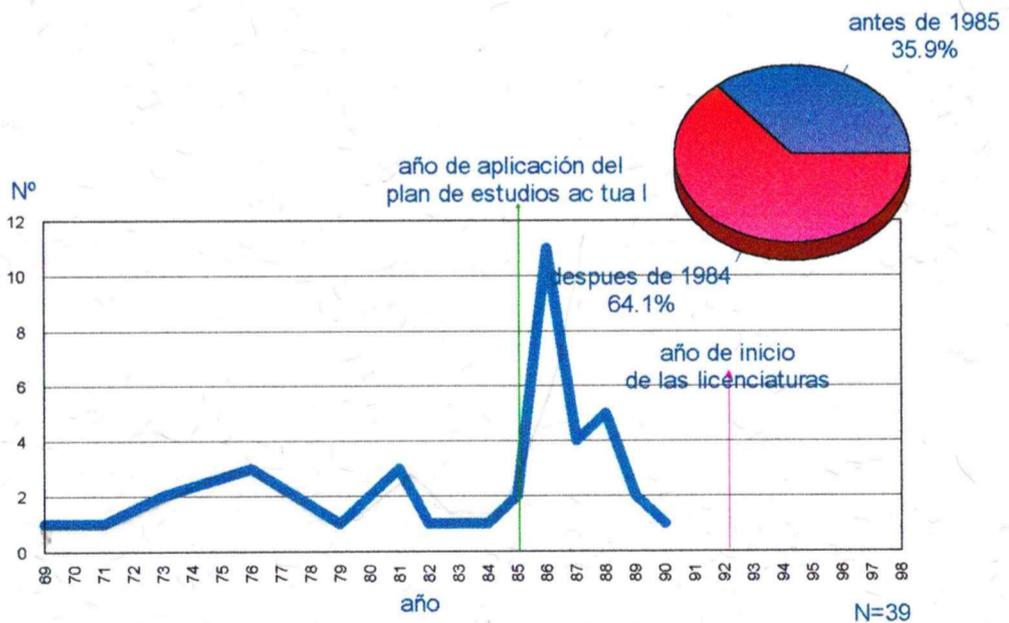
GRAFICO N° 1: Distribución por edad y sexo, de los Licenciados en Terapia Ocupacional, asociados a la A.M.T.O., graduados entre los años 1987-1997. Mar del Plata, 1998.



N= 38
* falta un dato de edad
Fuente : elaboracion propia

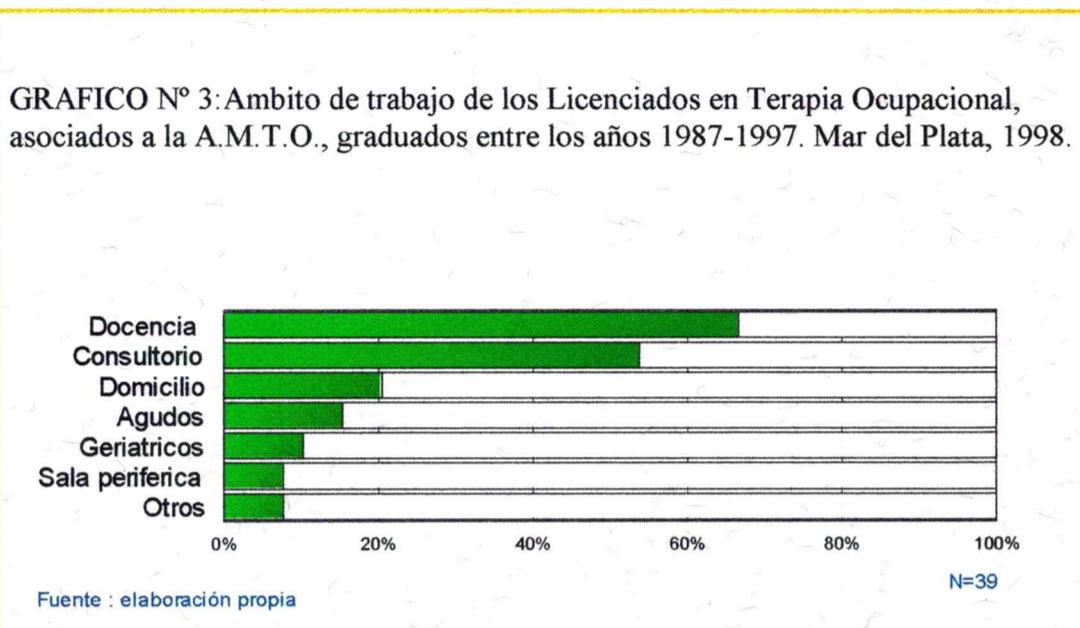
Un 35.9% (N= 14) de la población encuestada, inicia sus estudios antes del año 1985, donde se crea la Lic. en T.O. y la Lic. de excepción para los T.O. que desearan acceder a la misma. En el mismo año entra en vigencia el Plan de Estudios que rige actualmente. El 28.2 % (N= 11) inicia sus estudios en el año 1986, siendo éste el año de mayor ingreso a TO. Gráfico N°2.

GRAFICO N° 2 : Distribución según año de inicio de la carrera , de los Licenciados en Terapia Ocupacional, asociados a la A.M.T.O., graduados entre los años 1987 –1997. Mar del Plata, 1998.

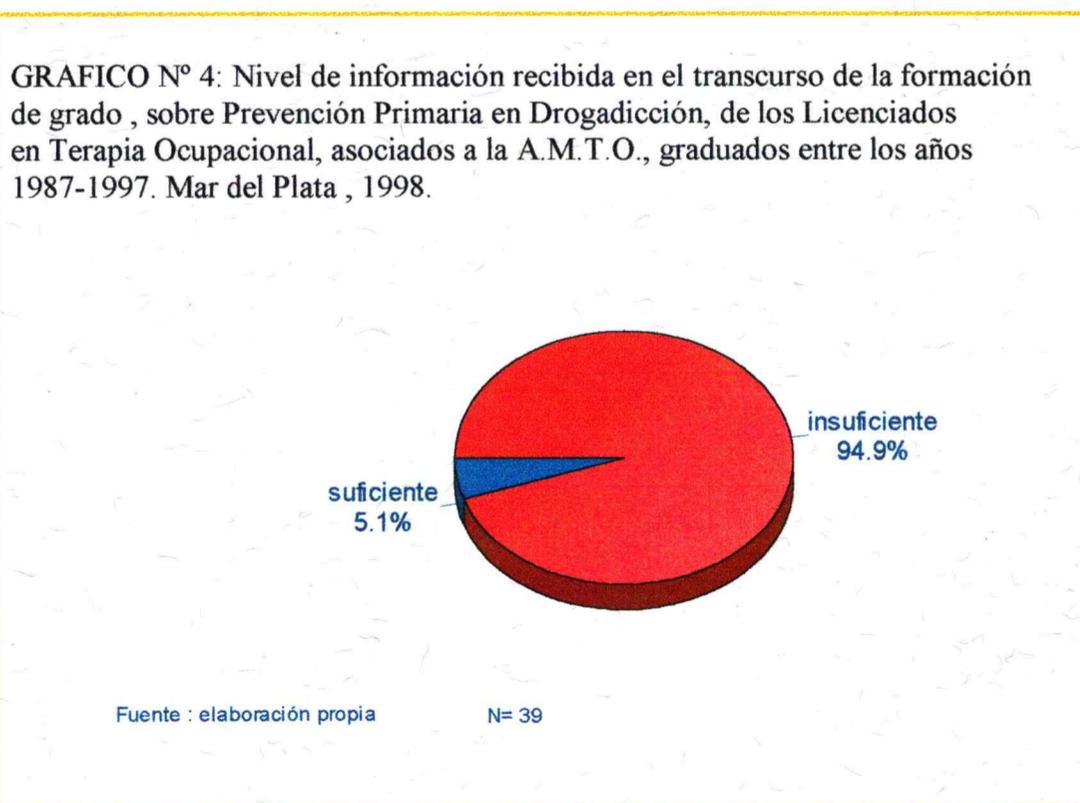


Fuente : elaboración propia

Un 66.7% de los Licenciados en T.O. (N=21) se desempeña en el área docencia, y un 53.8% (N=21) en atención de consultorios. Gráfico N° 3

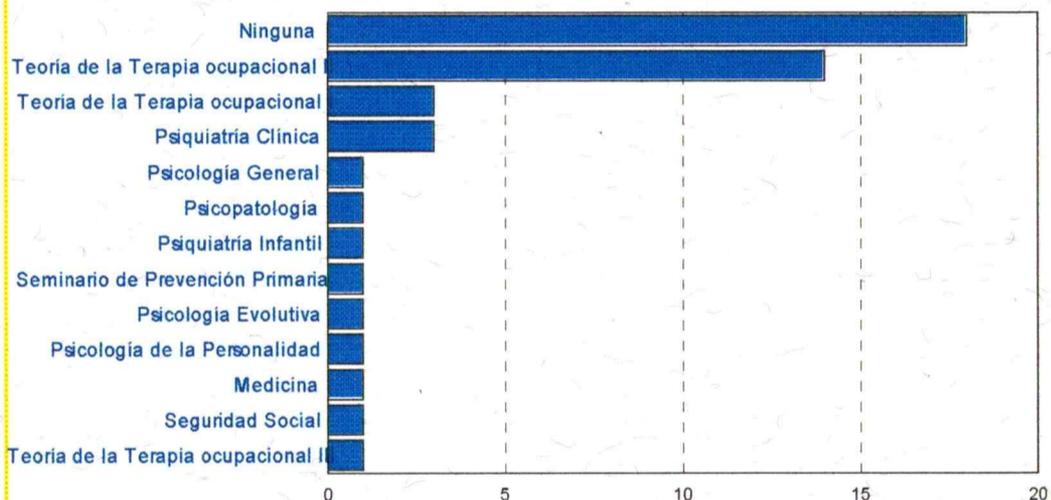


El 94,9% considera que la información recibida en el transcurso de la formación de Grado, sobre Prevención Primaria en Drogadicción fue insuficiente. Gráfico N° 4



A la pregunta " Desde que cátedras recibieron elementos teóricos-prácticos sobre Prevención Primaria en Drogadicción" , 18 Lic. en TO indican que "*desde ninguna*" y 13 en la Cátedra de TO II. Gráfico N° 5

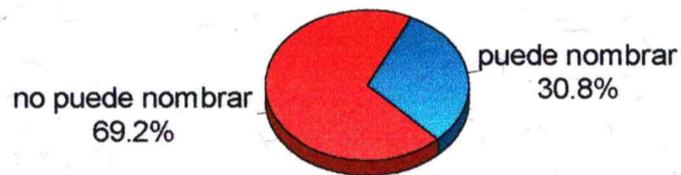
GRAFICO N°5 : Cátedras desde las cuales consideran haber recibido elementos Teóricos-prácticos sobre Prevención Primaria en Drogadicción, los Licenciados en Terapia Ocupacional , asociados a la A.M.T.O. , graduados entre los años 1987- 1997 .Mar del Plata, 1998



Fuente : elaboración propia N= 39

Se les solicitó nombraran 3 autores o artículos sobre Prevención Primaria. Un 69.2 % de la población encuestada, no los puede citar, y los nombrados se observan en el gráfico N° 6.

GRAFICO N°6: Autores ó Artículos sobre Prevención Primaria , citados por los Licenciados en Terapia Ocupacional, asociados a la A.M.T.O., graduados entre los años 1987-1997. Mar del Plata, 1998.



N= 39

Autores o Artículos sobre Prevención Primaria citados por los Lic. en TO

ABRAHAN	MANSALVO J.
AJURIAGUERRA	SANZ
ALMA ATA	SASSON L.
BADRAN-LAUGERO	SPACKMAN
BASMAJIAN	TESTA M.
CANTERO F.	TROMBLY
CARBAJAL	VIDELA M.
GARCIA-CEIM-PATRIZI-VEYRA	
DOLTO F.	
GALENDE E	
GONZALEZ MASS	

AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY
ATENCION DE LA SALUD
CUADERNILLOS Y FOLLETOS
FICHA DE LA CATEDRA DE TO I
LIBROS EN CEPAL
OMS Y OPS SERIE PALTEX
ORG. Y ADM. DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE PREVENCION DE COMPORTAMIENTO DE RIESGO
PSICOLOGIA EN SALUD COMUNITARIA
TERAPIA CUPACIONAL
TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN EL CLIENTE (ASOC. CANADIENSE DE TO)

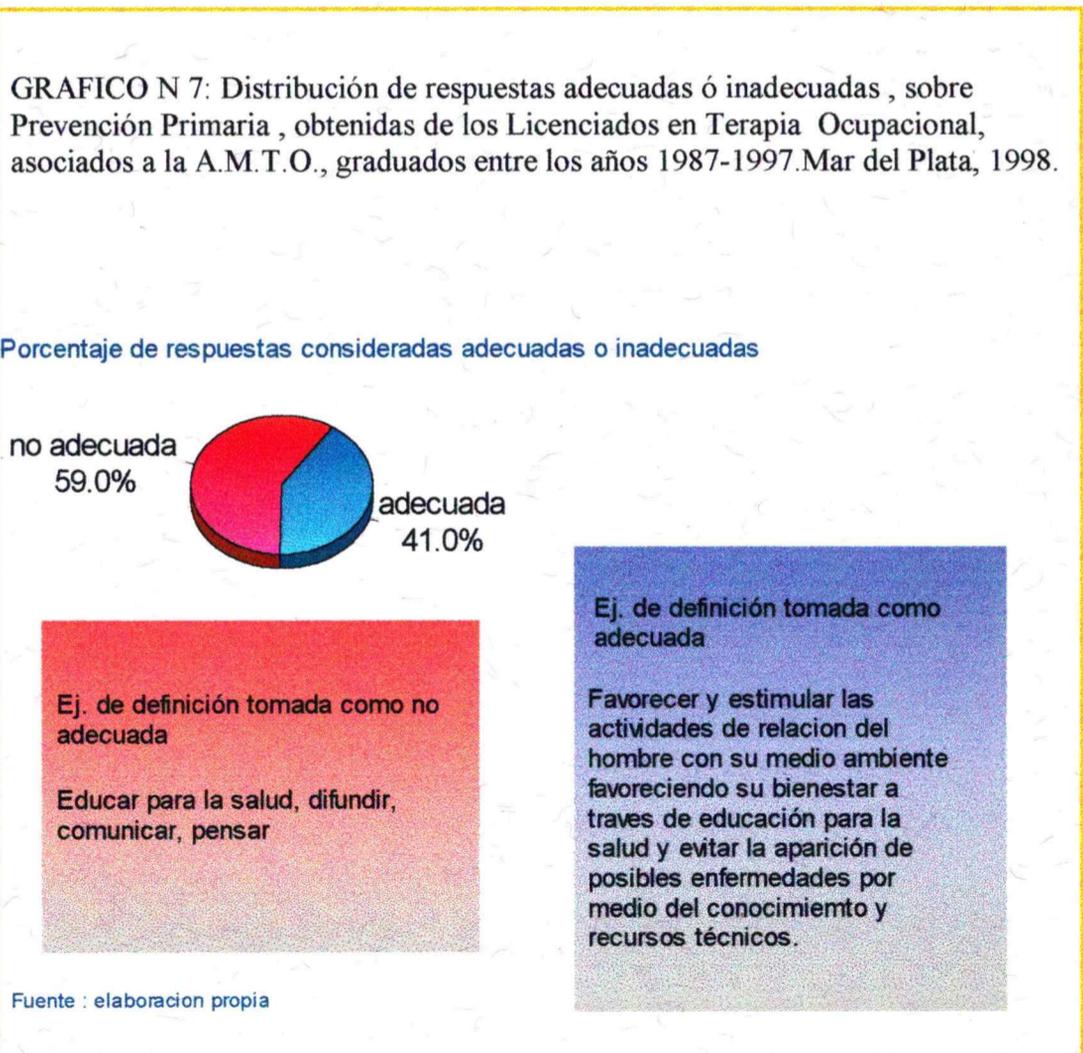
Fuente : elaboración propia

Se solicitó una definición de Prevención Primaria de la Salud. Después de un análisis detallado de los datos, se sometió a una categorización que se define en los siguientes términos:

ADECUADA: Implica que la definición sobre Prevención Primaria, responda a los siguientes interrogantes:

- Cómo prevenir?
- Qué prevenir ?
- Quiénes previenen ?
- A qué nivel se previene ?
- Conceptualizar que dicha prevención , es previa a la aparición de la enfermedad.

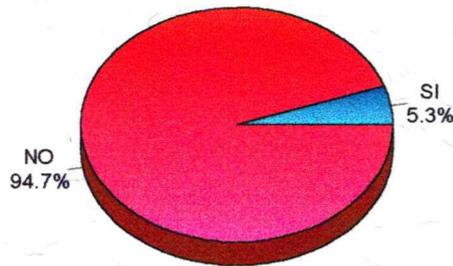
NO ADECUADA : Implica que la definición sobre Prevención Primaria , no responde a los interrogantes antes mencionados. Grafico N° 7



Al preguntarseles sobre si consideran haber recibido formación desde la Facultad para la planificación , coordinación y/o participación en Programas de Prevención Primaria de Drogadicción, solo 2 Lic. en TO respondieron que se consideran formadas para tal participación. Gráfico N° 8

GRAFICO N° 8: Opinión de los Licenciados en Terapia Ocupacional, asociados a la A.M.T.O., graduados entre los años 1987-1997; acerca de la formación recibida desde la Facultad , para la Planificación , Coordinación y/ó Participación en Programas de Prevención Primaria de Drogadicción. Mar del Plata, 1998.

Considera haber sido formada desde la Facultad para la Planificación , coordinación y o participación en programas de Prevención Primaria de Drogadicción?

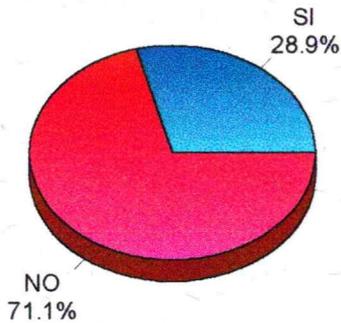


Fuente : elaboracion propia

Solo 11 Lic. en TO respondieron que el perfil comprende una formación que los capacita para actuar en Programas de Prevención Primaria de Drogadicción. Grafico N° 9

GRAFICO N° 9 : Opinión de los Licenciados en Terapia Ocupacional, asociados a la A.M.T.O. , graduados entre los año 1987- 1997, sobre el perfil del egresado en relación a la formación que lo capacite para actuar en Prevención Primaria en Drogadicción. Mar del Plata, 1998.

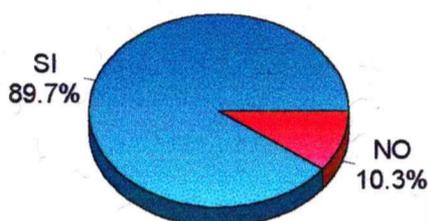
El perfil del egresado de la Lic. en TO comprende una formación que le capacite para actuar en programas de Prevención Primaria de Drogadicción?



Fuente : elaboracion propia

Se les preguntó si es importante una propuesta de especialización en Prevención Primaria en Patologías Sociales y los motivos. Grafico N° 10

GRAFICO N° 10: Opinión de los Licenciados en Terapia Ocupacional, asociados a la A.M.T.O graduados entre los años 1987-1997, sobre la especialización en Prevención Primaria en Patologías Sociales, en la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Mar del Plata, 1998.



Motivos de porque no

1. Debe ser formación de postgrado
2. " Estaría encuadrado en la materia TO en Prevención Primaria"
3. Dada la diversidad de áreas que cubre la Terapia Ocupacional, se deben dar durante la formación los conocimientos mínimos. La especialidad se plantea como postgrado .
4. Sería cargar al alumno con más materias, Seminario opcional para obtener más conocimientos.

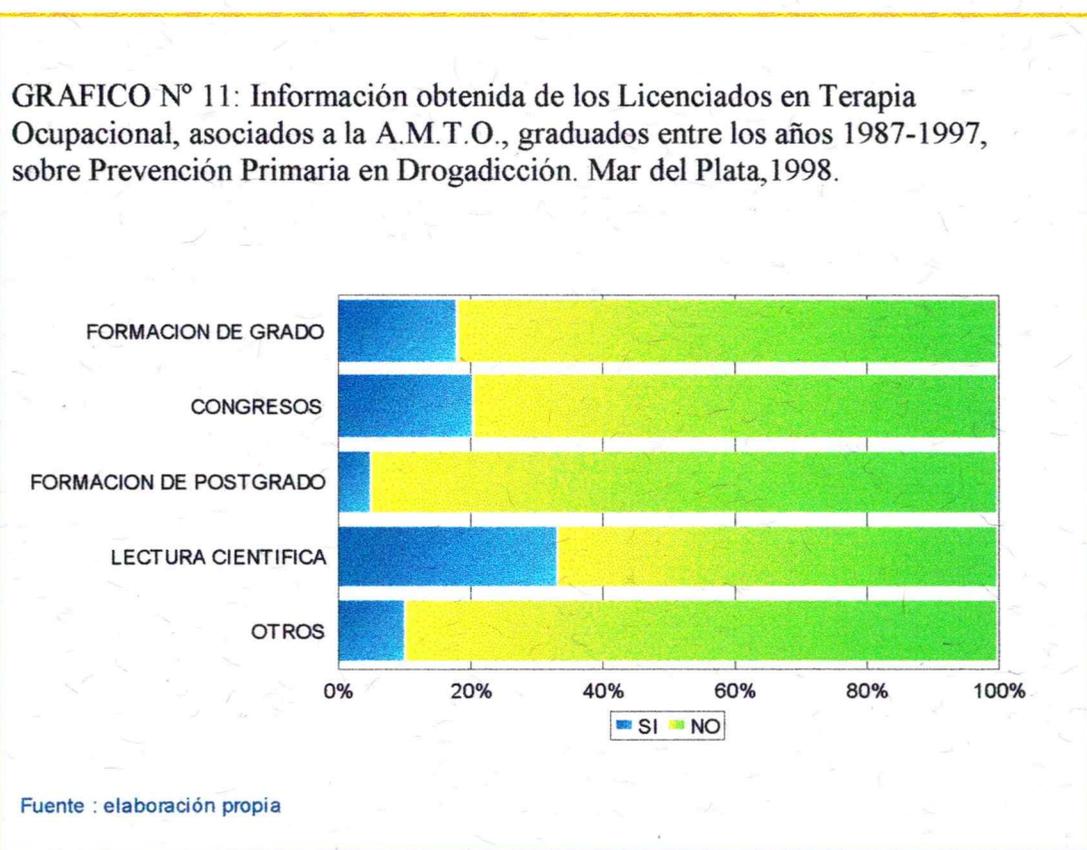
Motivos de porque si

1. Es una patología de alta frecuencia
2. Es un área poco explorada
3. Algunos Lic. en TO consideran que deben trabajar junto con otras disciplinas, como la Psicología, para evitar dicha patología.
4. Como formación de postgrado
5. Otros consideran que es necesaria la especialización en todas las áreas, ya sea en patologías sociales, psiquiátricas, físicas, etc
6. Por incumbencia profesional
7. Para continuar la escasa formación de grado
8. Necesaria como forma de capacitación y búsqueda de un rol más definido en un equipo interdisciplinario
9. Amplía el área de ejercicio de la profesión.

Fuente : elaboracion propia

Se les preguntó si tuvieron oportunidad de constituir equipos interdisciplinarios en algún Programa de Prevención de Drogadicción. El 100% de los encuestados, contesta que no ha tenido dicha oportunidad.

Al preguntarles sobre fuentes de información, el 46,2% (N=18) responde que accedieron a cierta información aún sin haber constituido equipos interdisciplinarios, seguramente no se interpretó la pregunta. Gráfico N°11.



10. DESCRIPCION Y CONCLUSIONES

A. CONCLUSIONES ESPECIFICAS.

Recordamos nuestra hipótesis en la cual, "Aproximadamente el 70% de los Licenciados en Terapia Ocupacional, recibidos entre los años 1987-1997, en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, asociados a la A.M.T.O. (Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales), perciben como insuficientes o poco suficientes, los conocimientos básicos impartidos en la curricula, que le permitan actuar en Prevención Primaria de Drogadicción".

Los resultados a los que arribamos reflejan de acuerdo al análisis de los datos recabados de preguntas claves en las encuestas que:

- Un 94,9% de los Licenciados en Terapia Ocupacional opinan que la información recibida durante la formación de grado sobre Prevención Primaria de Drogadicción es insuficiente. El 5,1% restante representa a 2 Licenciadas en Terapia Ocupacional que consideran suficiente la información recibida.
- El 43,6% (17 Licenciados en Terapia Ocupacional) considera no haber recibido elementos teórico-prácticos sobre Prevención Primaria de Drogadicción. El 29,7% de la población encuestada (13 Licenciados en Terapia Ocupacional) considera haber recibido elementos teórico-prácticos sobre Prevención Primaria de Drogadicción desde la Cátedra de Teoría de Terapia Ocupacional II, representando ésta el mayor porcentaje de respuestas positivas.
- Consideran no haber sido formados desde la Facultad para la planificación, coordinación y/o participación en Programas de Prevención Primaria de Drogadicción, un 94,7% de la población.

- Un 89,7% de los Licenciados en Terapia Ocupacional consideran importante realizar la Especialización en Prevención Primaria de Patologías Sociales, como la Drogadicción, en la Licenciatura en Terapia Ocupacional.
- El 100% de la población encuestada (39 Licenciados en Terapia Ocupacional), manifiestan no haber tenido oportunidad de constituir un equipo interdisciplinario en Programas de Prevención Primaria de Drogadicción.

B. CONCLUSIONES GENERALES.

“La Salud es un derecho social, básico y universal,
y su apropiación es un cambio hacia la mayor libertad
del Hombre.”

Videla, Mirta.

Al llegar a la etapa final de nuestra investigación, podemos concluir, que la hipótesis planteada, se confirma en virtud de los resultados obtenidos.

Si tenemos en cuenta que en los contenidos de los ejes programáticos de las diferentes materias de la currícula, se aborda la temática de Prevención Primaria de Drogadicción; hemos corroborado que los Licenciados en Terapia Ocupacional, perciben como insuficientes los conocimientos básicos recibidos durante su formación académica, asociado a una real limitación para el ejercicio del rol profesional, en el área de Atención Primaria de Drogadicción.

Si bien los conocimientos y elementos brindados por las diferentes asignaturas que conforman el Plan de Estudios, hacen a la formación de los Licenciados en terapia Ocupacional, tal vez sería necesario reactualizar los programas de formación curricular, donde se introduzcan contenidos que aborden explícitamente objetivos y aspectos de la Prevención Primaria en Patologías Sociales, concientizando al futuro graduado de la función social, para desempeñar roles protagónicos en todas aquellas acciones que favorezcan la mas plena realización de las personas que reciben su atención específica.

La formación del Licenciado en Terapia Ocupacional está orientada básicamente a la función asistencial y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud es más bien declarativo.

Es sabido que las problemáticas sociales en los últimos años se acentuaron a partir del empobrecimiento de vastos sectores de la población, dato reconocido estadísticamente. Esto fundamenta claramente

la necesidad de desarrollar la Especialización Primaria en Patologías Sociales, en el camino de profundizar el conocimiento de las problemáticas y aportar soluciones.

Así, el Licenciado en Terapia Ocupacional, deberá pasar del objeto de "hacer para" a un "hacer con" la comunidad, en la que sus propios miembros puedan participar en la resolución de sus propios problemas.

Desde ésta perspectiva, el Licenciado en Terapia Ocupacional, al igual que otras disciplinas cumplirá la función de facilitador de organizaciones naturales y contribuirá a la conciencia y organizador de recursos propios. En definitiva, acompañará la organización comunitaria.

Sabemos que la profesión está atravesando un cambio que compromete al alumno y al Licenciado en Terapia Ocupacional donde el rol, las incumbencias y los campos no están lo suficientemente afianzados en el entorno laboral.

Se hace necesario, frente a ésta situación, trascender el ámbito universitario, dejando de lado el individualismo y promocionando en conjunto (graduados, docentes y alumnos), la profesión que nos identifica.

Creemos que el camino verdadero de nuestro futuro profesional, no podrá ser copiado o impuesto, deberá ser consecuencia de un análisis entre lo deseado, lo accesible y lo posible, elevándolo a una máxima realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Berenice Francisco, R. "Terapia Ocupacional" Ed. Papyrus. Brasil. 1988.
- X -CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) OPS (Organización Panamericana de la Salud). Oficina de la OMS. (Organización Mundial de la Salud). "Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe". Cartagena de India, Colombia. 20 al 27 de Abril de 1994.
- De Kadt, E.; Tasca Renato. "Promover la equidad: un nuevo enfoque desde el sector salud.
- García Lein E.; Patrizi A.; Veyra M.E. "Prevención Primaria en Salud Mental desde Terapia Ocupacional " Tesis de grado. U.N.M.D.P. 1991.
- Gobierno de la Pcia de Buenos Aires. Universidad del Salvador. "10.000 Líderes para el cambio". Buenos Aires. Argentina. 1996.
- Heim M; Pérez M; Roca G. "Aportes al futuro graduado de los docentes no Terapistas Ocupacionales que ejercen en la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional" U.N.M.D.P. 1997.
- Kroeger A; Luna R. "Atención Primaria de la Salud, Principios y Métodos". 2da Edición. Ed. Pax. México. 1992.
- X -Martijena N. "Introducción a la Terapia Ocupacional". Ficha de Cátedra T.O.I U.N.M.D.P. 1991.
- X -OMS/UNICEF. "Declaración de Alma-Ata" 1978.
- OPS/UNICEF. Meyers R. "Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los Programas de desarrollo para la Primera Infancia en el Tercer Mundo". 1992.
- Polít D; Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Ed. Interamericana. 2da Edición. México. 1983.

-
- ✗ -Proyecto de Licenciatura en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.
 - ✗ -Sabulsky J. "Metodología de la Investigación ". Ed. KOPIFAC. 1993.
 - Sbriller L; Warschauski G. "Terapia Ocupacional: teoría y clínica". Ed. Ricardo Vergara. Buenos Aires. Argentina. 1991.
 - -Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. "Guía de Estudio y Capacitación para Directores y Coordinadores de Programas de Prevención " Argentina. 1996.
 - Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Gobierno de la Provincia de Bs. As. " Las adicciones y el Sida son un grave problema". Argentina. 1996.
 - Sierra Bravo R. "Técnicas de Investigación Social, teoría y ejecución" 4ta Edición. Ed. Parinfo S.A. Madrid, 1985.
 - ✗ -Tejada de Rivero D. "La crisis de la Salud Pública". Cap. Salud Pública y Atención Primaria de la Salud: una evolución crítica. Pág. 173. 1992.
 - U.N.M.D.P. "Ciencias de la Salud. Aporte al debate sobre la política de investigación en la U.N.M.D.P. "
 - Videla, Mirta. "Prevención. Intervención en Salud Comunitaria". Ed. Cinco. Bs. As. 1991.
 - Willard H; Spackman C. "Terapia Ocupacional". Ed. Jims. Barcelona. 1973.
 - -Zuno A; Perey. "Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas". Ed. Soyma. España. 1986.

APENDICE

ENCUESTA:

Alumnas de la carrera de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, le solicitan la siguiente información.

EDAD:

SEXO:

AÑO DE INICIO DE LA CARRERA:

AÑO DE GRADUACIÓN:

ÁMBITO DE TRABAJO:

Consultorio privado

Atención Domiciliaria

Hospital de Agudos

Hospital de Rehabilitación

Salas Periféricas

Escuelas Especiales

Docencia

Investigación

Considera que en el transcurso de su formación de grado, recibió información suficiente sobre Prevención Primaria de Drogadicción?

SI

NO

Desde que cátedras considera haber recibido elementos teórico - práctico sobre Prevención Primaria de Drogas?

Podría nombrar por lo menos tres autores o artículos que haya leído sobre Prevención Primaria?

Cómo definiría a la Prevención Primaria?

Considera haber sido formada, desde la facultad, para la planificación, coordinación y/o participación en programas de Prevención Primaria de Drogadicción?

SI

NO

El perfil del egresado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional comprende una formación que le capacite para actuar en programas de Prevención Primaria de Drogadicción?

SI

NO

Considera importante como propuesta, la especialización en Prevención Primaria en Patologías Sociales, como lo es la drogadicción, en la Licenciatura en Terapia Ocupacional?

SI

NO

PORQUE?

Qué otras patologías sociales conoce?

Ha tenido oportunidad de constituir un equipo interdisciplinario en un Programa de Prevención Primaria de Drogadicción?

SI

NO

Dónde obtuvo la información?

- Formación de Grado
- Congresos
- Formación de Post Grado
- Lectura Científica
- Otros (Especifique)

FIRMA DE TESISISTAS

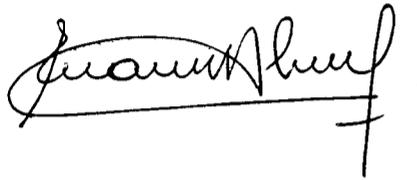
CAPOZZI, Patricia Rosana



ETCHETO, María Eugenia



SCHECHTEL, Claudia Mariel



FIRMA DIRECTORA

T.O. CALDERONE, Graciela

