

2017

Perfil profesional del terapeuta ocupacional que se desempeña como coordinador de grupos de personas mayores

Lires, Magdalena

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

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/249>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

TESIS DE GRADO PRESENTADA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL PARA ACCEDER AL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN TERAPIA OCUPACIONAL

DE FRENTE A UN PERFIL



Perfil profesional del terapeuta ocupacional que
se desempeña como coordinador de grupos de
personas mayores.

Por:

Lires, Magdalena

Palomo, Emma G.

Zambrana, Daniela N.

Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. 2017.

Firmas

Directora:

- Lic. en Terapia Ocupacional Logullo, M. Laura

.....

Asesora metodológica:

- Lic. en Terapia Ocupacional Oudshoorn, Silvina M.

.....

Autoras:

- Lires, Magdalena

.....

DNI: 35.414.085 Matrícula: 10982/10

- Palomo, Emma Gabriela

.....

DNI: 36.361.762 Matrícula: 11364/11

- Zambrana, Daniela Noemí

.....

DNI: 30.534.074 Matrícula: 7217/02

El presente trabajo de investigación sigue las normas APA publicadas en American the Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association (6th Ed.). Washington, DC.

Las autoras, si bien utilizan el masculino como genérico para evitar la sobrecarga gráfica de poner femenino y masculino en cada nominación, adhieren a la promoción de la igualdad de género en todas sus manifestaciones, acordando con un lenguaje no sexista.

Agradecimientos

A Laura por la buena predisposición desde el primer momento, el compromiso, el tiempo dedicado y por guiarnos durante este proceso. Por abrirnos las puertas de su casa y transmitirnos sus conocimientos y su experiencia.

A Silvina por las sugerencias y el incentivo que nos brindó en cada encuentro.

A la Lic. en T.O. María L. Bustingorri por dedicarnos su tiempo y por su generosidad al compartir su conocimiento con nosotras.

A la Lic. en Psicología María Pavón por facilitarnos el contacto de algunas Lic. en T.O.

A las Lic. en T.O. que formaron parte de la muestra, por colaborar con la investigación.

Y a todos aquellos que colaboraron de diferentes maneras con este proyecto.

Agradezco a mi familia y amigos que desde el primer momento me motivaron, se preocuparon y me brindaron su apoyo a lo largo de estos años.

Papá sin vos no hubiera sido posible, gracias por estar siempre, acompañarme y apoyarme en los buenos y malos momentos durante este camino.

Mamá, Vale y Juan gracias por todo.

Amor gracias por acompañarme en esta etapa de mi vida, por escucharme y contenerme, por motivarme para no bajar los brazos.

Dani y Magda sin ustedes no hubiera sido lo mismo, a pesar de no conocernos juntas recorrimos este camino y logramos el objetivo. Gracias por aguante, la sinceridad y por el apoyo constante. Me llevo muy buenos momentos compartidos.

Y a todos los que estuvieron presentes que celebraron mis logros como propios.

Abuela Emma este logro te lo dedico a vos.

“Lo único imposible es aquello que no intentas”.

Emma

En primer lugar GRACIAS a mi familia! por el amor y por el esfuerzo que hicieron para que hoy pueda estar cerrando esta etapa. Por acompañarme y apoyarme en cada paso siempre.

A mis amigas de la vida y a mis amigas de la facultad, por confiar en mí siempre (incluso más que yo) y ser tan incondicionales en los buenos momentos y en los no tan buenos.

A mis compañeras, Emma y Dani, que sin conocernos nos animamos a encarar este proyecto juntas y formamos un gran equipo. Gracias por el compromiso, la dedicación y por compartir las mismas ganas y entusiasmo para cumplir nuestro objetivo.

A Laura, incansablemente gracias! por ser un pilar fundamental para que este proyecto se concretara. Por la dedicación, el compromiso y por su generosidad, gracias!

Gracias a los docentes, compañeros y todos los que fueron parte de estos años de crecimiento y aprendizaje profesional y personal.

Magdalena

A mis padres Noemí y Oscar, y a mi hermana Vanesa, por el acompañamiento y el apoyo incondicional.

A mi madrina Ana María, a mi tío Oscar y a Nico, por el cariño y la compañía.

A los profesionales y Maestros que contribuyeron a mi formación profesional y humana.

A Laura, por sus enseñanzas desde aquél Programa de Promoción de Buen Trato hacia las Personas Mayores, y su incondicionalidad y profesionalismo durante este proceso de tesis. Sin dudas, sus palabras seguirán "resonando" en mí.

A Emma y a Magda, por compartir este tiempo de trabajo, con buena predisposición, responsabilidad y compromiso.

A todos mis compañeros, colegas y seres queridos que estuvieron y están en este camino de vida. Gracias!!!

Daniela

Índice

Introducción	8
Parte I: Estado del arte	
Antecedentes	12
Parte II: Marco teórico	
- Capítulo 1: “Terapia Ocupacional - Definición y praxis”	
Terapia Ocupacional: definición	17
Perfil profesional del terapeuta ocupacional	23
Competencias profesionales	27
Campos de acción de la Terapia Ocupacional	32
- Capítulo 2: “Vejez y Envejecimiento”	
Concepciones sobre Vejez	45
Concepciones sobre Envejecimiento – Recorrido histórico	49
Teorías sobre envejecimiento	51
Envejecimiento - Transición demográfica en América Latina, Argentina y Mar del Plata	55
Salud y vejez	58
- Capítulo 3: “Dispositivos de abordajes grupales: Rol del coordinador”	
Una aproximación al concepto de grupo	64
Dispositivos grupales - Momentos epistémicos	68
Modalidades en abordajes grupales	71
Coordinación de grupos - Rol del coordinador	76
Rol del terapeuta ocupacional como coordinador	81
Parte III: Aspectos metodológicos	
Tema	87

Problema	87
Objetivo general	87
Objetivos específicos	87
Diseño de investigación	88
Definición de las variables	89
Muestra	93
Técnicas de recolección de datos	93
Análisis de los datos	94
Parte IV: Resultados	
Procedimiento	97
Presentación de datos	97
Análisis de datos	117
Parte V: Conclusión	
Conclusión	128
Anexos	134
Bibliografía	149

Introducción

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo conocer cuáles son las competencias que identifican como prioritarias los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en la coordinación de grupos de personas mayores, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 2017.

La temática es seleccionada en base al reconocimiento del incremento de la población de personas mayores y de la considerable demanda de terapeutas ocupacionales para efectuar la coordinación de grupos dentro del campo gerontológico. En concordancia, se vislumbra la importancia de contar con nuevos conocimientos y herramientas de intervención, que posibiliten el desarrollo del rol profesional de manera eficiente y eficaz, y así brindar una atención de calidad.

Para ello es necesario reflexionar y actualizar de manera continua la formación y la práctica, ya que los cambios que se producen en el contexto en el cual están inmersos los profesionales deben transformar el saber y el saber hacer; y traducirse en un desempeño competente y acorde a las necesidades y particularidades que presenta el grupo poblacional de referencia.

En los últimos 50 años, en los países latinoamericanos, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años y se espera que siga creciendo, como así también el promedio de edad. Es decir, cada vez más personas llegan a mayor edad y en mejores condiciones en lo que respecta a salud y calidad de vida. Argentina se encuentra entre los países más envejecidos y, particularmente la ciudad de Mar del Plata, que según Cogley (2001), dado el importante número de personas mayores residentes, es concebida como un polo geronte.

Frente a esta realidad demográfica, la Organización de Estados Americanos (2015) plantea como objetivo ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de

vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. Considera también, que las personas a medida que envejecen deben seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma con salud, seguridad, integración y participación activa.

Como consecuencia de los acontecimientos mencionados, las temáticas de envejecimiento y vejez han cobrado relevancia, debido a que es un fenómeno que involucra a todos los sectores de la sociedad. Es por ello, que las disciplinas científicas y los profesionales que ejercen su labor en las diferentes áreas, no pueden quedarse al margen del gran reto que supone acompañar los cambios demográficos.

En este sentido, en la presente investigación se propone abordar el envejecimiento y la vejez, desde Terapia Ocupacional (T.O.) con una perspectiva integradora, holística y realista, que contemple las generalidades, particularidades y subjetividades de quienes envejecen. Se plantea, la necesidad de una continua formación que permita enriquecer la mirada profesional y la intervención centrada en la persona, debido a que no es posible separar el quehacer profesional del contexto sociocultural y modos de vida distintivos, en el cual son convocados a intervenir los terapeutas ocupacionales, y desde el cual se debe comprender a la persona.

La T.O. busca la inclusión ocupacional del sujeto a través de la implementación de los saberes, métodos, tecnologías y técnicas, que forman parte de las competencias que hacen al perfil profesional, y posibilitan el saber y el saber hacer en los campos de acción propios de la disciplina.

En este sentido, el propósito de su intervención es favorecer el desempeño ocupacional funcional, la autonomía personal, la participación social y la calidad de

vida de las personas y/o grupos que lo requieran. Al respecto, el taller como modalidad de trabajo grupal, en que se genera un espacio de vínculos, participación, comunicación y producción social, intenta potenciar los recursos y fortalezas propias de cada etapa vital e incrementar el bienestar integral de cada persona.

Particularmente las diferentes propuestas bajo la modalidad grupal en las personas mayores han proliferado y diversificado lo que indica el deseo de participación y desarrollo tanto personal como social, así como el reconocimiento que el trabajo y encuentro con pares ofrece una manera enriquecedora para transitar esta nueva etapa.

Para finalizar, los terapeutas ocupacionales que coordinan grupos, deben contar con experiencia como coordinador. Y, con una formación continua apropiada y actualizada, como medio para adquirir elementos teóricos y prácticos que posibiliten la intervención eficiente, frente a la singularidad de cada grupo. Dichos elementos, se combinan con las actitudes y aptitudes personales para dar lugar a un estilo propio de coordinación. Por lo tanto, esta investigación se propone conocer las competencias que priorizan los terapeutas ocupacionales que se desempeñan como coordinadores de grupos de personas mayores y las funciones que consideran más relevantes en la intervención.

Parte I

Estado del arte

Antecedentes

Se ha realizado un rastreo bibliográfico a través de la consulta de bases de datos informatizadas de Ciencias Médicas, Terapia Ocupacional, Geriátrica y Gerontología, revistas electrónicas especializadas, libros electrónicos, como así también de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata, la Asociación Marplatense de Terapia Ocupacional, la Biblioteca del Hospital Privado de Comunidad y el Centro de Documentación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

En referencia al perfil profesional, a nivel internacional se halla el documento *Perfil Profesional y Competencias del Terapeuta Ocupacional*, elaborado por el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, en 2014. El mismo reporta, en el marco de la contextualización actual y futura de la profesión, la definición del perfil profesional y competencias -transversales y específicas- del terapeuta ocupacional en Colombia.

En su elaboración han participado profesionales de los sectores académico, gremial y de prestación de servicios en las diferentes áreas del ejercicio profesional, en el marco del proceso adelantado por la Dirección Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Educación de la Academia Nacional de Medicina. Además, se tiene en cuenta las disposiciones vigentes consignadas en materia de educación superior en el país y la legislación correspondiente del Sistema de Salud, en particular la referente a las competencias profesionales establecidas en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, Artículos 4 y 99, y la Ley 1164 de 2007.

A nivel nacional, se encuentra la investigación *Perfiles Profesionales y Valores relativos al Trabajo*, realizada por Moreno y Marcaccio, en 2014. El objetivo principal

del estudio es evaluar la relación existente entre los valores relativos al trabajo y los perfiles profesionales en contabilidad y administración, marketing y ventas, y recepción. El instrumento utilizado es la *Escala Argentina de Valores Relativos al Trabajo*, que comprende 4 subescalas de 5 ítems cada una, como Realización Personal, Reconocimiento Social, Altruismo y Aspiraciones Económicas (Moreno & Marcaccio, 2012). La muestra, no probabilística, incluye a 425 sujetos (40% varones y 60% mujeres) que se encuentran buscando un cambio de empleo o un nuevo empleo. A continuación, se realiza un análisis multivariado de varianza (MANOVA) para determinar las diferencias de medias en las dimensiones de la prueba de valores hacia el trabajo (EVT), hallándose que el valor Realización Personal es más jerarquizado por los sujetos de marketing. No se observan diferencias según sexo, ni interacción sexo – ocupación. Si bien esta investigación no proviene del ámbito de ciencias de la salud, permite extraer conceptos transversales acerca del constructo perfil profesional.

A nivel local, existe un área de vacancia en cuanto a perfil y competencias profesionales del terapeuta ocupacional.

Respecto a la coordinación de grupos, se evidencia la misma situación, a pesar de que el Lic. en T.O. se desempeña como coordinador en una amplia gama de campos de acción, y es relevante este rol en la intervención.

La búsqueda de información se realiza a través de la comunicación con las Universidades, Colegios y Asociaciones Profesionales de terapeutas ocupacionales de Argentina. Si bien se obtiene respuesta de las mismas, no aportan datos que contribuyan al desarrollo del tema. No obstante, la Lic. T.O. Bustingorri, María L. - docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires- gentilmente, facilita información y bibliografía pertinentes para el enriquecimiento del presente estudio.

Sanjurjo Castelao (2015) plantea que la investigación científica, como enlace entre el contexto y los profesionales, refleja el compromiso con la disciplina. Las publicaciones científicas “sirven de nexo de unión, desarrollo, promoción y divulgación. Son la piedra angular sostenedora. (...) los profesionales obtienen la información más adecuada para la toma de decisiones clínicas. Disponen de forma permanente de la información científica más actual.” (p. 3). Por lo tanto, enriquecen a una disciplina, brindan respaldo y fundamento al quehacer profesional.

Sin embargo, se evidencia como principal problema referente a las publicaciones en T.O. que “No existe un claro compromiso para la promoción, divulgación y síntesis en nuestra escasa producción científica” (Sanjurjo Castelao, 2015, p. 4).

En este sentido, la escasez de producción y divulgación de conocimiento, conlleva al no reconocimiento de la importancia del abordaje de T.O. en diversos ámbitos. Los profesionales deben acceder a otras fuentes para formarse y adquirir nuevas herramientas que repercutan en la calidad de la intervención que brindan.

Cabe mencionarse, el dictado de la carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional desde el año 2007, contando en la actualidad con la presencia de 3 cohortes de 2 años de formación cada una. Y, la apertura de la carrera de Especialización en Gerontología a dictarse en la ciudad de Mar del Plata en el corriente año, bajo la dirección de la Dra. en Psicología Krzemien, D. Estos sucesos, dan la pauta que el área adquiere relevancia, y se reconoce la necesidad de formarse para enriquecer el quehacer profesional.

Para finalizar, la falta de investigación en torno a la temática, alienta a emprender la presente investigación y a difundir el perfil profesional del terapeuta ocupacional que coordina grupos de personas mayores, a partir de a la aplicación de un instrumento diseñado para tal fin.

Referencias bibliográficas

- Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. (Noviembre, 2014). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Recuperado de http://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Terapeuta%20Ocupacional_Octubre2014.pdf
- Moreno, J. & Marcaccio, A. (2014). Perfiles profesionales y valores relativos al trabajo. *Ciencias Psicológicas*, 8(2), 129 - 138. Recuperado de <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/897>
- Sanjurjo Castela, G. (Noviembre, 2015). Terapia ocupacional y publicaciones científicas ¿papel o rol?. *TOG*, 12(22). Recuperado de <http://revistatog.com/num22/pdf/editorial.pdf>

Parte II

Marco teórico

Capítulo 1

“Terapia Ocupacional: Definición y praxis”

En el presente capítulo, se realizará un breve recorrido por la historia de la T.O. como disciplina. Luego, se expondrá su definición a nivel internacional y local, y se analizará el papel que desempeña como profesión del área de la salud en el contexto social, económico y político latinoamericano. A continuación, se puntualizará sobre el término perfil profesional y su delimitación en la disciplina. Además, se describirá el dominio de competencias que comprende dicho perfil, y se especificarán las competencias y capacidades que incluye. Finalmente, se mencionarán lineamientos generales respecto a los campos de acción de la profesión, poniendo el énfasis en el quehacer profesional.

Terapia Ocupacional: definición

Miranda (2005) en su libro “La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional”, analiza la influencia de lineamientos teóricos y las definiciones otorgadas al quehacer profesional a lo largo del tiempo; evidenciando que los cambios paradigmáticos, se dan en correspondencia con los acontecimientos sociales, políticos y culturales.

La autora sitúa las raíces de la disciplina en el modelo de pensamiento humanista de fines del siglo XVII e inicios del XVIII, con la aplicación del tratamiento moral por parte del Dr. Philippe Pinel, en el cual se reconoce la naturaleza ocupacional del hombre, y se comienza a emplear las actividades para tratar disfunciones ocupacionales.

Un siglo más tarde, la difusión del Positivismo como corriente de pensamiento científica y filosófica, impacta en el campo de la salud, favoreciendo paulatinamente el desuso de este enfoque divulgado en América y Europa.

Miranda (2005) menciona que “La primera definición formal fue realizada en 1922 por H. A. Pattison que entendía por Terapia Ocupacional: ‘cualquier actividad, mental o física, definidamente prescrita y guiada con el propósito específico de contribuir a la recuperación rápida de una enfermedad o lesión.’” (p. 33).

Además, destaca que el nacimiento formal de la disciplina remite al período entre las décadas del 30´ y 50´, en el marco de las guerras mundiales. Momento en que la profesión, si bien concibe a la persona en su totalidad, se aboca a la recuperación de una lesión o enfermedad mediante un enfoque que prioriza la rehabilitación, prescrita u ordenada por un médico.

En esa época, también nace el Reduccionismo como modelo de pensamiento científico, que posteriormente influye en el modelo médico y en todo el ámbito de la salud. Así, se abandona la visión inicial de la profesión centrada en el desempeño de la persona en sus ocupaciones, y se adopta un enfoque que reconoce los componentes de la función humana, que pueden afectar el desempeño ocupacional y que deben ser tratados a partir del uso terapéutico de la actividad. Este modelo persiste hasta la década del 70´.

Luego, comienzan a surgir nuevos modelos basados en los fundamentos de la Teoría General de los Sistemas, principalmente bajo la influencia de Reilly, M. quien busca volver a la concepción inicial de la profesión exponiendo la Tradición del Comportamiento Ocupacional. Y, en base a los conceptos de Batenson, G., surge el modelo de la Ecología de la Acción, que considera al hombre como un sistema abierto que interactúa con el hábitat en que se encuentra. (Miranda, 2005)

Posteriormente, se incluye el área preventiva como campo de acción al reconocerse que “el terapeuta ocupacional no actúa solamente ante la presencia de enfermedad o en la instancia rehabilitadora, sino para favorecer y mantener la

salud” (Miranda, 2005, p. 34). A partir de aquí, se piensa al contexto socio-cultural, y la salud como punto de partida para la intervención.

En 1989, en base a las investigaciones de Yerxa, surge la Ciencia de la Ocupación como disciplina académica. Plantea una visión ampliada de la ocupación y la conceptualización del hombre como ser humano con existencia ocupacional.

Desde entonces, la ocupación y/o los procesos productivos se interpretan como sinónimo de actividad, reflejando la transición del modelo médico hacia el concepto holístico inicial de la disciplina. A través de la incorporación de otros campos de saber, asimila los conocimientos necesarios para dar respuesta e intervenir en pos del mejoramiento y/o mantenimiento de la calidad de vida de las personas.

Actualmente, la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la T.O. como:

una profesión de salud centrada en el cliente que trata de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir que las personas participen en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado trabajando con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que desean, necesitan o se espera que hagan, o modificando la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional. (2012)

La Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) considera a la T.O. como:

una disciplina centrada en la salud, que define su objeto de estudio en torno al hombre como individuo que se expresa a través de las ocupaciones, las cuales constituyen un elemento organizador de su

calidad de vida, permitiendo conocer a las personas desde una perspectiva integral y social.

La Terapia Ocupacional propone una intervención que posibilite al hombre el logro de su autonomía a partir de la participación activa en ocupaciones y actividades significativas y con propósito, a través de todas las etapas de la vida para favorecer el desempeño de sus roles, el intercambio y adaptación a su ambiente personal, social y laboral y promover su calidad de vida. (2017)

Por otro lado, Miranda presenta en base a la definición de la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales (AMTO) de 1989, la siguiente modificación en 1995:

La T.O. es la disciplina que tiene por objeto de estudio, la actividad humana dirigida al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales de la persona, con el fin de posibilitarle una interacción adecuada al medio social y cultural en la que se encuentra inmersa. (2005, p. 34)

En base a estas definiciones, se propone pensar a la T.O. como una disciplina con una mirada integral del hombre y su ocupación, considerados como indisociables, debido que a través de esta es posible interpretar su naturaleza ocupacional. Mediante el hacer, toda persona se expresa, transforma el entorno y se autotransforma. Por este motivo, se utiliza la actividad como medio terapéutico para favorecer la mayor autonomía posible, en el desempeño de las ocupaciones que organizan y dan sentido a la vida del sujeto.

Guajardo (2014) enriquece la disciplina al incorporar una mirada social. Concibe que la intervención deja de centrarse exclusivamente en el individuo disfuncional, como se promueve desde la corriente positivista, anglosajona, liberal. Actualmente, se aboca a quienes son segregados, excluidos, alienados socialmente y privados o vulnerados en sus derechos humanos y su participación ciudadana y social, expresada primordialmente a través del ejercicio de la ocupación.

En este sentido, plantea que no es posible separar el quehacer profesional del contexto sociocultural -con sus problemas e intereses políticos, económicos, éticos y modos de vida distintivos-, en el cual son convocados a intervenir los terapeutas ocupacionales, y desde el cual se debe comprender a la persona.

El autor, considera a la profesión como una disciplina que se encuentra en constante cambio, al dejar de lado su concepción como ahistórica y uniforme, que daba cuenta de la existencia de una sola T.O. Al respecto, expone que existen múltiples terapias ocupacionales y saberes; que no hay tratamiento, sino prácticas políticas y éticas que se manifiestan en varias formas de actuación e intervención; que la ocupación es el sujeto, y que por lo tanto hay diversidad de ocupaciones.

Para concluir, se destaca que la T.O. tiene sus raíces entre el siglo XVII y XVIII, bajo la consideración de la naturaleza ocupacional del hombre. Esta visión es retomada en la actualidad, luego de atravesar diversos cambios paradigmáticos que se han dado en consonancia con los acontecimientos sociales, políticos y culturales.

La disciplina como profesión posee como objeto de estudio, la ocupación humana, la cual está íntimamente ligada a la persona que la ejecuta en diversos contextos y a lo largo del tiempo, en una sociedad que se encuentra en constante transformación.

Como sujetos sociales, los terapeutas ocupacionales deben tener presente la interrelación existente entre el hombre-ocupación-contexto y aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos durante la formación para intervenir en aquellas personas o grupos que lo requieran.

En consecuencia, la experiencia clínica en diversos campos de ejercicio junto con lo expuesto anteriormente, condiciona la cosmovisión de cada profesional, y posibilita la emergencia de múltiples terapias ocupacionales.

Perfil profesional del terapeuta ocupacional

El término *perfil profesional*, perfil del egresado o práctica profesional, empleado en el ámbito educativo y organizacional, suele hacer referencia tanto a las características propias de un sujeto -definiciones laborales-, como al producto de una experiencia educativa -definiciones educativas-; poniéndose el énfasis estrictamente en las competencias y habilidades personales, respectivamente o en la formación profesional y el diseño curricular.

En alusión a la primera acepción -laboral-, diversos autores proponen que en ciertos empleos, a pesar de no haber atravesado por la educación formal, es posible adquirir capacidades, competencias y conocimientos, mediante la interacción con compañeros y otras personas, que habilitan a un individuo para desempeñarse con eficacia en una tarea en su puesto laboral. (Moreno y Marcaccio, 2014)

Respecto al uso educativo del término perfil profesional, se presentan dos definiciones que serán puntos de referencia en la presente investigación:

Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005), lo definen como un "conjunto de rasgos y capacidades que, certificadas apropiadamente por quien tiene la competencia jurídica para ello, permiten que alguien sea reconocido por la sociedad

como 'tal' profesional, pudiéndosele encomendar tareas para las que se le supone capacitado y competente" (p. 13). El mismo es dinámico, se adapta a las condiciones y al contexto socio-histórico, y está ligado a la capacidad de perfeccionamiento continuo de cada persona.

Así mismo, Muñoz Palm (2008) plantea que "es un referente para el permanente diálogo entre los esfuerzos formadores institucionales, el mundo del trabajo y los propios practicantes de la profesión" (p. 121). Esta perspectiva, le atribuye a la universidad la responsabilidad de formar a los estudiantes para que sean capaces de abarcar y solucionar las necesidades del entorno social donde están inmersos. En consecuencia, el perfil profesional debe responder a las demandas del ámbito laboral próximo y considerar las expectativas nacionales e internacionales sobre la calidad de la práctica.

Agregando a lo anterior, Moreno y Marcaccio (2014) plantean que el perfil profesional se plasma en el *diseño curricular* de una carrera, donde se proyecta lo que debe saber y saber hacer el graduado. Mediante la adquisición de valores, habilidades, actitudes, conocimientos y destrezas lo habilita a ejercer su rol por medio de las tareas y actividades propias de la disciplina, en una determinada población o grupo.

Dicho diseño, posibilita sistematizar y homogeneizar la formación, ya que en él se explicitan los *dominios de competencias*, entendidos según Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005) como "el conjunto ordenado de acciones y decisiones que describen un dominio o campo de lo que es propio de un profesional." (p. 44), que brindan información a otros acerca de su posible accionar y lo legitiman. Dichos dominios, incorporan "diversos saberes teóricos, procedimentales e interpersonales en una única y compleja unidad." (p. 45). En este sentido, los títulos otorgados por

la universidad son los que certifican la capacidad para desenvolverse competente y eficazmente en los campos disciplinares.

Al respecto, los autores refieren la existencia de un *perfil profesional del egresado o inicial*, que “caracteriza a un profesional que está siendo acreditado por la Universidad o la institución competente, como poseedor de las competencias fundamentales que definen a la profesión.” (p. 44). El mismo involucra el “cumplimiento de tareas propias y típicas de la profesión” (p. 12), y marca el punto de partida para el desarrollo profesional ulterior.

Consideran que, solo después de haber ejercido durante el período de 4 a 5 años en campos de desempeño específicos, se adquiere un *perfil profesional experto* porque “ha adquirido un dominio de la profesión que le permite ser reconocido, considerado y tratado como par por otros profesionales mayores” (p. 11). Y especifican que, cuando se especializa en un área de la disciplina, se transforma en un *perfil profesional especializado*. Por lo tanto, el campo de intervención donde se desempeña, condiciona las competencias que pondrá en juego y las áreas de especialización por las que transcurrirá.

En lo que respecta a la T.O., la WFOT establece las Normas Mínimas Revisadas para la Formación de Terapeutas Ocupacionales, que delinear el camino a seguir en la educación formal.

La UNMDP define el perfil profesional del terapeuta ocupacional de la siguiente manera:

El Terapeuta Ocupacional debe poseer por un lado intereses humanísticos, sociales, científicos y biológicos, pero al mismo tiempo inclinarse hacia lo manual creativo, plástico y mecánico. Sus aptitudes estarán dentro del razonamiento abstracto y la aptitud verbal. Deberá

saber usar una actitud crítica evaluativa adecuada. Poseer la suficiente creatividad y flexibilidad para poder adaptarse a distintas situaciones, como mejor le convenga a la persona a la que asiste. (UNMDP, 2017)

Por otro lado, expone las *incumbencias profesionales*:

El Terapeuta Ocupacional es el profesional capacitado para analizar, seleccionar, graduar e instrumentar los medios terapéuticos a través de actividades recreativas, lúdicas, socializantes, artesanales, industriales, semi-industriales, de la vida diaria y el manejo de relaciones interpersonales, en un encuadre que le es propio, en virtud de la capacitación acreditada por los respectivos títulos, para ejercer funciones de PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA, TERCIA Y CUATERNARIA. (UNMDP, 2017)

En consonancia con las mencionadas definiciones, se evidencia el énfasis asignado a la formación integral del terapeuta ocupacional, que lo habilita para intervenir holísticamente a partir del uso terapéutico de la actividad, en todos los niveles de atención de la salud.

En síntesis, el perfil profesional debe abordarse desde sus dos acepciones - laborales y educativas-, las cuales involucran las competencias y habilidades personales, y la formación y el diseño curricular respectivamente. En esta investigación, se promueve la consideración de ambas, debido a que posibilitan una visión más acabada del mismo.

Competencias profesionales

En el perfil profesional se conjugan los dominios de competencias, conformados por un grupo de capacidades de diversa índole, que legitiman y habilitan el desempeño propio de un profesional. Según Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005), los mismos están conformados por *competencias*, que involucran "en su ejecución -en grados diversos- aspectos cognitivos, procedimentales, actitudinales y sociosistémicos" (p. 22).

El diccionario de lengua española define el término competencia como "Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado". También, se lo considera como la capacidad para realizar alguna cosa o cumplir una tarea, mediante la combinación de atributos de la persona.

A su vez, Muñoz Palm (2008) plantea que una persona logra *ser competente* cuando es capaz de seleccionar, ajustar y aplicar coordinadamente conocimientos, habilidades, experiencias, cualidades y recursos; que le permiten afrontar y/o resolver los problemas que se le presentan de forma eficaz en contextos estables.

Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005), añaden que es el resultado del saber y el saber hacer, que incitan a cada profesional a reflexionar continuamente sobre su accionar y a adquirir nuevas competencias para asegurar la calidad –eficiencia y eficacia- en su práctica.

Se puede decir, que el constructo competencia es multivariado y multidisciplinario al estar sujeto a los recursos personales y al ámbito de ejercicio profesional.

En base a la bibliografía consultada, se ha encontrado que existen diversas clasificaciones respecto al término competencia. A continuación, se presenta la propuesta por Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005):

- *Competencias fundamentales o transversales*: Incluyen la comunicación, la creatividad, la capacidad de síntesis, entre otras; las cuales se encuentran en profesionales de las áreas de ciencias de la salud, ciencias sociales o ingeniería. Pueden ser de tipo interpersonal, sistémico o instrumental.
- *Competencias disciplinarias o generales*: Son conocimientos específicos pertenecientes al campo disciplinar, e incluyen las competencias cognoscitivas, metodológicas o tecnológicas.
- *Competencias específicas o profesionales*: Son típicas de una profesión y necesarias para la realización, el desarrollo personal y el empleo. Así mismo, se relacionan con otras pertenecientes a la misma familia de ocupaciones.

Respecto a las competencias transversales, es decir, las que se encuentran en diversas profesiones independientemente del área disciplinaria, González y Wagenaar (2003) mencionan las siguientes:

- Conocer los fundamentos y la historia de la propia disciplina;
- Comunicar coherentemente el conocimiento adquirido;
- Colocar la información nueva y la interpretación en su contexto;
- Comprender la estructura general de su disciplina y la conexión con subdisciplinas;
- Comprender e implementar métodos de análisis crítico y teorías;
- Implementar métodos y técnicas relacionadas a su disciplina;
- Comprender la investigación cualitativa vinculada con su disciplina;

- Demostrar que comprende las pruebas experimentales y de observación de las teorías científicas.

En alusión a las competencias específicas, que deben caracterizar al Lic. en T.O., el Colegio Colombiano de T.O. (2014) las agrupa dentro de los siguientes dominios de competencias: Promoción de la salud en clave ocupación, Prevención en clave ocupación, Concepto ocupacional individual y colectivo, e Intervención de Terapia Ocupacional. Dicha clasificación, permite visualizar las tareas propias del desempeño profesional. (Ver anexo, tabla 1)

Con respecto a lo anterior, las autoras mencionan la clasificación del Colegio Colombiano ante la ausencia de producción a nivel nacional referente a la temática. Acuerdan con la clasificación de competencias, según el ámbito de aplicación, propuesta por Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005).

En concordancia con los objetivos que se persiguen, esta clasificación permite realizar un dimensionamiento de las competencias, al describir las tareas y capacidades que comprende cada una de ellas. De tal modo, en función de las que prioricen los terapeutas ocupacionales que se desempeñan como coordinadores de grupos de personas mayores, contribuirá a delimitar un perfil profesional.

- Cognitivas: Se apoyan en conocimientos propios o generales vinculados a otras disciplinas. Hacen hincapié en el “saber comprender, analizar y tratar la información relevante, relacionar o sintetizar un determinado conocimiento, fenómeno o sistema” (p. 20).
- Procedimentales: Posibilitan el saber cómo actuar en situaciones profesionales mediante la elaboración de proyectos, implementación de sistemas tecnológicos, entre otros.

- Interpersonales: Permiten cooperar con otros persiguiendo un objeto común, “saber comportarse en distintas situaciones, participar y comprometerse; así como saber percibir situaciones y ser capaz de captar e interpretar señales de los interlocutores” (p. 20).

Así mismo, los autores proponen que dichas competencias se desdoblán en *subcompetencias* o capacidades relativas -actitudinales, procedimentales, cognitivas e interpersonales-, definidas como “un tipo de desempeño específico, delimitable conceptual y operacionalmente” (p. 45). Estas conducen al logro del desempeño esperado en un contexto determinado, y solo adquieren sentido dentro de una competencia que opera como realidad multidimensional y holística.

Además, exponen que cada subcompetencia se conforma por una *tarea* entendida como estructura operacional que puede ser procedimental, cognitiva o interpersonal.

Agregando a lo anterior, cabe mencionar el aporte realizado por Gardner (1995) en el marco de la neurobiología, afirmando que todo hombre posee una competencia cognitiva “descrita en términos de un conjunto de habilidades, talentos o capacidades mentales” (p. 32), que denomina inteligencia. Esta posee un origen biológico e involucra la “habilidad necesaria para resolver problemas o para elaborar productos que son de importancia en un contexto cultural o en una comunidad determinada.” (p. 33), mediante la persecución de un objetivo y la consideración de medios-fines.

El autor postula la Teoría de las Inteligencias Múltiples, en la que describe 7 tipos de inteligencia, que son interdependientes y se presentan en grado diverso en cada persona:

- Lógico-matemática: Se caracteriza por la capacidad para resolver problemas lógico-matemáticos con rapidez, utilizando el pensamiento científico.
- Lingüística: Involucra la habilidad de comprender y emplear el propio idioma.
- Espacial: Posibilita la orientación y resolución de problemas espaciales considerando un mapa mental del mundo en 3 dimensiones.
- Cinético-corporal: Es la capacidad de realizar movimientos voluntarios para ejecutar actividades o resolver problemas.
- Musical: Comprende la habilidad para percibir y producir música.
- Intrapersonal: Incluye la capacidad para entenderse a sí mismo, interpretar y orientar la conducta.
- Interpersonal: Posibilita entender a los demás, poseer empatía y contar con la habilidad para interactuar.

Gardner (1995) propone pensar a los individuos como poseedores de múltiples aptitudes, que pueden combinarse para cumplir una función de forma única.

En este sentido, se considera que lo propuesto desde esta teoría enriquece el concepto de competencia desarrollado por Hawes Barrios y Corbalán Vásquez, al referirse también al empleo de capacidades o habilidades para el hacer, que se conjugan según las demandas de la tarea a desempeñar en un contexto determinado.

A modo de conclusión, en el perfil profesional del egresado se conjugan los dominios de competencias, que le otorgan idoneidad y legitiman su desempeño para intervenir en los campos de acción propios de la disciplina.

A su vez, cada dominio está conformado por competencias, consideradas como la pericia para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. Estas se clasifican según el ámbito de aplicación –interpersonales, cognitivas y procedimentales-, y el foco material –transversales, generales y profesionales-. Dichas competencias, comprenden capacidades interpersonales, actitudinales, cognitivas y procedimentales que posibilitan el quehacer profesional.

Para finalizar, las competencias específicas junto con las transversales habilitan al Lic. en T.O. a tomar decisiones referentes a la evaluación, identificación, análisis, interpretación y diagnóstico ocupacional. Además, lo habilitan para seleccionar y aplicar los métodos y estrategias con el objetivo de favorecer la máxima autonomía posible, y mejorar la calidad de vida de aquellos que presentan limitaciones en su desempeño.

Campos de acción de la Terapia Ocupacional

Según, Trujillo Rojas (2002) en su libro “Terapia Ocupacional. Conocimiento y práctica en Colombia”, las competencias profesionales que poseen los terapeutas ocupacionales los habilitan para desempeñarse como profesionales socio-sanitarios en diversos *campos de acción* -académico, salud, educativo, laboral, ejercicio en la comunidad, justicia y contexto de bienestar social-. Estos pueden variar en los diferentes territorios.

Campo académico: El terapeuta ocupacional en su rol como profesor universitario debe cumplir con la siguiente misión:

sustentar y validar un campo del saber (a través de la investigación); asumir liderazgo en la reproducción- difusión de conocimientos en un área del conocimiento (por medio de la docencia); y establecer vínculos con la sociedad al reflexionar de manera crítica sobre la vida social, la cultura y los valores humanos, y aportar estilos y formas de contribución social (extensión universitaria). (p. 60)

En relación a esta misión, la investigación representa el principal medio para producir los conocimientos que validan y sustentan el desempeño profesional. Es imprescindible que los terapeutas ocupacionales divulguen los mismos para que otros puedan disponer y acceder a ellos, y así estar informados sobre temas actuales y específicos de la profesión. El acceso a la información promueve la adquisición de herramientas necesarias para hacer frente a las problemáticas que se manifiestan en la intervención terapéutica.

La autora refiere que la formación continua como profesor- terapeuta ocupacional es fundamental para ser idóneo en la transmisión y orientación de conocimientos, habilidades y destrezas.

Campo de salud: El terapeuta ocupacional, como profesional de la salud, está capacitado para promover una vida ocupacional saludable, prevenir y rehabilitar en caso de “alteraciones físicas, sensoriales, mentales y sociales que inciden en las ocupaciones de sujetos y colectivos” (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, 2014, p. 9). Es decir, es idóneo para promocionar la salud y el bienestar bio-psico-social y, en caso de limitación en el desempeño ocupacional, es apto para intervenir de la siguiente manera:

- Disfunción física: Este tipo de disfunción puede comprometer al sistema neuromuscular, cardiovascular, limitar el crecimiento y desarrollo, y producir desórdenes sensoriales y dolor. Por lo tanto, es necesaria la intervención en las diferentes etapas de la vida para mantener y/o recuperar la actividad física y sensorial mediante:

la ejecución de actividades orientadas a fomentar el desarrollo de patrones de movimiento, fuerza muscular y coordinación; el desempeño independiente en actividades educativas, productivas y cotidianas esenciales; el incremento de la tolerancia física y sensorial, y el ahorro energético durante la ejecución de actividades habituales de la persona. (Trujillo Rojas, 2002, p. 62)

- Disfunción psicosocial: El uso terapéutico de las ocupaciones es empleado como medio para recuperar la salud mental y la estabilidad emocional, necesarios para mantener un estilo de vida saludable. Los trastornos psicológicos y en la interacción social conducen a alteraciones en la sensopercepción y la orientación en la realidad; trastornos en el concepto de sí mismo e identidad personal; disminución de la autoestima, motivación e iniciativa; dificultad en el autocontrol, atención y concentración; comportamiento antisocial, aislamiento y problemas de juicio sobre la seguridad personal.

- Disfunción cognoscitiva: La cognición domina varios aspectos de las acciones y el quehacer cotidiano. En el caso de disfunción cognoscitiva podría estar comprometida la habilidad para transformar, elaborar, codificar, almacenar, evocar y usar los diferentes estímulos sensoriales.

El terapeuta ocupacional, mediante la actividad terapéutica, se propone el mejoramiento de los procesos cognoscitivos para que la persona sea capaz de desempeñarse de forma autónoma en las diversas actividades de su vida cotidiana.

- Disfunción cardiorrespiratoria: Este tipo de disfunción incide directamente en el desempeño ocupacional de la persona por la dificultad para utilizar el oxígeno. Por este motivo, es fundamental que el terapeuta ocupacional considere la graduación de las actividades, brindar estrategias para el ahorro de energía e incrementar la tolerancia a la actividad.

- Promoción del bienestar y prevención de discapacidades: Esto puede abordarse mediante programas que impulsen medidas de promoción de la salud y prevención de disfunciones y discapacidades; educación en patrones de crianza que posibilitan el desarrollo de hábitos saludables; educación sobre desarrollo integral y el aprendizaje; prevención de accidentes viales y domésticos, entre otros.

Campo educativo: Los programas de promoción, prevención y nivelación del desempeño ocupacional están destinados a alumnos de escuelas especiales y regulares para garantizar la igualdad de oportunidades en la accesibilidad académica.

El terapeuta ocupacional puede intervenir adaptando el currículo, el contexto escolar y/o pedagógico. Por ejemplo, a través del juego es posible fomentar habilidades vinculadas con el aprendizaje y conducir a un mejor rendimiento académico.

Por lo tanto, es necesario que el profesional esté familiarizado con diversos métodos y estrategias pedagógicas para poder abordar las dificultades en el desempeño escolar que presenten los alumnos.

Campo laboral: La T.O. está habilitada para “gestionar programas de bienestar, estilos de vida y trabajo saludable, de orientación vocacional y profesional, de rehabilitación, calificación de la pérdida de capacidad laboral, valoración ocupacional, inclusión social y certificación de discapacidad” (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, 2014, p. 9).

Tal como destaca Trujillo Rojas (2002), el trabajo es central en la vida ocupacional de las personas, y tiene como propósito contribuir a la autonomía, productividad y realización humana. Además, plantea que está sujeto a la valoración personal y social que se realiza del mismo y la participación productiva. En base a estas razones, plantea que el “fin último de los programas de terapia ocupacional es la permanencia, incorporación o reincorporación de las personas al empleo remunerado o al trabajo con fines útiles y de servicio” (pp. 66-67).

Así mismo, este campo abarca la rehabilitación profesional, orientación ocupacional y salud ocupacional.

- Rehabilitación profesional: Consiste en la inclusión sociolaboral de personas con diversidad funcional en un trabajo acorde a sus capacidades, habilidades, destrezas e intereses.

Mediante la adaptación del puesto laboral es posible eliminar o reducir las barreras que interfieren en el desempeño. Paralelamente, es fundamental el entrenamiento en las tareas laborales con el objetivo de “desarrollar las potencialidades de la persona, compensar las limitaciones funcionales, por medio de capacidades alternas y a orientar sobre cambios o modificaciones para la accesibilidad del puesto de trabajo y del entorno” (Trujillo Rojas (2002, p. 67).

Además, la autora plantea que la rehabilitación profesional está conformada por tres instancias, según las necesidades de la persona:

1. Evaluación/ orientación laboral a través de la valoración de las alteraciones, disfunciones, capacidades, habilidades, destrezas e intereses ocupacionales del individuo en paralelo con las exigencias del puesto de trabajo u otros.

2. Adaptación/ capacitación a través de la provisión de adaptaciones, ayudas técnicas y/o tecnología que le posibilite al individuo con diversidad funcional desempeñarse con la máxima independencia posible en sus tareas laborales mediante el uso de las capacidades y habilidades conservadas.

3. Ubicación/ seguimiento laboral en un puesto consecuente con sus capacidades, habilidades y destrezas.

Por otro lado, la legislación correspondiente al país debe velar porque el empleador reubique “al trabajador con una discapacidad en su cargo previo o en un puesto compatible con sus capacidades y aptitudes, y establece la responsabilidad de proceder a los ajustes laborales pertinentes” (Trujillo Rojas, 2002, p. 67).

En síntesis, el terapeuta ocupacional interviene en todo el proceso de rehabilitación profesional con el objetivo de preservar, incorporar o reinsertar a la persona en la actividad laboral previa u otra acorde a sus posibilidades, que le permita cumplir un rol productivo en la sociedad y posibilite tener un determinado nivel de calidad de vida y bienestar bio- psico- social.

- Salud ocupacional: Según Trujillo Rojas (2002) este “es un campo interdisciplinario que tiene que ver con la promoción y la atención de los trabajadores frente a los riesgos o condiciones de trabajo” (2002, p. 69) mediante implementación de programas de educación a los trabajadores y evaluación de riesgos laborales, vigilancia y control de puestos de trabajo, entre otras.

- Orientación ocupacional: Se realiza a las personas en edad productiva. Considerando las fortalezas y debilidades e identificando las opciones laborales

disponibles o la posibilidad de ingresar en un programa de capacitación se orienta a la persona para que ingrese en el mundo laboral.

La autora considera que la formación profesional del Lic. en T.O. está basada en una concepción de la ocupación humana como eje fundamental de la vida de las personas. Por lo tanto, es idóneo para intervenir en el campo laboral y realizar análisis de los puestos de trabajo junto con otros profesionales calificados en empresas, ART, programas gubernamentales, entre otros.

Ejercicio en la comunidad: En la comunidad tiene lugar el intercambio dinámico y bidireccional entre un individuo y el medio, es decir, la persona por medio del uso de sus capacidades transforma el medio, y a su vez, debe adaptarse a las modificaciones del mismo. Considerando esto, Trujillo Rojas (2002) destaca la necesidad de reconocer en la intervención los diversos componentes del desempeño como “la persona, las características de la ocupación y el contexto físico, temporal y sociocultural” (p. 70).

Por este motivo, se torna imprescindible que el terapeuta ocupacional analice cuáles son los factores que favorecen o limitan el desempeño ocupacional de la persona, y brinde estrategias, ayudas técnicas, tecnología y/o adaptaciones que fomenten la participación productiva en actividades significativas, y el logro de la máxima autonomía e independencia posible.

Así mismo, el ejercicio en la comunidad abarca el desempeño en el hogar, la rehabilitación basada en la comunidad y el desarrollo comunitario.

- Desempeño en casa: Este término alude a la participación activa de la persona en el hogar, y se contrapone a la denominación de atención domiciliaria. Dentro del ambiente familiar, la intervención es una posibilidad siempre y cuando el paciente no sea capaz de trasladarse regularmente a otro sitio, para complementar el plan de

tratamiento iniciado en una institución; o sea necesario realizar una evaluación del ambiente para determinar cuáles son los factores que perjudican el desempeño ocupacional de la persona.

Trujillo Rojas (2002), enuncia las “estrategias de atención del terapeuta ocupacional para el desempeño en casa, según Culler (1998)” (p. 72) estas son:

- Restaurar las áreas ocupacionales y las características personales en las cuales se observan disfunciones.
- Proponer nuevos métodos para el desempeño de tareas que compensen las disfunciones instauradas.
- Sugerir modificaciones del contexto y tecnología de rehabilitación tendiente a facilitar la ejecución de actividades.
- Orientar y motivar a los usuarios y su familia para el seguimiento de las tres estrategias antes mencionadas como forma de prevenir la aparición de problemas posteriores.

- Rehabilitación basada en la comunidad: Es una estrategia propuesta por la OMS que fomenta el papel activo de la persona con diversidad funcional, su familia y la comunidad en el proceso de rehabilitación, mediante la adquisición de conocimientos necesarios para contribuir al mismo.

- Desarrollo comunitario: La disciplina trabaja conjuntamente con la comunidad para prevenir disfunciones psicosociales interviniendo en los grupos familiares y el entorno social, económico y físico. El terapeuta ocupacional a través del diagnóstico poblacional es capaz de identificar los factores protectores y perjudiciales para el desempeño, y los recursos disponibles para intervenir en dichas poblaciones.

Campo de la justicia: La T.O. está habilitada para promover conductas adaptativas y participativas mediante programas de rehabilitación y resocialización en grupos vulnerables. Por lo tanto, se destaca la función de la ocupación como medio “para facilitar comportamientos que contribuyan al desarrollo, productividad y la realización de la persona, y que sean reconocidos y útiles para la sociedad.” (Trujillo Rojas, 2002, p. 75).

Así mismo, es considerado el papel del terapeuta ocupacional en la prevención del proceso de desculturización que sufren los reclusos en el penal a través del uso productivo del tiempo en pos del crecimiento personal, resocialización, orientación ocupacional y beneficio social.

Además, según la autora es fundamental conocer el marco legal y político vigente, los problemas que se manifiestan en este contexto social, ser capaz de transferir los conocimientos teórico-prácticos en el campo laboral y psicosocial, y favorecer la resocialización de las personas reclusas a través de programas de rehabilitación ocupacional.

Contexto de bienestar social: Trujillo Rojas (2002) plantea que el terapeuta ocupacional se encuentra respaldado para dirigir diversas políticas, planes y programas de deporte y recreativos desde los cuales se aborde el desempeño ocupacional. El objetivo es fomentar la calidad de vida a través de hábitos saludables, el uso productivo del tiempo libre, estimular el “surgimiento de intereses y recursos personales latentes y facilitar la creación de nuevos vínculos sociales.” (p. 77).

En síntesis, la T.O. es una disciplina que tiene como propósito favorecer y/o mantener el desempeño ocupacional, la participación social, la autonomía personal

y la calidad de vida de las personas y/o grupos que lo requieran, dentro de los diferentes campos de acción. En función de los cuales, el terapeuta ocupacional emplea las competencias necesarias para planificar y llevar a cabo su intervención desde un abordaje individual, grupal o comunitario.

Independientemente de la modalidad de intervención, el profesional se encuentra habilitado para desempeñarse en diversos ámbitos como hospitales, instituciones educativas, consultorios privados, centros de día, centros de jubilados, universidades, centros de salud, entre otros; así como en los diferentes grupos etarios.

Para concluir, se considera que el campo de acción donde se desempeña el terapeuta ocupacional influirá en las competencias que priorice y determinará un perfil profesional.

Referencias bibliográficas

- Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. (Noviembre, 2014). Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional. Recuperado de http://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Terapeuta%20Ocupacional_Octubre2014.pdf
- Diccionario de la lengua española. (2014). Competencia. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=A0fanvT|A0gTnnL>
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B7qpQvDV3vxvU2xQS1JocidHTVE/edit>
- González, J. & Wagenaar, R. (2003). Quality and European Programme Design in Higher Education. *European Journal of Education*, 38(3), 241-251. Recuperado de http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUI_Final-Report_SP.pdf
- Guajardo, A. (2014). Terapia ocupacional apuntes para una historia inconclusa. En Dos Santos, V. & Donatti, A. *Cuestiones Contemporáneas de Terapia Ocupacional en América del Sur* (pp. 51-72). Curitiba: CRV.
- Hawes Barrios, G. & Corbalán Vásquez, O. (Enero, 2005). Construcción de un perfil profesional. Universidad de Talca. *Instituto de Investigación y Desarrollo Educacional*. Recuperado de http://iide.cl/medios/iide/publicaciones/revistas/Construccion_de_un_Perfil_Profesional.pdf
- Miranda (2005). *La ocupación en la vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*. 2da Ed. Mar del Plata: Ediciones Suarez.

- Moreno, J. E. & Marcaccio, A. (2014). Perfiles profesionales y valores relativos al trabajo. *Ciencias Psicológicas*, 8 (2), 129 - 138. Recuperado de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/897/897>
- Muñoz Palm, R. (2008). Identidad profesional de Terapeuta Ocupacional. *TOG*, 5, 113-126. Recuperado de <http://revistatog.com/mono/num2/palm.pdf>
- Trujillo Rojas, A. (2002). *Terapia ocupacional. Conocimiento y práctica en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia: Sede Bogotá.
- Universidad Nacional de Mar del Plata (Agosto, 2017). Perfil del egresado. Recuperado de <http://mdp.edu.ar/cssalud/index.php?tit=Terapia%20Ocupacional&valor=228>
- World Federation of Occupational Therapy. (2012). Definition of Occupational Therapy. Recuperado de <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

Capítulo 2

“Vejez y Envejecimiento”

En este apartado, se presentarán concepciones del término vejez, desde diversos autores contemporáneos, poniendo de manifiesto su evolución. A continuación, se realizará un recorrido sobre la conformación de la Gerontología como ciencia, y se presentarán enfoques teóricos referentes al proceso de envejecimiento que caracterizaron cada momento histórico. Por último, se hará una descripción de los conceptos de salud y enfermedad, en torno a la vejez.

Concepciones sobre vejez

En la presente investigación, se adhiere a la idea planteada por Roqué y Fassio (2012), referente a que “no existe un único concepto de *vejez*; ésta es una etapa del ciclo vital que es construida socialmente, siendo la edad solo una de las variables que se tienen en cuenta para describirla y delimitarla” (p. 13).

En el interior de la población de personas mayores existe diversidad, construida a partir de la combinación de múltiples características, que varían en importancia según la propia experiencia de vida, edad, género, sexualidad, etnicidad e identidad cultural, religión y fe, discapacidad, nivel educativo, nivel económico, lugar de residencia y trayectoria laboral. Al respecto, las autoras mencionadas, hacen referencia a la existencia de varias edades:

- **Edad cronológica:** Es la edad en años de vida. Otorga responsabilidades y privilegio. Por ejemplo, la edad de votar, la mayoría de edad y la edad de jubilación.
- **Edad social:** Establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en la que cada individuo se desenvuelve -rol de padre, abuelo, hijo-. Esta variable se construye.

- Edad fisiológica: Es el estado de funcionamiento orgánico. Determina en los individuos su edad biológica y, por lo tanto, el grado de funcionalidad y deterioro de sus órganos y tejidos. No todos los órganos envejecen al mismo tiempo.
- Edad psíquica: Definida por los efectos psicológicos que el paso de los años representa en cada individuo.

Entonces, se plantea que la edad física es una variable importante, pero no la única, ya que no todas las personas envejecen de la misma forma y al mismo tiempo. La historia de vida, la salud, la educación, el trabajo, la nutrición, las relaciones familiares, entre otros factores, diferencian a las personas en esta última etapa de la vida.

El criterio cronológico, es decir, la edad de entrada a la vejez, es una convención que varía según los países, es un asunto sociocultural. En este sentido, las Naciones Unidas (NN. UU.) en el año 1982, proponen que la pertenencia a la vejez sea a partir de los 65 años para los países desarrollados, y de los 60 años para países emergentes, dentro de los cuales se sitúa Argentina.

En el artículo 2 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), se define vejez como “la construcción social de la última etapa del curso de vida” (p. 4).

Desde otra perspectiva, Iacub y Sabatini (2013) describen a la vejez como la cualidad de ser viejo, y plantean el uso del término desde un punto comparativo en el interior de una comunidad o grupo, para designar a quienes han vivido más tiempo que los demás. Y, afirman que es una subcategoría incluida en la *edad*, de la

cual se desprenden una serie de funciones y roles sociales, así como valoraciones tanto positivas como negativas. La edad, de esta manera, establece:

los modos en que una sociedad considera y habilita posibilidades de trabajo o de goces, usos de poder y saber, etc., determinando con ello una serie de valoraciones diversas e interconectadas en relación con un amplio sistema social, económico y cultural. (Iacub & Sabatini, 2013, p. 22)

Otro aspecto relevante en la vejez se relaciona con la forma de nominar a quienes envejecen. Al respecto, Corominas y Pascual (1980) citados por Iacub y Sabatini (2013, p. 19), refieren que el término viejo registrado en 1068, es el de uso más expandido y que posee un contenido negativo. Hacia fines del siglo XIII, se introduce el término *vejez*, cuya raíz lingüística *vejar* -derivación de *vejamen*- es compartida con la de las expresiones despectivas *vejatorio*, *vejestorio* y *vejete*.

En tanto, *envejecido*, *envejecimiento* y el verbo *envejecer* aparecen en el siglo XV, y tres siglos más tarde lo hacen los derivados burlescos de *vejestorio* y *vejete*. En tanto, en el siglo XIX, se introducen otros términos que encierran significados desdeñosos: *vetusto* y *veterinario*.

A fines del siglo XI el término *señor*, que significa más viejo, fue utilizado para denominar a los viejos más respetables durante el Bajo Imperio Romano. Posteriormente, la palabra *anciano* que data de la primera mitad del siglo XIII, destaca la relación del sujeto con el tiempo y con su grupo social, y le adjudica el valor de lo antiguo, reflejando lo que el tiempo enriquece.

En tanto, el vocablo *senil* (o *senilidad*) que significa propio de la vejez, aparece en el siglo XVII, para designar a quienes tenían 60 años o más y que contaban con

mayores posibilidades de obtener un cargo político. El mismo, se convierte en el siglo XIX, en el vocablo que describe las enfermedades típicas de la vejez.

Entre los conceptos más utilizados en la actualidad, se encuentran tercera edad, adultos mayores, personas de edad o jubilados. El término *tercera edad* surge en los años sesenta, con la instauración de la jubilación universal en Francia, lo cual significa un cambio muy profundo en el rol social de este grupo etario al considerarlo como pasivo. Nace conjuntamente, la implementación de una serie de actividades socio-recreativas y pedagógicas intentando romper con la idea del retiro, y convocando a recomenzar actividades propuestas para este sector. De esta manera, se construye un nuevo actor social que emerge como un personaje más activo, con roles más amplios y específicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1996), promueven el uso de la denominación *adultos mayores* para referirse a las personas de 60 años o más, designando un cierto estilo de vida y de relación con la sociedad y el Estado. También, le adjudican a la jubilación la prestación de servicios como la obra social, viajes, ayudas de vivienda, etc., que impactan en la vida cotidiana de estos sujetos.

Por último, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), define *persona mayor* o *persona adulta mayor* como “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años” (p. 4). Esta forma de nominar responde a la inclusión de la perspectiva de género, que promueve el uso de un lenguaje no sexista.

Para concluir, puede decirse que el concepto de vejez y los valores que se le adjudican, se han ido modificando a través del tiempo, reflejándose en las representaciones sociales y en las actitudes hacia este grupo etario. En los últimos años, se ha extendido la necesidad de rescatar la esencia personal y la singularidad de cada ser que envejece, al reconocerse que no todas las personas envejecen de la misma forma y al mismo tiempo. Y, en la actualidad se promueve la importancia de rescatar esta singularidad, y basarse en una concepción integral del envejecer, respaldada por políticas públicas, convenciones y declaraciones.

Concepciones sobre envejecimiento - Recorrido histórico

Krzemien (2013) realiza una reseña histórica sobre la construcción de la *Gerontología* como ciencia del envejecimiento. Tal como menciona, el término fue introducido por Metchnicoff -biólogo y sociólogo ruso-, en 1903, para designar el estudio científico de la vejez.

En el primer período de desarrollo, esta disciplina ha recibido una influencia primordial de la *Geriatría* –especialidad médica que estudia las patologías de la vejez-, dando lugar al enfoque orientado a la prevención y tratamiento de las patologías del envejecimiento desde la medicina social. De aquí, surge la identificación de la Gerontología como especialidad médica, con preponderancia biomédica y sanitaria.

Sin embargo, la mirada comienza a cambiar y se expresa la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso de envejecimiento y del estudio evolutivo de todo el curso vital humano. Es así, que durante la segunda mitad del siglo XX se produce la expansión de la Gerontología desde el punto de vista académico-científico, dando importancia al abordaje de las esferas

psicológicas -afectividad, memoria, aprendizaje, entre otras- y a las variables sociales implicadas en el envejecimiento.

Esta nueva expansión de la Gerontología, ha permitido relacionar el proceso de envejecimiento con la diversidad cultural, histórica, generacional y subjetiva; razón por la cual las características asociadas y los signos del proceso de envejecimiento, previos a la edad de comienzo de la vejez, son internalizados por cada persona. Los mismos, pueden ser significados de maneras tan disímiles como las clasificaciones existentes sobre la vejez, incluyendo tanto el deterioro o la involución como la maduración y la sabiduría.

En este sentido, tal como enfatizan Iacub y Sabatini (2013), deben describirse los diversos procesos no lineales y universales -envejecimiento biológico, psicológico o social-, que si bien están presentes durante toda la vida, en cada etapa vital se conjugan de una manera particular.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (EOA, 2015), aprobada en Argentina el 9 de mayo de 2017, define al *envejecimiento* como “el proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (p. 4). De esta manera, se considera al envejecimiento como un proceso multidimensional, que a pesar de ser universal se manifiesta de forma particular en cada persona.

En síntesis, en la presente investigación se adhiere a la concepción del envejecimiento como un proceso continuo, singular, que comienza desde el nacimiento e implica cambios en diversos aspectos de la persona. Estos no son

propios de la vejez ni se relacionan exclusivamente con concepciones negativas y de deterioro, sino que también implica cambios positivos que conducen a un envejecimiento saludable.

Por otro lado, los avances de la Gerontología como disciplina y el desarrollo de políticas públicas, la expansión del conocimiento en otras ciencias en el ámbito de la salud, posibilitan una mirada integral del proceso de envejecimiento y la contemplación de las particularidades de cada persona que lo atraviesa.

Teorías sobre envejecimiento

Existen diferentes teorías, biológicas, psicológicas y sociales, que conceptualizan y tratan de dar una explicación de dicho proceso.

La *Teoría del Descompromiso Social*, formulada por Cumming y Henry, sostiene que la persona mayor desea la suspensión de actividades en la vejez. Según argumentan, la disminución de los contactos sociales conlleva la liberación de un esfuerzo para el cual no cuenta con recursos. Además, sostienen como premisa que la proximidad de la muerte produce un trauma para los miembros de una sociedad, y para disminuir sus costos, tanto el individuo como la sociedad, promueven un alejamiento paulatino. La vejez exitosa se alcanzaría, entonces, a través de la introspección y el incremento de la actividad espiritual.

Esta teoría es criticada por Havinghurst, quien formula la *Teoría de la Actividad o de la Interacción Social*. Alude que la desvinculación está relacionada con el estilo de vida y la personalidad del individuo, introduciendo el concepto de una desvinculación de algunos roles y vinculación selectiva con otros. Por otra parte, plantea que la actividad es la base del envejecimiento positivo, generándose mayor

satisfacción de vida en aquellas personas mayores que continúan con sus roles habituales o que los modifican en función de nuevas preferencias.

Desde el *enfoque psicosocial*, se considera a la *Teoría del Desarrollo* de Erikson, como una contribución para romper con el paradigma del deterioro en la vejez. Según esta teoría, en cada una de las etapas se producen crisis vitales, que dan lugar a resoluciones positivas o negativas. Estas últimas no son propias de la vejez, sino que pueden darse en cualquier momento vital al igual que las positivas, las cuales generan nuevos recursos de la personalidad.

Erikson, señala en la vejez la existencia de un conflicto entre integridad y desesperación. La primera, hace referencia a la aceptación de la vida individual, con los cambios y limitaciones que esta etapa impone, cuya resolución positiva da lugar a la sabiduría y la integración de la especie humana como parte del sí mismo. La desesperación, en cambio, expresa la carencia de tiempo y la no aceptación de los cambios biopsicosociales.

Esta Teoría del Desarrollo influye en el *enfoque del ciclo vital*, el cual sostiene que los eventos ocurridos y los roles asumidos a lo largo de la vida de las personas, forman parte del autoconcepto y de la identidad propia. Así mismo, plantea la posibilidad de un balance entre pérdidas y ganancias, la variación entre las personas que transitan una misma etapa, y la existencia de una capacidad de reserva a lo largo de la vida que posibilita la compensación de pérdidas. Esto último, implica que se puede envejecer de diferentes formas -normal, patológica y con éxito-, y que para esto las personas pueden entrenarse.

En este sentido, Baltes postula la *Teoría del Curso Vital* como el estudio de la constancia y el cambio en el comportamiento durante el transcurso de la vida, entendiendo a éste como algo histórico y socio-culturalmente contextualizado.

Además, concibe al desarrollo como un proceso de construcción biológica-cultural, que se da durante el período total de la vida.

Esta línea de pensamiento, considera la vida como un transcurso, que tiene un comienzo y un fin, que atraviesa diferentes etapas y que, al mismo tiempo, está marcada por procesos de cambio: biológicos, psicosociales y ambientales en interacción. Los cuales forman un sistema de influencias recíprocas, que explica en gran parte la variabilidad interpersonal e intergrupala. (Krzemien, 2013)

Autores como Fernández Ballesteros y Villar, centran sus investigaciones en aspectos positivos del envejecimiento como bienestar subjetivo, afrontamiento, empoderamiento, autoeficacia, sabiduría, satisfacción vital, resiliencia, capacidad de reserva, potencial de aprendizaje, espiritualidad, y otros conceptos semejantes. Así, representan una perspectiva del *envejecimiento exitoso*.

Desde otra perspectiva, la *Gerontología Positiva* describe tres modalidades de envejecimiento:

- **Envejecimiento patológico:** cuando la persona padece algún nivel de discapacidad, enfermedad neurodegenerativa o invalidez funcional.
- **Envejecimiento usual o normal:** cuando la persona es relativamente independiente y conserva cierta autonomía de funcionamiento, aunque puede haber ciertos problemas de salud incluso crónicos pero controlados y no discapacitantes.
- **Envejecimiento óptimo o competente:** saludable (aún cuando se presente cierto malestar, pérdida o decaimiento, ya que es sabido que la salud no implica la ausencia de enfermedad, riesgo o dolor); implica satisfacción vital, experiencia de bienestar subjetivo, contentamiento en medio de las frustraciones o situaciones adversas, participación

social e intento de mejora constante de la calidad de vida. (Krzemien, 2013, p. 71-72)

En otro sentido, existe una *perspectiva crítica*, en alternativa a los postulados positivistas, que considera que:

los significados socio-culturales atribuidos a la vejez y al envejecimiento, y las representaciones sociales que circulan en cada estructura societal -incluyendo las creencias, los estereotipos, los prejuicios y las actitudes-, condicionan los discursos de la ciencia y las prácticas de los profesionales del campo gerontológico. (Krzemien, 2013, p. 69).

Según Krzemien (2013), esta perspectiva crítica rescata la dimensión de la vida cotidiana de las personas mayores y enfatiza la mirada singular del curso vital, destacando la propia voz del sujeto y los significados atribuidos de su experiencia. Procura conocer cómo las personas mayores crean concepciones y mantienen determinadas formas de relacionarse entre sí, y cómo a partir de las múltiples formas de comunicarse, interpretan sus circunstancias y acontecimientos.

Finalmente, se señala el atravesamiento de los enfoques teóricos descritos, por la *perspectiva de Derechos Humanos*, la cual instaura un marco de referencia que protege los derechos de las personas adultas mayores; y además, regula y respalda las decisiones y acciones en el campo gerontológico contemporáneo. También, reconoce las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza.

En síntesis, el envejecimiento como fenómeno multidimensional debe ser abordado desde diferentes teorías, que ponen el acento en cada aspecto de este proceso. En base a lo desarrollado, las personas envejecen de forma diferente según como hayan transitado su curso de vida, por lo cual cada proceso es único y singular. En tanto, los cambios positivos y negativos que acontecen desde el nacimiento hasta la muerte, no son propios de una etapa particular, es necesario tener presente que en la vejez hay tanto pérdidas como ganancias y que es posible lograr un envejecimiento activo y saludable.

En la presente investigación, se concuerda con aquellas teorías y enfoques que enfatizan en la participación activa e interacción social de las personas mayores, en contraposición con el paradigma de deterioro en la vejez, y dirigiendo la mirada hacia un envejecimiento saludable.

Envejecimiento - Transición demográfica en América Latina, Argentina y Mar del Plata

- Envejecimiento como proceso individual y social

El *envejecimiento individual* corresponde al aumento de edad cronológica de las personas, el cual es universal e irreversible. En cambio, el *envejecimiento de la población* se relaciona con los cambios producidos en la estructura poblacional por edades de dicha población, y por influencia de las condiciones sociales y económicas. Una sociedad envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años y más que la componen. Este proceso considerado reversible es producto de los cambios en la proporción de jóvenes y ancianos en una población determinada.

Desde el punto de vista demográfico, se pueden considerar 3 factores como principales causas del envejecimiento o rejuvenecimiento poblacional: fecundidad, mortalidad y migraciones. La disminución de la fecundidad es el factor más importante del envejecimiento poblacional. La disminución de la mortalidad en personas mayores produce envejecimiento de la población. El incremento de la esperanza de vida al nacer genera un mayor número de personas que llegan a ser adultos mayores. Con respecto a las migraciones, si estos son jóvenes se produce un envejecimiento poblacional del país de origen.

- Transición demográfica a nivel mundial y en América Latina

La *transición demográfica* es el proceso mediante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra de bajo crecimiento pero con mortalidad y fecundidad reducidas. Se considera que un país tiene una estructura poblacional envejecida, cuando el porcentaje de personas de 60 años y más es del 7% o mayor.

Un indicador de este proceso de envejecimiento es el *índice de envejecimiento*, que expresa la relación entre cantidad de personas mayores y cantidad de niños y jóvenes.

El Informe de Estado de la Población Mundial (2011) realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), indica que el mundo cuenta con 7.000 millones de habitantes, de los cuales 893 millones son personas mayores de 60 años.

Se proyecta para el 2025 el 15%, y para el 2050 el 21,7%. Es decir, en 2050 habrá 2.400 millones de personas que tendrán más de 60 años en el mundo.

En los países de América Latina, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años. La demografía prevé además, que esta tendencia aumentará en los próximos años.

En 2010, en América Latina, había 36 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Se espera que para el 2050, el 81% de las personas que nazcan en esta región, vivirá 60 años y un 42% sobrepasará los 80 años.

- Transición demográfica y envejecimiento poblacional en Argentina

Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica. Se ha duplicado la proporción de personas mayores entre los años 1950 y 2000. Se estima que para el 2050, 1 de cada 4 habitantes será persona mayor.

La distribución de esta población es heterogénea en las provincias, siendo Buenos Aires la provincia más envejecida. Particularmente, en la ciudad de Mar del Plata, la proporción es mayor en relación al total de país, característica demográfica que le atribuye la calificación de polo geronte. (Cogley, 2001)

A partir de los datos expuestos, las autoras consideran, que cada disciplina científica y los profesionales que ejercen su labor en las diferentes áreas, no deben quedarse al margen del gran reto que supone para la sociedad en general hacer frente al notable incremento demográfico de las personas mayores.

En conclusión, debido al aumento de la población de personas mayores, y a la continuidad estimada de dicha tendencia, es importante dar un lugar primordial a este grupo poblacional. En este sentido, es necesario que se generen nuevos conocimientos e implementarse estrategias destinadas a mejorar la calidad de vida

de las personas y a optimizar sus potencialidades, logrando así llegar a mayor edad en mejores condiciones de salud y calidad de vida.

Salud y vejez

Touceda, Rubin y García (2013) definen al envejecimiento como:

un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional. (p. 69)

Al respecto, mencionan que las enfermedades más frecuentes en adultos mayores de 65 años en nuestro país son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidente cerebrovascular, diabetes, infecciones, artrosis y osteoporosis, trastornos neuropsiquiátricos, y los considerados gigantes de la geriatría -inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad, deterioro cognitivo y polifarmacia-.

Estos autores, también exponen que con el aumento de la edad aparecen ciertos trastornos funcionales; se agravan o intensifican malestares, limitaciones y afecciones leves; disminuyen y se pierde la capacidad de algunos sentidos; se pierde la elasticidad y flexibilidad corporal; aparecen rigideces físicas; se cronifican algunos trastornos como la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes y otros.

Añaden, que a pesar de que en la vejez, aumenta la incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas, el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. Incluso, “muchos de los problemas de salud de los adultos mayores se solucionan con estrategias sociales adecuadas.” (Touceda, Rubin & García, 2013, p. 75).

Por otra parte, la OEA en 2015, postula que puede lograrse el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida en la vejez, a través de un *envejecimiento activo y saludable*, entendido como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades diversas, y de contar con protección, seguridad y atención.

En este sentido, es posible afirmar que la salud en la vejez está estrechamente relacionada, entre otras cosas, con la participación activa y la interacción social:

La participación activa en la sociedad es una necesidad humana básica que lleva al empoderamiento, la afirmación de la identidad y el fortalecimiento de la autoestima, contribuyendo a la construcción de un imaginario de la vejez más positivo, ligado a una etapa saludable de la vida más que al final de una vida. (Soliverez & Dottori, 2013, p. 1)

Agregando a lo anterior, la OMS plantea que los pilares del envejecimiento activo son, en primer término, el bienestar físico, mental, social y espiritual, es decir la salud; en segundo lugar, la participación en la sociedad de acuerdo con las necesidades, capacidades y deseos de las personas mayores, tanto individual como colectivamente; y por último, la seguridad, la protección y los cuidados a las personas que necesitan asistencia.

Partiendo de la premisa de que cada persona debe afrontar su propio proceso de envejecimiento desde un papel activo en su medio social, la participación se sustenta por el mantenimiento de los vínculos personales y la asistencia a programas de actividad social promovidos por distintos organismos públicos o privados. En este sentido, cumplen un rol fundamental los dispositivos grupales desde sus diferentes modalidades, ya que a través del trabajo grupal es posible

potenciar los recursos y fortalezas de las personas mayores, que posibilitan el mantenimiento o incremento de su bienestar integral.

En la actualidad, la oferta de talleres y cursos se ha incrementado y diversificado. En relación a esto, estudios realizados en nuestro país, plantean que la educación no formal universitaria perteneciente a los programas U-PAMI (Programa de Universidades para Adultos Mayores Integrados) a nivel nacional y PUAM (Programa Universitario para Adultos Mayores) a nivel local dependiente de la UNMDP, son los más desarrollados. No obstante, existen las Universidades de la Tercera Edad (UTE), propuestas desde universidades, y otras ofertas municipales u ofrecidas por los centros de jubilados.

En síntesis, puede decirse que la vejez no es sinónimo de enfermedad, sino que esta última es una posibilidad dentro del proceso de envejecimiento. Ante el incremento de la proporción de aquellas personas que envejecen saludablemente, la participación activa y la interacción social juegan un papel preponderante en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Por estos motivos, es necesario fomentar la inclusión de nuevos espacios que promuevan dicha participación, considerando el impacto que tiene en la calidad de vida en general.

En relación a esto, el aumento de la oferta de talleres y de la demanda de terapeutas ocupacionales que los coordinan justifica la necesidad de conocer su desempeño como modo de aproximación al perfil profesional, para poder reflexionar acerca de su saber y saber hacer, y así enriquecer la mirada de la disciplina.

Referencias bibliográficas

Cogley, R. (2001). *Mar del Plata ¿Polo geronte a principios del siglo XXI?*.

Recuperado de

<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiadeltransporte/01.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas (Abril,

2009): *Proyección de población*, (7). Recuperado de

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7123/1/S0900451_mu.pdf

Iacub, R. & Sabatini, B. (2013). *Psicología de la Mediana edad y vejez*. Recuperado

de

http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/psicologia_media_naedad.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (Julio, 2017).

Censo Nacional 2010. Recuperado de <http://indec.gob.ar>

Krzemien, D. (2013). *El campo multidisciplinario de la Gerontología. Debate actual*

sobre demografía, desarrollo social e investigación del envejecimiento.

Alemania: Académica Española.

Naciones Unidas. (Julio, 2017). Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Recuperado de <http://unfpa.org>

Organización de los Estados Americanos (Junio, 2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.

Recuperada de

http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Roqué, M. & Fassio, A. (2012). *Gerontología Comunitaria e Institucional*.

Recuperado de <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-21.pdf>

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (Octubre, 2014). *Guía para Comunicar con Responsabilidad sobre las Personas Mayores*. Buenos Aires.

Recuperado de <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/33.-Gu--a-para-comunicar-sobre-personas-mayores.pdf>

Soliveréz, C. & Dottori, K. (12, 13 y 14 de Septiembre, 2013). *Propuestas positivas para Adultos Mayores: avances y desarrollos*. En III Congreso de Psicología de Tucumán, Tucumán.

Touceda, M. A., Rubin, R. & García, C. J. (2013). *Salud, Epidemiología y Envejecimiento*. Recuperado de <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-41.pdf>

Capítulo 3:
“Dispositivos de abordajes grupales:
Rol del coordinador”

En el presente capítulo, se realizará una aproximación al concepto de grupo desde la perspectiva de diversos autores. A continuación, se describirán los momentos epistémicos que condujeron al reconocimiento de los grupos como objeto de estudio e intervención grupal. Luego, se desarrollarán diferentes modalidades de abordaje grupal, resaltando sus características esenciales y aplicabilidad.

Además, se expondrán diversas conceptualizaciones respecto al término coordinación. Por último, se abordarán las características y tareas que se corresponden con el rol de coordinador en general y específicamente el desempeñado por el terapeuta ocupacional.

Una aproximación al concepto de grupo

En primer lugar, Pichón Riviere define al *grupo* como un “conjunto de personas ligadas por constantes de tiempo y espacio” -que se reúnen habitualmente en el mismo lugar y en el mismo momento-, “y articuladas por su mutua representación interna” -es decir, que se relacionan con el otro en base al reencuentro (telé) y a la internalización que hace cada integrante de cada uno de los otros integrantes-, “y con una tarea explícita (en) común”. (Rambaut, 2002, p. 115)

Por otra parte, el autor aplica el concepto de *serialidad* a las características de una agrupación, aglomeración pequeña o serie de personas que no se reconocen como integrantes legítimos, o que simplemente no se conocen y que pueden compartir momentáneamente un lugar común, y un interés en común, pero no común a todos. La serie puede a veces evolucionar hacia grupo, y viceversa. (Rambaut, 2002, p. 178)

García (1997) define al grupo como:

un conjunto restringido de personas que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado. A través de la internalización recíproca se proponen, de manera explícita o implícita, realizar una tarea. Durante este proceso se produce un dinámico intercambio de roles y la construcción de un nosotros. La internalización recíproca o la mutua representación interna, como lo describe E. Pichón Riviere, es uno de los organizadores del grupo como estructura, es decir, que es un rasgo esencial y constitutivo del grupo; es un elemento instituyente del grupo, le otorga a esa multiplicidad de sujetos una unidad, una coherencia interna y una interdependencia, rasgos característicos de toda estructura o sistema. (p. 25)

Por otro lado, considerando la raíz etimológica del término Muzlera, Guidolín, Kahane de Gordon y Puebla (2012), destacan “dos líneas de significación: una derivada del italiano ‘gruppo’ que conduce a ‘nudo’, y otra derivada del germano occidental ‘kruppa’ que lleva a ‘círculo’” (p. 21).

El primer significado, es abordado por García (1997) desde el concepto de *anudamiento*, el cual está marcado por la existencia de vínculos entre los miembros. Así mismo, Muzlera et al. (2012), afirman que el término nudo:

supone la puesta en marcha de procesos psíquicos en cada uno de los integrantes para quienes el otro no es indiferente. En un grupo los otros son objetos de investidura pulsional; son, de alguna manera, significativos al punto de provocar una movilización psíquica que lleva a buscar al otro u otros para un fin, un objetivo. (pp. 21-22)

Esta investidura, consecuentemente, origina fenómenos psíquicos particulares en el armado y la permanencia del grupo.

En un primer momento, los individuos no conforman un grupo sino un agrupamiento de personas que solo coexisten, y cuya presencia es intercambiable al carecer de un valor significativo para los demás. Por lo tanto, conforman una serialidad, que es superada al constituirse el grupo como tal.

Según Muzlera et al. (2012), la situación grupal repercute en el aparato psíquico de cada uno de los sujetos, le exige un trabajo psíquico, a pesar de que:

consista en negar la existencia de su pertenencia, de su afectación por esta pertenencia y del trabajo psíquico que ésta implica. Cada uno de los miembros pone en juego su propia modalidad para el armado grupal, para organizar una trama en conjunto, del y para el conjunto.
(pp. 22-23)

En base a las definiciones expuestas, se puede afirmar que el vocablo nudo alude a la conformación de una red de investiduras mutuas entre los miembros a partir de la interacción, donde cada uno pone en marcha procesos psíquicos que revisten al otro de significado. El anudamiento es considerado como un prerequisite para la conformación del grupo.

Por otra parte, el término *círculo*, rama etimológica del término grupo, designa una reunión de personas caracterizada por la co-presencia e igualdad en relación a un centro u objetivo en común. Su papel es esencial para la creación del anudamiento cuando las personas se reúnen.

Respecto a la co-presencia, Muzlera et al. (2012) indican que durante el trabajo grupal se generan experiencias que “dejan en el aparato mental del sujeto,

representaciones, huellas mnémicas, fantasías” (p. 23), que enriquecen su mundo interno. Entre individuos que trabajan juntos en grupo a lo largo de cierto tiempo, se genera un vínculo estable.

La ausencia de algún miembro, induce a los presentes a otorgar un significado a la misma, mediante una organización fantasmática; la “silla vacía implica algún trabajo psíquico para el conjunto, ya sea para negar la ausencia o para investirla con algún contenido emocional” (pp. 23-24). De esta forma, se conforma una trama grupal del aquí y ahora. La co-presencia conlleva que, ante la ausencia o llegada tarde de algún integrante, se lo incluya comentándole lo sucedido.

La disposición en círculo estimula entre los presentes, de forma simultánea, el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal -es decir, el lenguaje de la mirada y del cuerpo-, que puede revelar discordancia o conformidad con el primero, y dar a conocer lo anudado.

El término círculo, a su vez denota la igualdad ante la presencia de un objetivo común, como por ejemplo, una tarea con poder convocante. El mismo debe ser dado a conocer con claridad por el coordinador, fomentando un acuerdo tácito entre los miembros.

Para concluir, es posible considerar al grupo como un agrupamiento de personas que comparten un tiempo y espacio determinado. Para su conformación, es necesario que se produzca el nudo, es decir, que los integrantes interactúen entre sí y se desarrolle una red de investiduras mutuas que signifiquen a los otros presentes. Esto es estimulado por la disposición de círculo, en alusión a un objetivo en común, que da lugar a la co-presencia e igualdad de los presentes, quienes trabajan juntos por una tarea.

El coordinador de un grupo debe considerar y tener presente lo expuesto anteriormente, para fomentar, interpretar e intervenir en la dinámica grupal en pos de las necesidades de los participantes, de la tarea, y de dar a conocer lo anudado.

Dispositivos grupales - Momentos epistémicos

Aproximadamente entre 1930 y 1940, comienza a pensarse en nuevos dispositivos grupales para abordar algunos conflictos que cobran visibilidad en la producción económica, la salud, la educación y la familia. Dichos conflictos, exigen nuevas formas de intervención y especialistas adecuados a tales fines, ya que los recursos previamente existentes no ofrecían alternativas resolutivas eficientes. Surgiendo de esta manera una nueva tecnología: el *dispositivo grupal*, y un nuevo técnico: el *coordinador de grupos*.

Desde entonces, los abordajes grupales operan como espacios tácticos con los que se intenta dar respuesta a múltiples problemas surgidos con el avance de la modernidad.

Con el propósito de buscar algún ordenamiento en la constitución de saberes y quehaceres grupales, Fernández (2002) señala 3 momentos epistémicos, que expresan formas particulares de pensar los grupos. Estos momentos no se suceden lineal y cronológicamente y, si bien es posible delimitarlos con cierta claridad, frecuentemente se pueden encontrar rasgos de uno en los siguientes.

El *primer momento epistémico*, se constituye a partir de pensar al grupo como un todo, en base al aporte de la Teoría Gestáltica que intenta resaltar la idea de totalidad.

Lewin a partir de sus investigaciones, comienza a desarrollar hipótesis sobre los grupos: el grupo es un todo cuyas propiedades son diferentes a la suma de las partes; es una realidad irreducible a los individuos que la componen; y es un sistema específico de interdependencia.

Así mismo, explica la acción individual a partir de la estructura –campo dinámico– que se establece entre el sujeto y su ambiente en un momento determinado. Dicha estructura, es un sistema de fuerzas en equilibrio dinámico. Estos conceptos marcan el nacimiento de la Dinámica de Grupos.

Agregando a lo anterior, él plantea la existencia de un campo social dinámico, constituido por el grupo y su ambiente, cuyos principales elementos son los subgrupos, los miembros, los canales de comunicación y las barreras. Y afirma, que al modificar un elemento se alterará la estructura.

Al imaginar al grupo como un todo, se otorga a los pequeños colectivos un plus irreducible a la suma de sus integrantes. Desde entonces, teorizar el plus grupal ha sido una preocupación permanente de las corrientes grupalistas, quienes enfrentan una misma dificultad: producir enunciados teóricos que den cuenta de él y de las leyes que lo sostienen. Es por esto que el TODO-PARTES comienza a transformarse en un obstáculo epistemológico para pensar lo grupal.

El problema fundamental es que se opera un pasaje del campo psicoanalítico al campo grupal sin reformular ninguna área del primero.

El *segundo momento epistémico*, representado por la noción de supuestos básicos como organizadores grupales, marca un avance en los discursos sobre la grupalidad, e implica la búsqueda de un sistema de legalidades propio, específico

del campo grupal. Hasta este momento, los grupos no se habían considerado como un posible campo de descubrimientos.

Surge, en este contexto, la conceptualización del coordinador como oráculo, ya que es capaz de decodificar lo oculto de la dinámica grupal

Por su parte, Pichón Riviere incorpora los grupos operativos como modalidad de intervención, que pueden ser aplicados con fines de enseñanza, terapéuticos, entre otros.

En este momento epistémico, la polémica se centra en dilucidar si los grupos constituyen un campo específico de aplicación del saber y de la técnica psicoanalítica, o si exigen la elaboración de otros instrumentos teóricos y técnicos específicos.

Al vislumbrar que pensar lo grupal desde una sola línea organizadora resulta restrictivo, se plantea la necesidad de abrir el pensamiento de lo grupal hacia lógicas pluralistas que legitimen epistemológicamente la presencia de atravesamientos disciplinarios en el campo de lo grupal. Esto marca el surgimiento del *tercer momento epistémico*, caracterizado por la búsqueda de abordajes transdisciplinarios, como intento de salvar el riesgo de incurrir en reduccionismos.

Se plantea la necesidad de realizar un análisis crítico de los cuerpos teóricos y una profunda revisión de las prácticas grupales instituidas.

En esta etapa, el coordinador abandona la posición de poseedor de una verdad oculta, y comienza a actuar como un interrogador de lo obvio, provocador-disparador y no como propietario de las producciones colectivas.

En síntesis, estos 3 momentos epistémicos, evidencian que el surgimiento y el cambio en la concepción de lo grupal, ocurren en concordancia con demandas

sociales, y dan cuenta de los resultados positivos hallados en las estrategias grupales para responder a ellas. Herramientas que en la actualidad siguen utilizándose en diversos ámbitos, con la convicción de poseer un plus irrevocable.

También, el devenir de los 3 momentos epistémicos da cuenta de la transición del lugar del coordinador, que inicia en una posición de líder, transcurriendo por la de oráculo, y concluyendo con el abandono de esa posición de poseedor de un saber oculto, para abrir lugar a su rol como facilitador del acontecer grupal.

Modalidades en abordajes grupales

Muzlera et al. (2012), exponen diferentes tipos de *abordajes grupales*, los cuales presentan objetivos diferenciados. A continuación se los menciona:

Grupo de discusión: Su objetivo es la puesta en común, la difusión, el esclarecimiento y, si es posible, la solución de una dificultad o problema que el grupo tiene en relación con la tarea que realiza. La problemática focalizada es externa al grupo.

Grupo de diagnóstico: Es de utilidad para determinar el funcionamiento de un grupo y la modalidad de inserción de cada uno de sus miembros.

Taller de reflexión: El propósito es el esclarecimiento y la elaboración de una situación emocional, focalizada y compartida por un número - que puede ser amplio- de personas.

Grupo de reflexión: La finalidad es el descubrimiento, por parte del grupo, de las propias modalidades inconscientes de funcionamiento grupal. Tiende a descubrir el modo en que los aspectos emocionales interfieren el buen funcionamiento grupal. La dirección del trabajo psíquico es hacia el interior del grupo.

Grupo terapéutico: El objetivo es la modificación de aspectos de la personalidad de los integrantes, siendo la sesión grupal el medio privilegiado para lograrlo. (p. 61)

En suma a lo anterior, cabe mencionar a Pichón Riviere (1978), quien incorpora el concepto de *grupo operativo*, entendido como un grupo centrado en la tarea, que tiene por finalidad el aprendizaje de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal. Su técnica posee dos aspectos fundamentales: uno explícito o manifiesto, que es la tarea; y otro implícito o latente. Se parte de lo manifiesto para descubrir, y hacer explícito, lo implícito, en un continuo espiralado.

Este tipo de grupo puede ser aplicado con diversos fines como de enseñanza, terapéuticos, entre otros. Así, por ejemplo, en el grupo terapéutico, la tarea está centrada en la cura; es decir, es un grupo operativo cuya tarea es el tratamiento de los integrantes.

Cabe ampliar dos conceptos claves, para brindar más claridad a la significación del grupo operativo:

- *Grupo*: Es considerado como la unidad básica de la interacción social. Tanto la teoría como la praxis son esenciales para convertir al grupo en un dispositivo de trabajo. Esencialmente, todo grupo es una estructura, que intenta satisfacer las necesidades de sus miembros, y por ello tiene una potencialidad operativa.

- *Operatividad*: Alude a una capacidad, una posibilidad que le permite ser eficiente. Es una situación en potencia, ya que puede o no cumplirse. Es la virtud o facultad de lograr un efecto determinado. El cumplimiento del objetivo permite pensar en la operatividad del grupo, es decir, ha concretado su tarea de manera eficaz.

Como posible objetivo: lograr que los integrantes del grupo sean conscientes de sus capacidades, y restablecerlas si se las percibiera obstaculizadas.

Por su parte, García (1997) propone como modalidad de intervención el *Taller*. Este término, proveniente del francés “atelier”, significa estudio, oficina, obraje; hace referencia tanto a un espacio en el que se trabaja manual o artesanalmente, como a un curso en el que se enseña una determinada actividad. Su aparición data de la Edad Media, con los gremios de artesanos.

En Argentina, en el ámbito de la salud, comienza en la década del ochenta una nueva conceptualización de la prevención y educación, con el énfasis en el modelo de aprendizaje centrado en el grupo operativo, con una *tarea*. Esto se asocia a un paradigma participativo, “en el cual se pretende buscar un cambio social con la participación real de las personas en el proceso de enseñanza-aprendizaje” (García, 1997, p. 19), apartir de cambios de actitudes personales. El mismo postula que se aprende, se reflexiona sobre el mundo interno y externo, y se adquieren las habilidades del pensamiento crítico, *haciendo* en pequeños grupos.

En la década del noventa, se instaura el taller como la modalidad operativa más eficiente del paradigma mencionado.

García (1997) le atribuye al taller una naturaleza dialéctica, y lo conceptualiza como tiempo-espacio para:

- la vivencia: el hacer. Mediante la aplicación de técnicas disparadoras se movilizan estructuras cognitivas en relación al tema que se aborde.

- la reflexión: el sentir. Cada integrante repiensa acerca de cómo se sintió la experiencia y qué ideas aporta.

- la conceptualización: el aprender. Es la articulación del hacer con el sentir para producir nuevas hipótesis que llevarán a la síntesis y conceptualización final.

Se define así al taller como espacio de aprendizaje, entendido como el proceso que lleva al sujeto a indagar la realidad y modificarla mientras, simultáneamente, se modifica a sí mismo; teniendo en cuenta que todo aprendizaje parte de una experiencia previa y de una red de interacciones, que en el espacio de taller se ponen de manifiesto y pueden ser integradas.

Así es que “el taller puede convertirse en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y, por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos” (García, 1997, p. 21).

La dinámica grupal genera un proceso educativo, un aprendizaje o efectos terapéuticos. Coincidiendo con la afirmación de la autora “el taller es un camino de alternativas pedagógicas que estimulan el aprendizaje, las intersubjetividades, la creatividad, en busca de la apropiación del objeto de conocimiento” (1997, p. 22).

El taller es una experiencia social, en la medida en que sus participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica. Cada participante posee un rol activo, protagónico en el aprendizaje, a través de dicha experiencia. Es decir, se vivencia, se asume grupalmente, un proceso colectivo de conocimientos tendiente a la comprensión global de la realidad.

Concluyendo, “la riqueza de estos talleres se basa en su carácter inclusivo y socializador, y su proliferación y diversificación indica el deseo de participación y desarrollo de los adultos mayores” (Dottori, 2015, p. 1).

La autora menciona los siguientes elementos constitutivos del taller:

- Opción para trabajar en pequeños grupos.
- Valoración de la participación de los propios integrantes en la responsabilidad de sus propios aprendizajes.

- Integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Existencia de una intencionalidad operativa, es decir, que los aprendizajes adquiridos en el taller posean alguna influencia en la acción de los integrantes.

Por último, destaca la importancia de la existencia de una coherencia entre objetivos, contenidos y métodos, para la generación y apropiación de contenidos.

Por otra parte, Careaga, Sica, Cirillo y Da Luz (2006) esbozan que la secuencia del taller en el trabajo en grupos es la siguiente:

- Presentación de la actividad: En un primer momento, se comenta a los participantes cuál es la finalidad de la actividad y el aporte que hace a la situación personal.
- Organización de los grupos: Los participantes realizan una misma actividad o diferente, según los objetivos perseguidos.
- Trabajo en los grupos: Se plantea y comunica de forma clara la tarea a realizar.
- Puesta en común: Al concluir la tarea, se expone a los integrantes lo que acontece durante la dinámica grupal, con el fin de que conozcan y puedan comprender lo que sucede.
- Sistematización de las respuestas de los participantes: Se elabora un resumen con la temática abordada y lo acontecido en la sesión.

La secuencia descrita constituye una estrategia útil para todo coordinador porque posibilita organizar el abordaje, y colaborar con el funcionamiento de la dinámica del grupal.

En síntesis, es apropiado resaltar que a través de diversas modalidades y finalidades, se puede trabajar con grupos, adicionando ese plus mencionado por los autores y apoyado por evidencia empírica. Convirtiéndolos en herramientas que merecen ser conocidas y respetadas, a fin de emplearlas eficientemente y poder alcanzar óptimos resultados.

En el ámbito de la salud, el uso de dispositivos grupales, y en particular la modalidad de taller, se ha extendido en las últimas décadas, ya que el promueve la participación activa y el enriquecimiento de sus integrantes. Por este motivo, se vuelve un requisito indispensable para los profesionales que se desempeñan como coordinadores, aquellos que planifican y gestionan programas, la formación apropiada y actualizada.

Agregando a lo anterior, cabe decir que, así como cada grupo tiene sus características y necesidades, las formas de intervenir en ellos también deben ser específicas y apropiadas. Además de los conocimientos propios sobre la tarea y el grupo, lo inherente al rol de coordinador, es un aspecto que merece atención y dedicación por parte de quienes se desempeñan como tal.

Coordinación de grupos - Rol del coordinador

La *coordinación* de grupo no es una tarea sencilla. El diccionario de lengua española la define como la “Acción y efectos de coordinar o coordinarse”, y al *coordinar* como “Unir dos o más cosas de manera que formen una unidad o

conjunto armonioso; dirigir y concentrar varios elementos". Por lo tanto, puede considerarse como una acción que implica ordenar y dirigir diversos elementos para conformar un conjunto.

Dicha acción, además es concebida a partir de la relación que se genera entre el coordinador y el grupo caracterizada por la comunicación, el aprendizaje y el acercamiento mutuo. Así mismo, involucra el encuentro de necesidades y/o deseos, que deben ser considerados en el abordaje.

Mazzilli (2010) define al coordinador de grupo como "un posibilitador, un facilitador, que crea ciertas condiciones para que la tarea se desarrolle, para que la gente vea, diga, haga, se relacione como pueda. Crea condiciones." (p. 1). A su vez, García (1997) añade que aquel cumple el rol de "facilitador de la comunicación y el aprendizaje, y participa activamente con el grupo en la construcción de nuevos conocimientos" (p. 34). Por lo tanto, es imprescindible que instaure un espacio donde pueda circular todo tipo de información, y desde el cual se fomente la autonomía y el crecimiento grupal.

El lugar del coordinador es iniciado y mantenido desde su propio deseo, a pesar de que las necesidades y demandas del grupo, lo coloquen en una posición transferencial. Desde este lugar, observa la dinámica que tiene lugar entre los integrantes y el vínculo que cada uno desarrolla con la tarea. Además, escucha, comprende e interpreta lo que acontece. Él plantea y sostiene una relación asimétrica como responsable del funcionamiento grupal, pero sin perder de vista los objetivos de la intervención. (Mazzilli, 2010)

En toda coordinación es fundamental la planificación del abordaje, el planteamiento de hipótesis y la disponibilidad de herramientas para su implementación. Consecuentemente, se plantea la importancia de la formación

continua como medio para adquirir nuevos elementos teóricos y prácticos que posibiliten la intervención frente a la singularidad de cada grupo. Estos elementos se combinan con las actitudes y aptitudes personales para dar lugar a un estilo propio de coordinación.

García (1997) señala que “las funciones de un coordinador de grupos son múltiples y complejas” (p. 35); entre las mismas se encuentran:

- Mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo del grupo.
- Crear, fomentar y mantener la comunicación.
- Promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea.
- Detectar y señalar los obstáculos que se presenten en la tarea.
- Visualizar y contribuir a la elaboración y resolución de contradicciones.
- Analizar las ideologías subyacentes.
- Promover la indagación y el descubrimiento de nuevos aportes.
- Detectar las situaciones emergentes.
- Analizar la funcionalidad de los roles.
- Reflexionar acerca de las relaciones de los integrantes entre sí y con la tarea.
- Ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes.
- Hacer explícito lo implícito de la actividad grupal.
- Intervenir desde la acción y la palabra.
- Acompañar el aprendizaje grupal.

Además, Muzlera et al. (2012) consideran dentro de las funciones del coordinador:

Hacer posible la constitución de la situación psicoanalítica; (...) poder mostrar al grupo lo que se produce en ese espacio, intervenir: interpretar, esclarecer, etc.; sostener y garantizar el orden simbólico.

Esto requiere del coordinador la capacidad de constituir y de mantener su propio espacio psíquico: la capacidad de asociar, la de suspender la atención, la de interpretar y dejar de interpretar, manteniendo su deseo al margen. (p. 60)

Por otro lado, Mazzilli (2010) plantea que a pesar de que cada coordinador tenga un estilo propio, en líneas generales se considera como *intervención* a la realización de un señalamiento, la introducción de preguntas, el silencio y/o una cuestión corporal, es decir, todo lo que haga. Esta es realizada con la finalidad de movilizar los obstáculos que se presenten en la dinámica grupal, y posibilitar su resolución en pos del funcionamiento y el proceso de aprendizaje grupal.

Así mismo, Monchietti y Panebianco (s.f.) describen una serie de intervenciones, a través de las cuales el coordinador participa en el grupo:

- Enmarcativas: Por medio de las cuales se fijan normas y reglas. Ejemplos: Hora, lugar, duración de los encuentros, presentación de materiales y actividades terapéuticas.
- Facilitadoras: Aquellas que promueven una mayor interacción a través de preguntar, clarificar, confirmar o rectificar criterios de los participantes; resaltar sucesos significativos; sugerir cambios o actitudes; e incluso, a través de intervenciones exclusivamente corporales, apelando a la comunicación no verbal.

- **Movilizadoras:** Son intervenciones simultáneamente facilitadoras, que pretenden romper el equilibrio grupal –siempre momentáneo- para conducirlo a otra situación.
- **Exploratorias:** Con el objetivo de hallar el origen, fundamentos y objetivos de determinada conducta o acto, por ejemplo.
- **Esclarecedoras:** Asumiendo forma de comentarios o señalamientos, pretenden operar sobre lo concreto del aquí y ahora, o evidenciar relaciones, secuencias o capacidades manifiestas o latentes de los integrantes del grupo.

A partir de lo planteado, se puede decir que existen diversos tipos de intervenciones que pueden ser aplicadas en función de los objetivos, necesidades y demandas del grupo.

Considerando la multiplicidad de tareas que lleva a cabo, se torna imposible que pueda ejecutarlas simultáneamente. Por lo tanto, es necesario que el coordinador realice un recorte en el campo grupal y a partir de allí de cuenta de lo que acontece. Es mediante este recorte que construye un modo de mirar y una forma de comprender lo que sucede.

En conclusión, la coordinación de grupos se propone como una tarea ardua que se encuentra sustentada desde lo teórico y lo práctico. Cada coordinador poseerá un estilo propio en función de sus características personales, pero en líneas generales será considerado un facilitador de la comunicación y el aprendizaje, un posibilitador tanto del encuadre como de las condiciones necesarias para que la

tarea se desarrolle, y un señalador del acontecer grupal. Es mediante la tarea, que se propone la realización de objetivos y satisfacer las necesidades del grupo.

Las funciones que comprende su rol son múltiples, pero a partir de recortes en el campo grupal, será capaz de desarrollar una mirada clínica que le posibilite develar lo oculto, y a través de las intervenciones movilizar los obstáculos y fomentar su resolución para evitar que entorpezcan el funcionamiento grupal.

Rol de terapeuta ocupacional como coordinador

Panebianco y García Cein (s.f.), plantean que el coordinador de grupo se hace, no se nace, y que el terapeuta ocupacional para el ejercicio de este rol, debe haber adquirido experiencia como coordinado y observador. Además, debe ser capaz de poner en práctica las herramientas adquiridas en la formación de grado, y aquellas obtenidas a partir de la realización de capacitaciones en la temática. Por lo tanto, es fundamental la formación continua para la actualización de los conocimientos teóricos y prácticos que mejoren el desempeño en su rol.

Las autoras, mencionan las características que debe reunir un terapeuta ocupacional que se desempeña como coordinador grupal, entre las que se incluyen:

- Tener clarificadas sus características de personalidad, así como sus posibilidades y limitaciones.
- Tener la capacidad para planificar e implementar la tarea.
- Detectar el acontecer grupal y las relaciones grupales.
- Ser responsable con el grupo y el contexto.
- Poseer la capacidad para organizar y optimizar recursos.
- Mantener la adhesión a los objetivos de trabajo.
- Ser flexible para adecuar lo planificado a los acontecimientos.

- Poseer un alto nivel de tolerancia a la frustración frente a las dificultades que puedan presentarse.
- Contar con capacidad creativa para responder originalmente ante determinadas demandas emergentes.

Estas características, se añaden a las funciones del coordinador descritas por García (1997) en el apartado anterior. En este sentido, se evidencia la combinación de las habilidades y capacidades propias adquiridas durante la formación de grado, con las obtenidas a partir de la capacitación y experiencia en coordinación de grupos.

Panebianco y García Cein (s.f.), añaden que el terapeuta ocupacional como coordinador, debe ser capaz de plantear un encuadre y tener en cuenta los criterios o variables que lo condicionan, como por ejemplo, la necesidad de realizar alguna entrevista o evaluación previa, cantidad de sesiones, tiempo de duración de cada una, composición de los grupos (número de integrantes, edad, sexo, patología), espacio físico, materiales, entre otros.

El abordaje grupal no debe separarse del entorno donde se desarrolle, ni desentenderse del atravesamiento de lo social en cada uno de los integrantes, ya que ejerce inevitablemente influencia en la dinámica grupal.

Para finalizar, considerando que el coordinador de grupo se hace, el terapeuta ocupacional para el ejercicio de este rol, debe fusionar su impronta como profesional con las características propias de la coordinación de los dispositivos grupales.

Teniendo en cuenta que el área de coordinación representa un aspecto fundamental en el ejercicio profesional en los diversos campos de acción, es importante promover la investigación y la difusión en relación a esta temática.

Por este motivo, se propone ahondar en las competencias que priorizan los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en la coordinación de grupos de personas mayores. Y, así obtener una perspectiva más acabada del perfil profesional dentro de este área.

El conocimiento del mismo posibilitará realizar aportes que puedan ser tenidos en cuenta por los responsables del diseño curricular de las universidades donde se dicta la carrera. De esta manera, lo que se fomenta es la interacción dinámica entre la formación de grado y la práctica profesional, como medio para enriquecer la disciplina, y brindar una intervención de calidad, acorde a las necesidades de la población y del contexto socio-histórico donde se desempeñen los terapeutas ocupacionales.

Referencias bibliográficas

- Careaga, A., Sica, R., Cirillo, A. & Da Luz, S. (5, 6 y 7 octubre, 2006). *Aportes para diseñar e implementar un taller*. 8vo Seminario- Taller en Desarrollo Profesional Medico Continuo (DPMC) y 2das Jornadas de Experiencias educativas en DPMC. Recuperado de http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/Fundamentacion_talleres.pdf
- Diccionario de lengua española. (2014). Coordinación. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=AioYU4F>
- Diccionario de lengua española. (2014). Coordinar. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=Aj3jl6N>
- Dottori, K. (2015). Talleres socioeducativos. *Revista Kairós Gerontología*, 18(21), 01-16. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/29295/20441>
- Fernández, A. (2002). *El campo grupal: Notas para una genealogía*. Recuperado de <https://tallereduca.files.wordpress.com/2014/06/campogrupal.pdf>
- García, D. (1997). Innovaciones pedagógicas. En García, D. (1997). *El grupo: métodos y técnicas participativas*. (pp. 17- 46). Buenos Aires: Espacio.
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: Una oportunidad para la prevención en salud mental*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/95176109/Bases-Para-La-Elaboracion-de-Proyectos-Psicoeducativos>
- Mazzilli, R. (2010). *El rol del coordinador. El emergente psicosocial*. Recuperado de <http://www.ucipfg.com/Repositorio/MSCG/MSCG->

14/BLOQUE INICIAL/Bibliograf%C3%ADa General/Elemergentepsicosocial.pdf

- Monchietti, A. & Panebianco, A. L. (s.f.). *El Terapeuta Ocupacional y la Dinámica Grupal*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.
- Muzlera, S., Guidolín, E., Kahane de Gordon, G. & Puebla, P. (2012). *Coordinación de grupos. Experiencias y aportes técnicos*. Recuperado de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/315/coordinacion-de-grupos.pdf#page=35
- Panebianco, A. L. & García Cein, E. (s.f.). *El Terapeuta Ocupacional y la Coordinación Grupal*. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.
- Pichón Riviere, E. (1978). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Tomo I. Buenos Aires: Nueva visión.
- Rambaut, L. (2002). *Diccionario Crítico de Psicología Social según la teoría del doctor Enrique Pichon-Rivière*. Buenos Aires.

Parte III

Aspectos metodológicos

Tema

Perfil Profesional del terapeuta ocupacional que se desempeña como coordinador de grupos de personas mayores.

Problema

¿Cuáles son las competencias que identifican como prioritarias los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en la coordinación de grupos de personas mayores, en la ciudad de Mar del Plata, en el año 2017?

Objetivo general

Conocer las competencias que identifican como prioritarias los terapeutas ocupacionales que se desempeñan como coordinadores de grupos de personas mayores.

Objetivos específicos

- Determinar las competencias procedimentales utilizadas por los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos.
- Conocer las competencias cognitivas que utilizan los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos.
- Identificar las competencias interpersonales que emplean los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos.

Diseño de investigación

En la presente investigación, considerando lo planteado por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2003), se utiliza un enfoque metodológico cualitativo, un diseño no experimental y transversal y tipo de estudio exploratorio-descriptivo.

El enfoque es cualitativo, ya que se pretende comprender el significado de los fenómenos en su acontecer dentro del contexto donde tienen lugar y cobran sentido, priorizando la comprensión y el sentido otorgado por los participantes de la muestra.

El diseño de investigación es no experimental y transversal -o transeccional-, ya que se intenta conocer el fenómeno tal y como sucede, en su contexto habitual, sin manipular variables; y se recolectan los datos en un único momento y tiempo.

A partir de lo desarrollado en el estado del arte, se decide emplear los tipos de estudio exploratorio y descriptivo. El exploratorio es pertinente, por su utilidad para examinar un tema o problema poco estudiado o no abordado antes; persigue objetivos tales como conocer, familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información acerca de la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa o establecer prioridades y realizar sugerencias que puedan ser de utilidad a futuro. Se caracteriza además, por poseer una metodología más flexible en relación a otros tipos de estudio.

El descriptivo, pretende especificar las propiedades del fenómeno sometido a análisis, evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes para obtener un panorama lo más preciso posible, acerca de cómo es y cómo se manifiesta, mediante la integración de sus mediciones. En otras palabras, se lleva cabo con el propósito de medir -describir- con la mayor precisión posible, una o más variables, en una población o muestra.

Definición de las variables

A continuación son definidas conceptual y operacionalmente los constructos “competencias” y “coordinación de grupo”.

1. Competencias:

- Definición conceptual: Implica la idoneidad, aptitud, capacidad para hacer o cumplir una tarea, mediante la combinación de atributos de la persona. Las competencias están dentro de los dominios de competencias que hacen al perfil profesional, y legitiman su desempeño. Opera como realidad multidimensional y holística.

- Definición operacional: Según Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005) acorde en función del aplicación se clasifican en:

- Cognitivas: Se apoyan en conocimientos propios o generales vinculados a otras disciplinas. Hacen hincapié en el “saber comprender, analizar y tratar la información relevante, relacionar o sintetizar un determinado conocimiento, fenómeno o sistema” (p. 20).
- Procedimentales: Posibilitan el saber cómo actuar en situaciones profesionales mediante la elaboración de proyectos, implementación de sistemas tecnológicos, entre otros.
- Interpersonales: Permiten cooperar con otros persiguiendo un objeto común, “saber comportarse en distintas situaciones, participar y comprometerse; así como saber percibir situaciones y ser capaz de captar e interpretar señales de los interlocutores” (p. 20).

Para valorar el constructo *competencias*, se utilizan los siguientes indicadores:

- Competencias cognitivas:

- Formación de grado.
- Formación complementaria.
- Formación de posgrado.
- Realizar formación continua.
- Antecedentes laborales.
- Poseer conocimientos teóricos generales.
- Poseer formación en Gerontología.
- Poseer formación en coordinación de grupos.

- Competencias procedimentales:

- Utilizar propuestas novedosas.
- Realizar señalamientos en la intervención.
- Motivar y mantener el interés de los participantes.
- Planificar los encuentros con anticipación.
- Fomentar la participación activa.
- Mantener la atención de los participantes.
- Ser flexible al acontecer grupal.
- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo.
- Ser creativo.
- Finalizar cada encuentro con una reflexión grupal.
- Transmitir la utilidad de lo trabajado en cada encuentro a los participantes.
- Ser referente grupal.

- Reflexionar sobre el propio rol profesional.

- Competencias interpersonales:

- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo.
- Dar consignas claras.
- Ser empático con los participantes.
- Ser tolerante y paciente con los participantes.
- Generar feedback.
- Considerar la realidad social de los participantes.

2. Coordinación de grupo:

- Definición conceptual: Se la considera como una acción que implica ordenar y dirigir diversos elementos para conformar un conjunto. Dicha acción, además es concebida a partir de la relación que genera entre el coordinador y el grupo caracterizada por la comunicación, el aprendizaje y el acercamiento mutuo. Así mismo, involucra el encuentro de necesidades y/o deseos, que deben ser considerados en el abordaje.

- Definición operacional: Según, García, D. (1997) la coordinación de grupo implica el desempeño de múltiples funciones, que involucran:

- Mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo del grupo.
- Crear, fomentar y mantener la comunicación.
- Promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea.
- Detectar y señalar los obstáculos que se presenten en la tarea.
- Visualizar y contribuir a la elaboración y resolución de contradicciones.
- Analizar las ideologías subyacentes.

- Promover la indagación y el descubrimiento de nuevos aportes.
- Detectar las situaciones emergentes.
- Analizar la funcionalidad de los roles.
- Reflexionar acerca de las relaciones de los integrantes entre sí y con la tarea.
- Ayudar al reconocimiento de necesidades y objetivos comunes.
- Hacer explícito lo implícito de la actividad grupal.
- Intervenir desde la acción y la palabra.
- Acompañar el aprendizaje grupal.

Para valorar el constructo *coordinación de grupo*, se utilizan los siguientes indicadores:

- Utilizar propuestas novedosas.
- Realizar señalamientos en la intervención.
- Motivar y mantener el interés de los participantes.
- Planificar los encuentros con anticipación.
- Fomentar la participación activa.
- Mantener la atención de los participantes.
- Ser flexible al acontecer grupal.
- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo.
- Ser creativo.
- Finalizar cada encuentro con una reflexión grupal.
- Transmitir la utilidad de lo trabajado en cada encuentro a los participantes.
- Ser referente grupal.

- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo.
- Dar consignas claras.
- Ser empático con los participantes.
- Ser tolerante y paciente con los participantes.
- Generar feedback.
- Considerar la realidad social de los participantes.
- Aprovechar el potencial de los participantes.
- Promover el empoderamiento y la autonomía de los participantes.

Muestra

La muestra está constituida por terapeutas ocupacionales y Lic. en T.O. que se desempeñan como coordinadores de grupos en el programa sociopreventivo de PAMI, en la ciudad de Mar del Plata.

El tamaño de la misma, es de 20 participantes aproximadamente, dependiendo del número que se encuentre ejerciendo en el momento de emprender la recolección de datos.

Técnicas de recolección de datos

En concordancia con la metodología de la investigación propuesta, se aplica un cuestionario semiestructurado (Ver anexo) con la finalidad de recolectar datos que permiten conocer cuáles competencias identifican como prioritarias los terapeutas ocupacionales que se desempeñan como coordinadores de grupos de personas mayores. Está conformado por 21 ítems que contemplan los datos personales, la formación -grado, complementaria y posgrado-, los antecedentes laborales y la experiencia laboral actual.

Análisis de los datos

Con la finalidad de examinar los datos obtenidos mediante el cuestionario, se efectuará un análisis cualitativo. Sabino Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2003), lo definen como “un método que busca obtener información de sujetos, comunidades, contextos, variables o situaciones de profundidad, asumiendo una postura reflexiva y evitando a toda costa no involucrar sus creencias o experiencia” (pp. 451-452).

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario, se estructurarán los datos en categorías correspondientes a las diferentes competencias -cognitivas, interpersonales y procedimentales- que dan lugar al perfil profesional. Además se analizarán dichos datos en busca de similitudes y diferencias entre éstos.

Por último, habiendo realizado el análisis de datos se pretenderá conocer el perfil profesional de los terapeutas ocupacionales y Lic. en T.O. que se desempeñan como coordinadores de grupo.

Referencias bibliográficas

García, D. (1997). Innovaciones pedagógicas. En García, D. (1997). *El grupo: métodos y técnicas participativas*. (pp. 17- 46). Buenos Aires: Espacio.

Hawes Barrios, G. & Corbalán Vásquez, O. (Enero, 2005). Construcción de un perfil profesional. Universidad de Talca. *Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo*. Recuperado de http://iide.cl/medios/iide/publicaciones/revistas/Construccion_de_un_Perfil_Profesional.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista, L. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ra ed. México: Mc Graw-Hill.

Parte IV

Resultados

Presentación y análisis de datos

Procedimiento

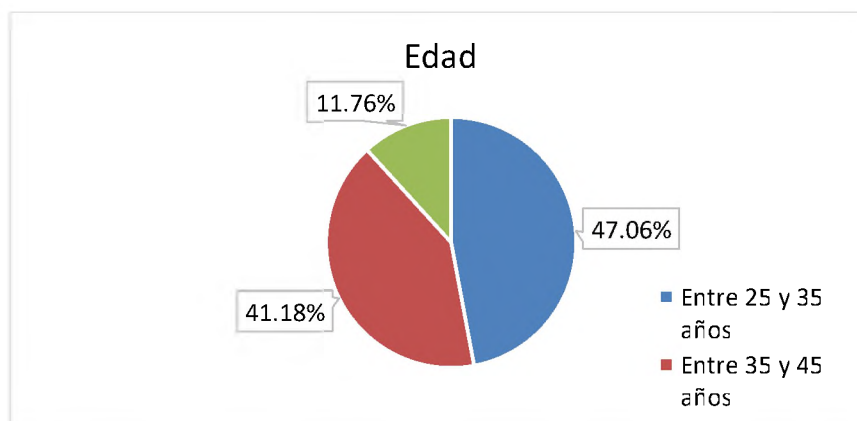
La muestra está conformada por 17 Lic. en T.O. que se desempeñan en centros de jubilados y/o otras instituciones públicas como coordinadores de grupos de personas mayores. Dichos grupos corresponden a los dispositivos a través de los cuales se implementa el subcomponente cognitivo, perteneciente al componente de envejecimiento activo del programa sociopreventivo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) UGL XI de la ciudad de Mar del Plata-Batán, en el mes de octubre de 2017.

Cabe destacar la buena predisposición y colaboración en la conformación de la muestra por parte de los participantes.

Presentación de datos

A continuación, se presentarán los datos obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario semi-estructurado:

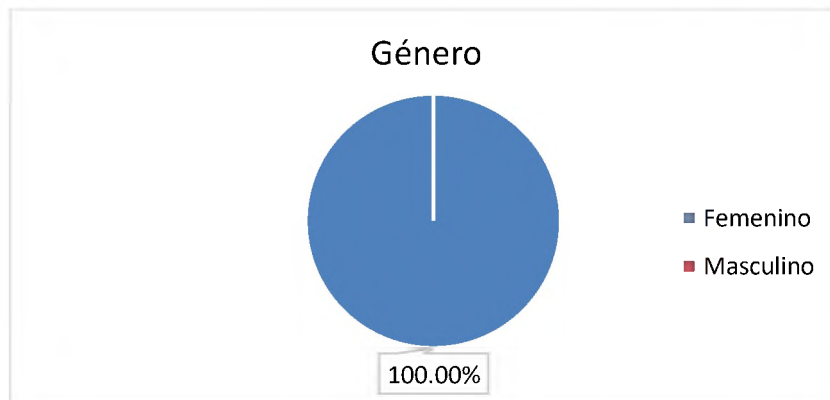
Figura 1: Rangos de edad de los participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

El 47,06% (n=8) de las participantes de la muestra se encuentra en el rango entre 25 y 35 años, el 41,18% (n=7) en el rango entre 35 y 45 años, y el 11,76% (n=2) en el rango entre 45 años o más.

Figura 2: Género de los participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

El 100% (n=17) de la muestra es de género femenino.

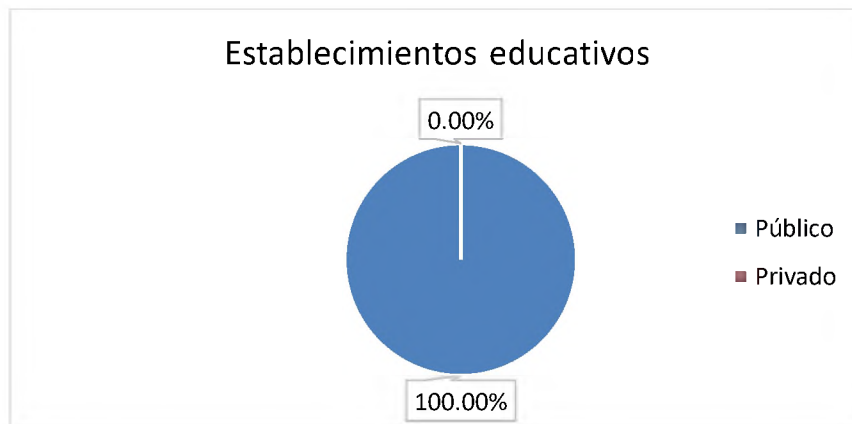
Figura 3: Título de grado de las participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

El 100% (n=17) de las participantes posee el título de Lic. en T.O.

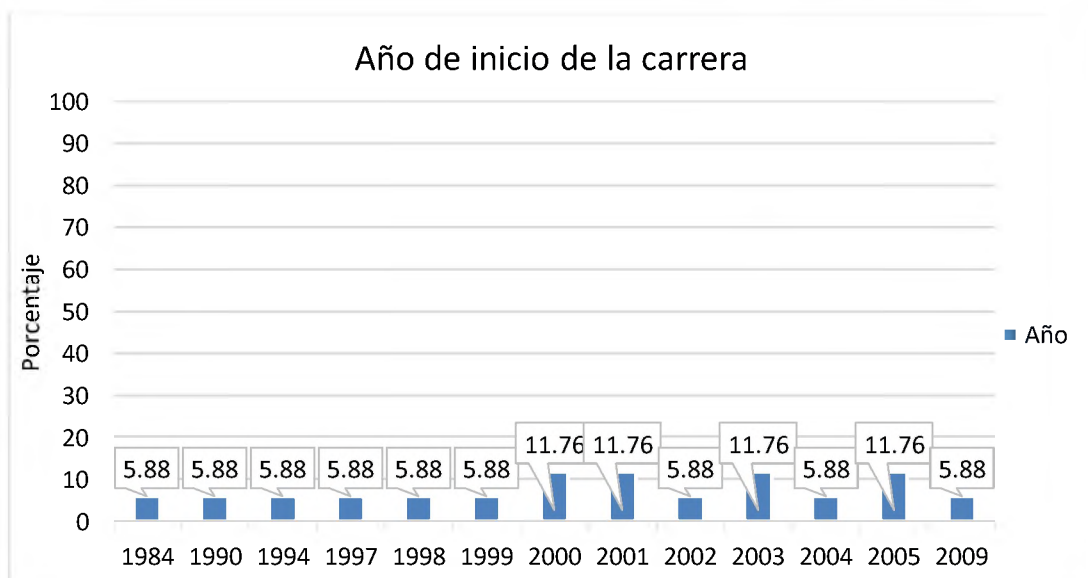
Figura 4: Establecimientos educativos en que se graduaron las participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

El 100% (n=17) de la muestra se graduó en establecimientos educativos de gestión pública.

Figura 5: Año de inicio de la carrera de las participantes de la muestra.

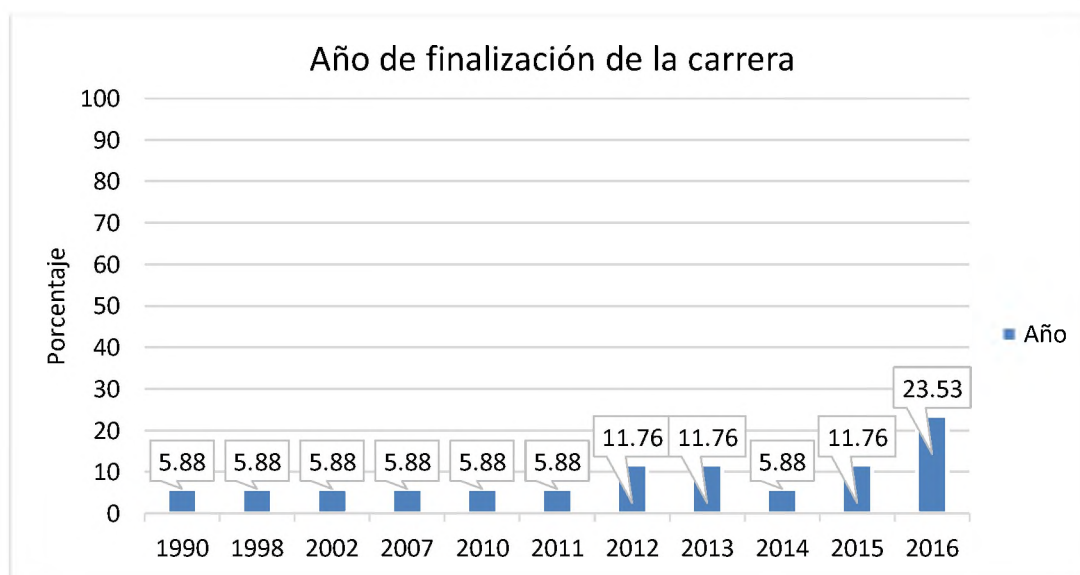


Fuente: Elaboración propia.

Se registra que las Lic. en T.O. iniciaron la carrera en el año:

- 1984 (n=1) el 5,88%.
- 1990 (n=1) el 5,88%.
- 1994 (n=1) el 5,88%.
- 1997 (n=1) el 5,88%.
- 1998 (n=1) el 5,88%.
- 1999 (n=1) el 5,88%.
- 2000 (n=2) el 11,76%.
- 2001(n=2) el 11,76%.
- 2002 (n=1) el 5,88%.
- 2003 (n=2) el 11,76%.
- 2004 (n=1) el 5,88%.
- 2005 (n=2) el 11,76%.
- 2009 (n=1) el 5,88%.

Figura 6: Año de finalización de la carrera de las participantes de la muestra.



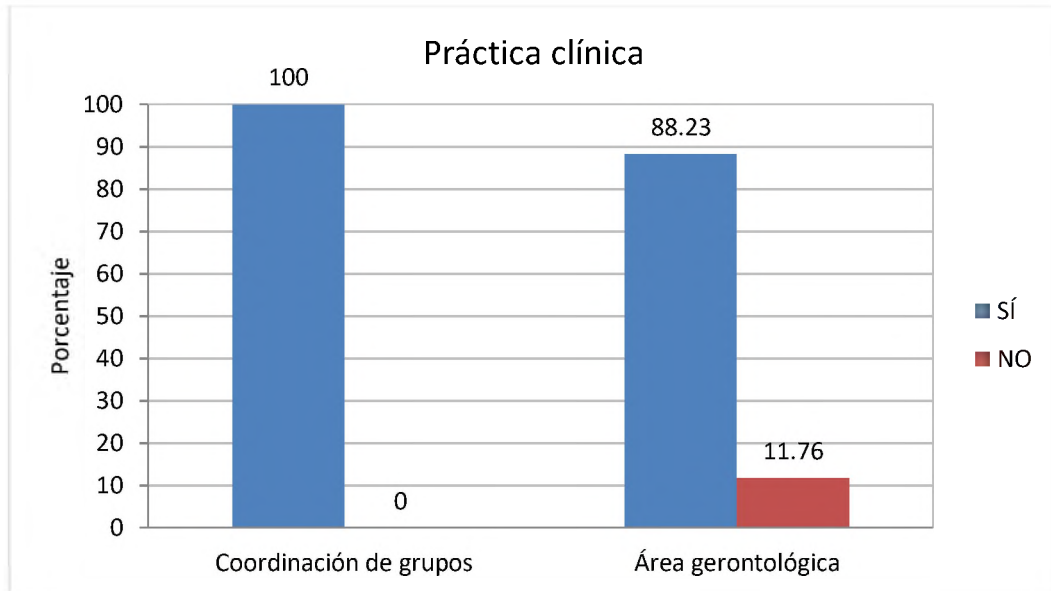
Fuente: Elaboración propia.

Se registra que las Lic. en T.O. se graduaron en los siguientes años:

- 1990 (n=1) el 5,88%.
- 1998 (n=1) el 5,88%.
- 2002 (n=1) el 5,88%.
- 2007 (n=1) el 5,88%.
- 2010 (n=1) el 5,88%.
- 2011 (n=1) el 5,88%.
- 2012 (n=2) el 11,76%.
- 2013 (n=2) el 11,76%.
- 2014 (n=1) el 5,88%.
- 2015 (n=2) el 11,76%.

- 2016 (n=4) el 23,53 %.

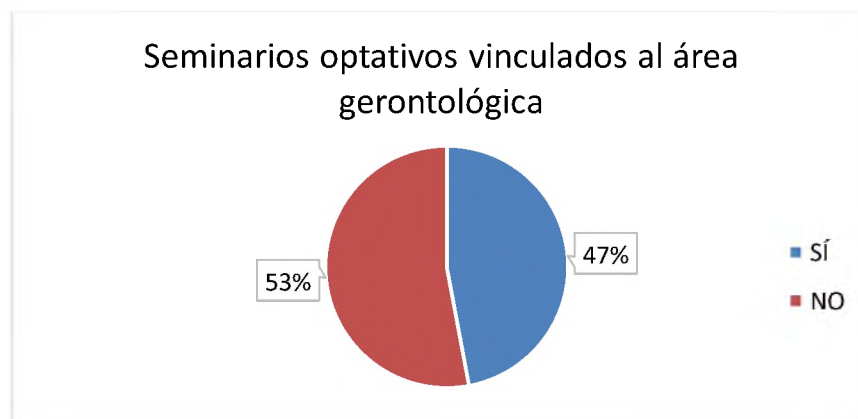
Figura 7: Práctica clínica de las participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

El 100% (n=17) de la muestra tuvo experiencia coordinando grupos, el 88,23% (n=15) realizó práctica clínica en el área gerontológica y el 11,76% (n=2) no realizó.

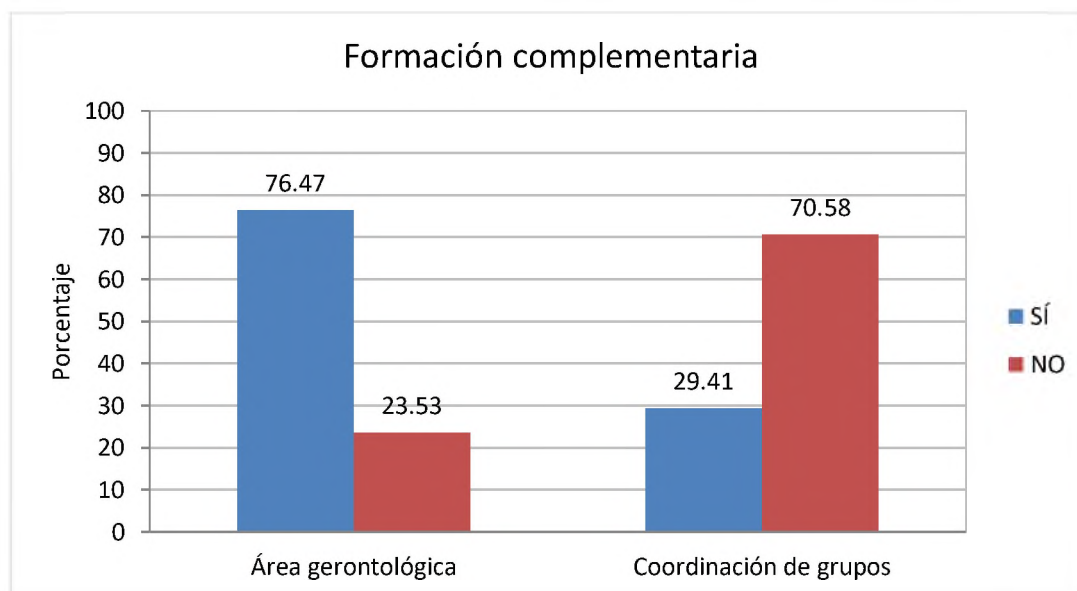
Figura 8: Seminarios optativos vinculados al área gerontológica.



Fuente: Elaboración propia.

El 47,06% (n=8) de las participantes realizó seminarios optativos vinculados al área gerontológica y el 52,94% (n=9) no realizó.

Figura 9: Formación complementaria de las participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

El 76,47% (n=13) de la muestra realizó formación complementaria en relación al área gerontológica y no lo hizo el 23,53% (n=4). Las Lic. en T.O. que realizaron formación complementaria, mencionaron:

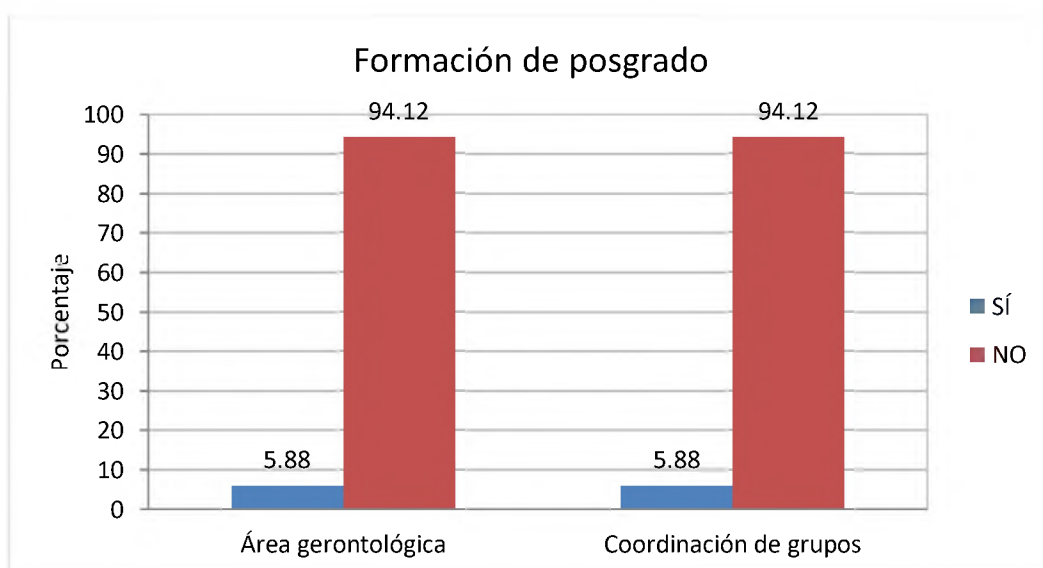
- Congreso de Gerontología y Geriatria -2017-.
- Cursos de entrenamiento cerebral.
- Actualización en neuropsicología del adulto mayor -Hospital Italiano-.
- Cursos en INECO.
- Congreso de Terapia Ocupacional en La Plata y en Mar del Plata.
- Evaluación neuropsicológica del adulto mayor -INECO-.
- Arteterapia.

- Sexualidad y adultos mayores -INECO-.
- Curso de rehabilitación neuropsicología -INECO-.
- Jornadas de tercera edad -Universidad Fasta-.
- Formación en Gerontología -Universidad Grenoble Alpes-.
- Curso de Especialización en Neuropsicología Cognitiva -Universidad Nacional de Favaloro-.

Vinculado a la coordinación de grupos el 29,41% (n=5) de las participantes realizó formación complementaria, y no lo hizo el 70,58% (n=12). Las Lic. en T.O. que se formaron, refirieron:

- Arteterapia –neuropsicología en adulto mayor-.
- Formación de facilitador en biodanza.
- Cursos CEMEP.
- Estimulación cognitiva.

Figura 10: Formación de posgrado realizada por las participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

El 5,88% (n=1) de la muestra realizó formación de posgrado en el área gerontológica y no lo hizo el 94,12% (n=16). La participante que se formó, mencionó:

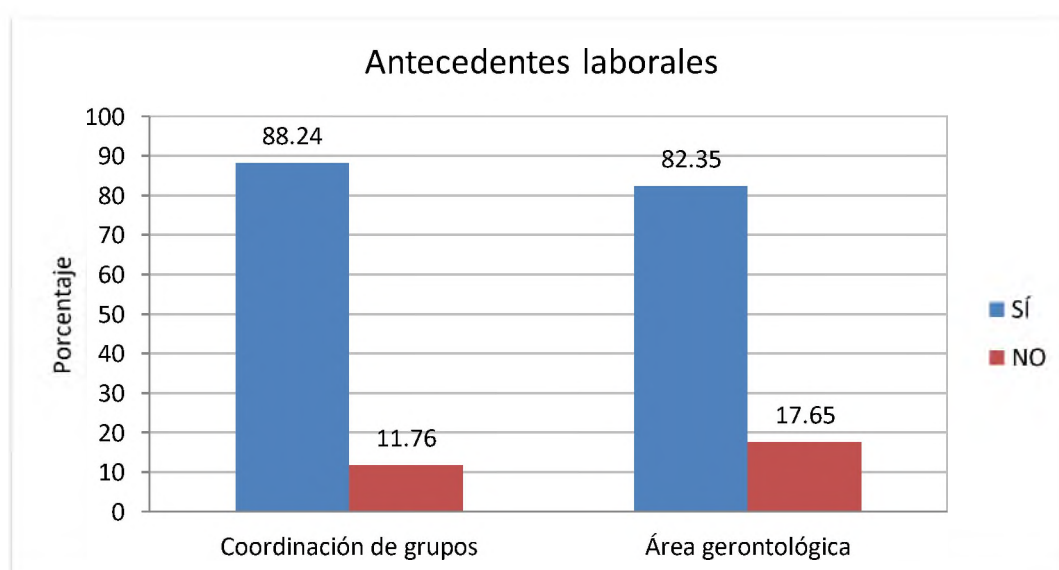
- Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional –UNMDP, Facultad de Psicología-.

Se registró que 3 participantes de la muestra iniciaron la Carrera de Especialización en Gerontología –UNMDP, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social- en el mes de octubre del corriente año.

En relación a la coordinación de grupos el 5,88% (n=1) de la muestra realizó formación de posgrado y no lo hizo el 94,12% (n=16). La participante que refirió poseer formación de posgrado, mencionó haber realizado:

- Especialización en Psicoanálisis de los Vínculos –UNMDP, Facultad de Psicología-.

Figura 11: Antecedentes laborales de las participantes de la muestra.

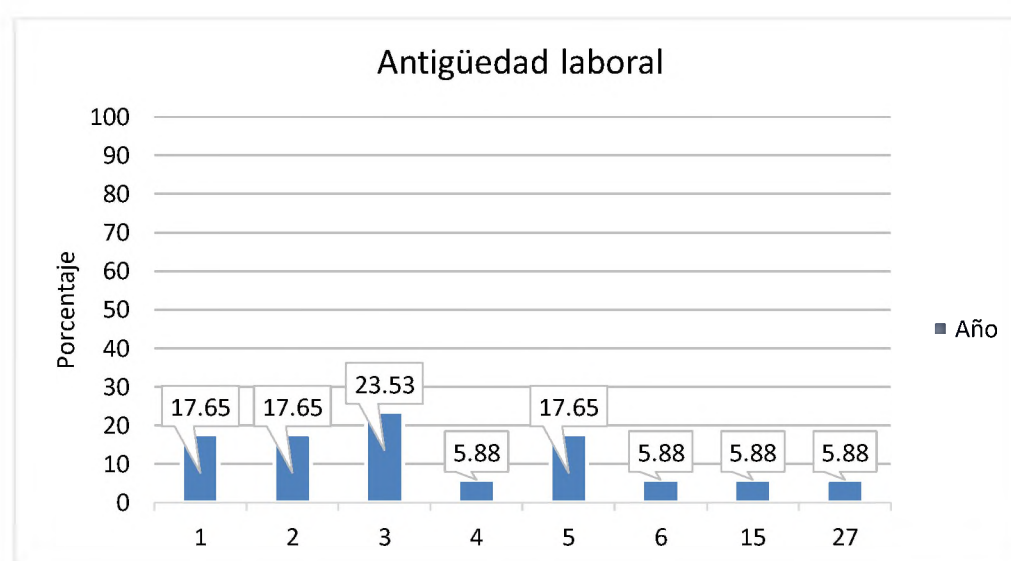


Fuente: Elaboración propia.

El 88,24% (n=15) de la muestra tuvo experiencia previa en coordinación de grupos, y el 11,76% (n=2) no la tuvo.

El 82,35% (n=14) de las participantes tuvo experiencia previa con población de personas mayores, y no la tuvo el 17,65% (n=3).

Figura 12: Antigüedad laboral de las participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos reflejan los siguientes años de antigüedad laboral:

- 1 año el 17,65% (n=3).
- 2 años el 17,65% (n=3).
- 3 años el 23,53% (n=4).
- 4 años el 5,88% (n=1).
- 5 años el 17,65% (n=3).
- 6 años el 5,88% (n=1).
- 15 años el 5,88% (n=1).
- 27 años el 5,88% (n=1).

El 58,82% (n=10) de las participantes se encuentran dentro los primeros 3 años de ejercicio profesional.

Figura 13: Experiencia laboral actual de las participantes de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados obtenidos expresan que el 100% (n=17) de las participantes tiene experiencia en el ámbito laboral público-privado.

- **Nivel de importancia atribuido a afirmaciones respecto a la coordinación de grupos:**

En la siguiente tabla se exponen los resultados obtenidos:

Tabla 2: Nivel de importancia atribuido a afirmaciones respecto a la coordinación de grupos.

	Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante	N/C
a- Poseer conocimientos teóricos generales	58,82% (n=10)	41,18% (n=7)	-	-	-
b- Poseer formación en Gerontología	64,70% (n=11)	35,30% (n=6)	-	-	-
c- Poseer formación en coordinación de	64,70% (n=11)	35,30% (n=6)	-	-	-

grupos					
d- Utilizar propuestas novedosas	88,24% (n=15)	11,76% (n=2)	-	-	-
e- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo	88,24% (n=15)	11,76% (n=2)	-	-	-
f- Realizar señalamientos en la intervención	35,30% (n=6)	64,70% (n=11)	-	-	-
g- Motivar y mantener el interés de los participantes	94,12% (n=16)	5,88% (n=1)	-	-	-
h- Dar consignas claras	82,35% (n=14)	17,65% (n=3)	-	-	-
i- Planificar los encuentros con anticipación	52,94% (n=9)	47,06% (n=8)	-	-	-
j- Ser empático con los participantes	82,35% (n=14)	17,65% (n=3)	-	-	-
k- Realizar formación continua	58,82% (n=10)	41,18% (n=7)	-	-	-
l- Fomentar la participación activa	64,70% (n=11)	35,30% (n=6)	-	-	-
m- Mantener la atención de los participantes	52,94% (n=9)	41,18% (n=7)	-	-	5,88% (n=1)
n- Ser flexible al acontecer grupal	70,59% (n=12)	29,41% (n=5)	-	-	-
ñ- Reflexionar sobre el propio rol profesional	88,24% (n=15)	11,76% (n=2)	-	-	-
o- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo	70,59% (n=12)	29,41% (n=5)	-	-	-
p- Ser creativo	82,35% (n=14)	17,65% (n=3)	-	-	-
q- Ser tolerante y paciente con los participantes	70,59% (n=12)	29,41% (n=5)	-	-	-
r- Ser referente grupal	23,53% (n=4)	76,47% (n=13)	-	-	-

s- Transmitir la utilidad de lo trabajado en cada encuentro a los participantes	52,94% (n=9)	47,06% (n=8)	-	-	-
t- Aprovechar el potencial de los participantes	76,47% (n=13)	23,53% (n=4)	-	-	-
u- Considerar la realidad social de los participantes	47,06% (n=8)	52,94% (n=9)	-	-	-
v- Finalizar cada encuentro con una reflexión grupal	23,53% (n=4)	76,47% (n=13)	-	-	-
w- Promover el empoderamiento y la autonomía de los participantes	76,47% (n=13)	23,53% (n=4)	-	-	-
x- Generar feedback	70,59% (n=12)	29,41% (n=5)	-	-	-

Según el nivel de importancia atribuido a las afirmaciones sobre coordinación de grupos, se destaca que ningún ítem fue valorado como poco o nada importante.

- **Organización de los 10 ítems considerados más relevantes:**

Cada número en el casillero representa la cantidad de participantes que eligieron cada ítem.

Tabla 3: Orden atribuido según nivel de importancia a las afirmaciones respecto a la coordinación de grupos.

tem Orden	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	ñ	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x
1	1	3	-	-	6	-	1	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
2	2	4	1	1	2	-	3	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
3	-	1	2	-	3	-	-	-	-	3	2	1	1	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	1	-
4	1	-	-	2	1	-	-	1	3	1	-	3	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	-
5	-	1	-	-	-	-	4	2	-	1	1	-	1	1	1	2	-	-	-	2	-	-	-	-	1
6	-	-	1	-	1	-	1	1	-	1	1	-	-	1	-	3	2	1	-	1	1	-	-	2	-
7	-	1	-	1	-	-	-	-	1	1	-	2	-	-	3	-	-	-	-	1	2	2	1	1	1
8	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1	-	2	3	2	1	-	1	1	-	-	1	2
9	-	-	1	3	1	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	-	2	2	1	-	1	-
10	-	1	-	1	-	1	-	-	1	1	1	-	2	2	-	-	-	-	-	2	1	-	2	-	2
Total	4	11	5	8	15	1	9	8	5	10	7	8	6	8	6	11	5	4	0	9	10	4	3	11	8

Fuente: Elaboración propia.

Referencias:

▪ Competencias cognitivas:

a- Poseer conocimientos teóricos generales.

b- Poseer formación en Gerontología.

c- Poseer formación en coordinación de grupos.

k- Realizar formación continua.

▪ Competencias procedimentales:

d- Utilizar propuestas novedosas.

f- Realizar señalamientos en la intervención.

g- Motivar y mantener el interés de los participantes.

ï- Planificar los encuentros con anticipación.

l- Fomentar la participación activa.

m- Mantener la atención de los participantes.

n- Ser flexible al acontecer grupal.

ñ- Reflexionar sobre el propio rol profesional.

o- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo.

p- Ser creativo.

r- Ser referente grupal.

s- Transmitir la utilidad de lo trabajado en cada encuentro a los participantes.

v- Finalizar cada encuentro con una reflexión grupal.

▪ Competencias interpersonales:

e- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo.

h- Dar consignas claras.

j- Ser empático con los participantes.

q- Ser tolerante y paciente con los participantes.

u- Considerar la realidad social de los participantes.

x- Generar feedback.

▪ No exclusivos de una competencia en particular:

t- Aprovechar el potencial de los participantes.

w- Promover el empoderamiento y la autonomía de los participantes.

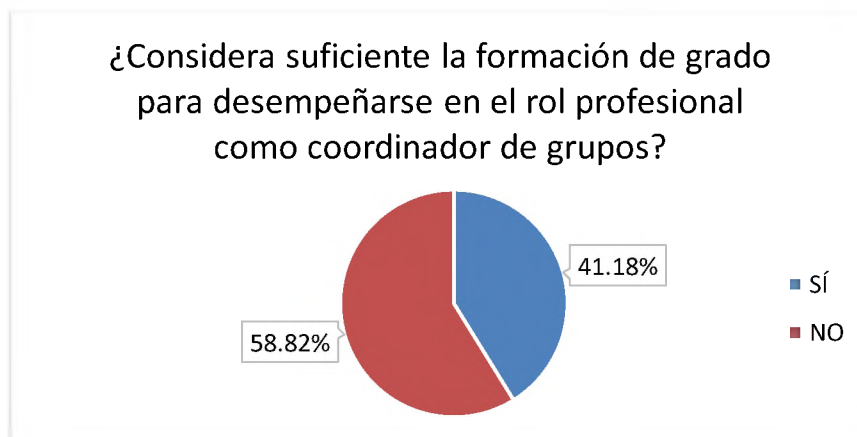
En base a los resultados presentados en el cuadro anterior, se mencionan los indicadores en orden de importancia según la posición que le atribuyeron las participantes:

1. e- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo 35,30% (n=6).
2. b- Poseer formación en Gerontología 23,53% (n=4).
3. e- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo 17,65% (n=3).
j- Ser empático con los participantes 17,65% (n=3).
4. i -Planificar los encuentros con anticipación 17,65% (n=3).
l- Fomentar la participación activa 17,65% (n=3).
5. g- Motivar y mantener el interés de los participantes 23,53% (n=4).
6. o- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo 17,65% (n=3).
7. ñ- Reflexionar sobre el propio rol profesional 17,65% (n=3).
8. o- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo 17,65% (n=3).
9. d- Utilizar propuestas novedosas 17,65% (n=3).
10. m- Mantener la atención de los participantes 11,76% (n=2).
n- Ser flexible al acontecer grupal 11,76% (n=2).
s- Transmitir la utilidad de lo trabajado en cada encuentro a los participantes 11,76% (n=2).
v- Finalizar cada encuentro con una reflexión grupal 11,76% (n=2).
x- Generar feedback 11,76% (n=2).

Considerando la totalidad de los indicadores del cuadro anterior, se registra que los más elegidos, de acuerdo a la posición y grado de relevancia, por las participantes son:

- e- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo 88,23% (n=15).
- b- Poseer formación en Gerontología 64,70% (n=11).
- o- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo 64,70% (n=11).
- w- Promover el empoderamiento y la autonomía de los participantes 64,70% (n=11).
- j- Ser empático con los participantes 58,82% (n=10).
- t- Aprovechar el potencial de los participantes 58,82% (n=10).

Figura14: Consideración de la suficiencia de la formación de grado.



Fuente: Elaboración propia.

El 41,18% (n=7) de la muestra consideró suficiente la formación de grado para desempeñarse en el rol profesional como coordinador de grupos, y el 58,82% (n=10) la evaluó como insuficiente.

Quienes consideraron suficiente la formación de grado, expresaron lo siguiente:

“La preparación en el rol de coordinador que recibimos en la universidad es suficiente. Se vio la teoría en dinámica grupal y tanto en esa materia como en las 3 prácticas que realicé tuve que coordinar talleres y pude poner en práctica la teoría. En dinámica hicimos observaciones y en las prácticas clínicas lo pudimos vivenciar, creo que fue suficiente para salir con algunas herramientas en coordinación” (Formación de grado 2003-2015)

“Porque mi práctica clínica me brindó herramientas que me posibilitaron INICIAR el recorrido” (Formación de grado 2004-2016)

“Principalmente durante las prácticas clínicas. Aunque depende mucho de cada profesional” (Formación de grado 2001-2011)

“Hay materias que permiten tener la base suficiente para el rol de coordinador” (Formación de grado 2005-2016)

“En mi caso al realizar la práctica profesional y recibir los conocimientos y aportes teóricos necesarios, eso me aportó la formación necesaria para coordinar los grupos” (Formación de grado 2009-2016)

Quienes consideraron insuficiente la formación de grado para desempeñarse en el rol profesional como coordinador de grupos, expresaron las siguientes apreciaciones:

“Si bien tenemos formación creo que es escueta, y es necesario seguir formándose” (Formación de grado 2003-2012)

“Siempre es necesario formarse en la coordinación de grupos ya que no todas las prácticas clínicas brindan la experiencia y el conocimiento”
(Formación de grado 2002-2012)

“Siempre hay más cosas para aprender y la experiencia es poca” (Formación de grado 1997-2007)

“Se requiere dentro de la formación una materia específica que aborde la geriatría y la población geriátrica” (Formación de grado 1994-2002)

“Creo que no es suficiente” (Formación de grado 1990-1998)

“Considero necesario tener algo más de conocimiento” (Formación de grado 1999-2010)

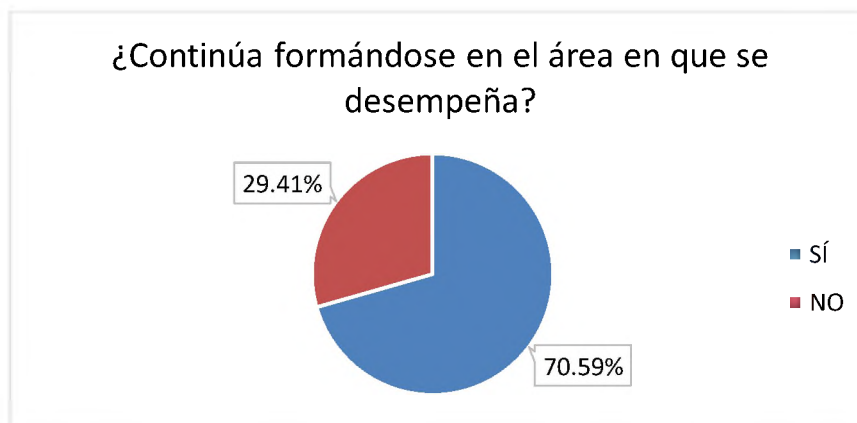
“El plan de estudios contempla solo una materia: dinámica de grupo. Sería bueno ampliar y focalizar en esta modalidad de trabajo por los beneficios que posee” (Formación de grado 1998-2014)

“Son escasos los 4 meses de formación para la complejidad que implica la coordinación grupal. A la experiencia personal de participar en un grupo hay que sumar criterios propios del rol de to, para discriminar la función en cuanto a los demás profesionales que coordinan grupo. Nos debemos conceptualizar qué nos idéntica y qué surge a raíz de la actividad. Con qué grupos de trabajos? Operativos? Coordinamos. Transferencia horizontal. Los tipos de intervenciones - que todas las/ los estudiantes puedan acceder a la observación. Ya que es un área que abordamos mayoritariamente una vez que egresamos” (Formación de grado 1984-1990)

“Porque no hay ninguna asignatura que nos forme en la coordinación grupal y en las intervenciones adecuadas para trabajar con adultos mayores”
(Formación de grado 2001-2016)

“Porque falta más práctica para desempeñar el rol” (Formación de grado 2005-2013)

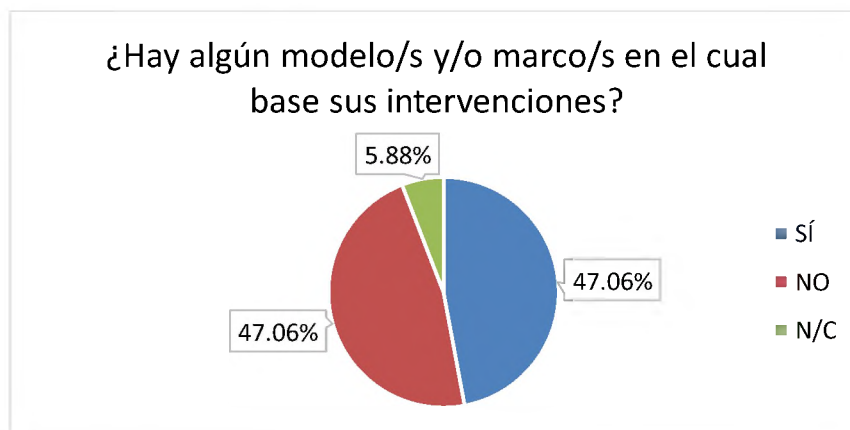
Figura 15: Formación continua en el área de desempeño.



Fuente: Elaboración propia.

El 70,59% (n=12) de la muestra continúa formándose en el área en que se desempeña, y el 29,41% (n=5) no.

Figura 16: Modelo y/o marco en el que basa las intervenciones.



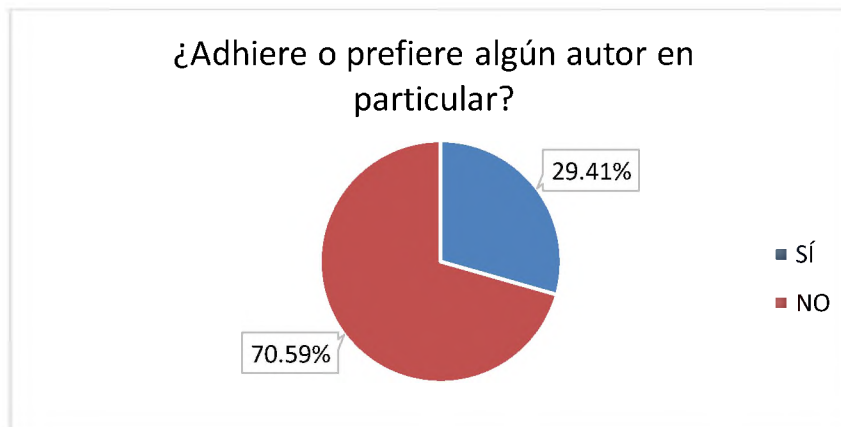
Fuente: Elaboración propia.

El 47,05% (n=8) de las participantes adhiere a algún modelo y/o marco en el cual basa sus intervenciones, el 47,05% (n=8) no y el 5,88% (n=1) no contesta.

Se mencionaron los siguientes: Modelo de Neuropsicología; Modelo de entrenamiento cerebral; Neurociencia; Psicoanálisis de los vínculos - Vectores de

Pichón Riviere; Modelo del Ciclo Vital; Modelo Social; Gerontología Crítica; Enfoque Psicodinámico; Modelo de Ocupación Humana.

Figura 17: Adherencia o preferencia de algún autor.



Fuente: Elaboración propia.

El 29,41% (n=5) de la muestra adhiere o prefiere algún autor en particular, y el 70,59% (n=12) no lo hace.

Se mencionaron los siguientes autores: Manes, F.; Allegri, R.; Iacub, R.; Utzarrós, J.; Wilson, B.; Kordon, D. y Edelman, L.; Kronenberg, F.; Kisnerman, N.

- **Pasos o etapas en que estructuran la dinámica de coordinación de un encuentro:**

A continuación, se presentan las categorías en que se organizan las respuestas obtenidas, considerando los indicadores correspondientes a los diferentes tipos de competencias:

Categoría 1: Estructuración de la dinámica de un encuentro en que prevalecen las competencias procedimentales. Algunos relatos que lo ejemplifican son:

“1- Etapa de caldeamiento.

2- Etapa de producción.

3- Etapa de cierre. Reflexión final. Donde se resignifica lo trabajado”

“En un primer momento se dialoga sobre lo trabajado en el encuentro anterior y los objetivos, se revisa la actividad que realizaron en su casa y en un segundo momento se presenta la actividad a realizar, se explican los objetivos, se da un tiempo para su realización y como cierre se hace un análisis de lo trabajado (individual o grupal), ya sea actividades o actividad lúdica”

“.Apertura de la clase y corrección de las tareas que se dieron para la semana.

. Clase propiamente dicha; corrección de lo hecho en la clase.

. Cierre comentando dudas y entregando tarea para la casa.

. Colación”

Categoría 2: Estructuración de la dinámica de un encuentro en que prevalecen tanto las competencias procedimentales como las interpersonales. Algunos relatos que lo ejemplifican son:

“Inicio: Se organiza el grupo, luego de una breve charla sobre lo ocurrido en la semana, se dan las consignas.

Desarrollo: Se lleva a cabo la actividad propuesta ya sea un juego o actividad escrita.

Cierre: Se hace una puesta en común sobre la actividad, donde no solo se lee lo trabajado sino que se expresa el agrado o la dificultad que tuvieron”

“1- Encuentro saludo.

2- Si hay alguien nuevo se presenta o se hablan noticias o algo importante que haya pasado (personal o no).

3- Se repasa clase anterior.

4- Introducción y desenlace de la actividad.

5- Conclusión y fin de la actividad”

“Para coordinar los talleres tengo en cuenta:

La empatía y lo vincular con los participantes del mismo. La voy trabajando desde el primer día, creo que el vínculo se va formando en cada encuentro lentamente y le doy el tiempo y el espacio para que así suceda. No lo fuerzo. Busco variar las actividades que propongo en cada encuentro, tratando de llevar la de mayor interés por el grupo.

Tengo en cuenta para elegir las actividades el nivel socioeducativo y cognitivo del grupo. Busco actividades que para la mayoría del grupo, representen un desafío y sean estimulantes, evitando la frustración o el aburrimiento.

Pienso posibles adaptaciones de la actividad para casos donde pueda ser necesario.

En la clase, explico grupalmente la actividad las veces necesarias, y luego abordo individualmente en los casos necesarios.

Les doy el tiempo necesario para que resuelvan la actividad, esperando a aquellos que les lleva más tiempo.

Grupalmente analizamos las respuestas de la actividad. Intervengo sobre las posibles frustraciones o enojos que pueden aparecer cuando hay errores o la actividad les resultó muy difícil. O por el contrario en aquellas donde la resolución fue muy rápida, dando lugar muchas veces a comentarios competitivos”

De un total de 17 relatos, 13 -76,47%- fueron incluidos en la categoría 1 y 4 - 23,53%- en la categoría 2.

Análisis de los datos

A partir de los objetivos específicos planteados en esta investigación, se realizará un análisis de los datos obtenidos mediante la implementación del instrumento Esto permitirá conocer las competencias que identifican como prioritarias los terapeutas ocupacionales que se desempeñan como coordinadores de grupos de personas mayores.

Caracterización de la muestra

La muestra seleccionada está conformada en su totalidad por personas de *género* femenino, de las cuales 8 se sitúan en el rango de *edad* entre 25 y 35 años, 7 en el rango entre 35 y 45 años, y 2 en el de 45 años o más.

Se registra en cuanto a la *antigüedad laboral*, que del total de la muestra, 10 presentan un perfil profesional inicial, 6 un perfil experto y una un perfil especializado. Esto indica que la mayoría de las Lic. en T.O. que conforman la muestra tienen un perfil profesional inicial, ya que cuentan con una antigüedad laboral en el área de 1 a 3 años.

Estos datos permiten reflexionar acerca de la oferta laboral y la accesibilidad de los terapeutas ocupacionales a la coordinación de grupos dentro del campo gerontológico en la ciudad de Mar del Plata. Dicha oferta, podría relacionarse con el incremento de la población de personas mayores, y la necesidad de incluir nuevos espacios que promuevan la participación activa y la interacción social de las personas que envejecen.

Asimismo, podría inferirse que la escasa exigencia de conocimiento específico y/o experiencia previa para el desempeño en el área gerontológica podría relacionarse con el parcial reconocimiento de la complejidad de la temática y su abordaje.

Por último, la totalidad de la muestra se desempeña actualmente en el *ámbito laboral* público-privado, evidenciando que no trabajan con exclusividad en el subcomponente cognitivo -talleres- de los programas sociopreventivos del INSSJP.

Primer objetivo: Determinar las competencias procedimentales utilizadas por los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos:

Para dar respuesta a este objetivo se contemplan los indicadores que refieren a las competencias procedimentales, las cuales se caracterizan por el saber cómo actuar en las diversas situaciones durante la práctica profesional.

En este sentido, a partir de una valoración realizada por las participantes, se destaca como *muy importante* “Motivar y mantener el interés de los participantes” - 94,12%-. Este aspecto es fundamental en la coordinación ya que cada grupo tiene sus características, necesidades e intereses particulares. Por lo tanto, las formas de intervenir desde el rol de coordinador deben ser específicas y apropiadas en función de los objetivos y demandas del grupo. Además, el coordinador debe dar cuenta del nivel de motivación de los participantes durante la realización de la tarea y determinar si es necesario intervenir estratégicamente para mantener el interés de los mismos.

Considerando el orden de importancia atribuido a los indicadores de competencias, se observa que los procedimentales son los que se ubicaron con mayor frecuencia entre el 4° y el 10° lugar dentro de una selección de 10 ítems.

Además, se registra que 13 de 17 participantes priorizan las competencias procedimentales dentro de la estructuración de la dinámica de un encuentro, siendo los indicadores más mencionados: “Finalizar cada encuentro con una reflexión grupal”, “Fomentar la participación activa” y “Adecuar la propuesta a las necesidades del grupo”.

Por otro lado, teniendo en cuenta los diferentes análisis realizados puede decirse que “Adecuar la propuesta a las necesidades del grupo”, es el indicador que se destaca con mayor frecuencia dentro de las competencias procedimentales. Esto

indicaría la importancia atribuida por las participantes a la consideración de las necesidades, capacidades y deseos de las personas mayores que asisten a los talleres, y a quienes está destinado su hacer profesional.

Para finalizar, se destaca que “Reflexionar sobre el propio rol profesional” si bien es un indicador considerado *muy importante* por la mayoría -88,24%-, solo fue seleccionado por 6 de 17 participantes. Es decir, que siendo valorado como importante, no se encuentra entre los más priorizados por las terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos.

Sin embargo, para ser competente un profesional debe reflexionar continuamente sobre su accionar y ser capaz de adquirir nuevas competencias para asegurar la calidad –eficiencia y eficacia- en su práctica. (Hawes Barrios y Corbalán Vásquez, 2005). En relación a esto, es importante reconocer la necesidad de reflexionar sobre el hacer junto con otros colegas disciplinares o en los equipos de los que forman parte, teniendo en cuenta que los cambios que se producen en el contexto en el cual están inmersos deberían transformar el saber y el saber hacer.

Segundo objetivo: Conocer las competencias cognitivas que utilizan los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos:

En relación a este objetivo se contemplan los diferentes indicadores de competencias cognitivas, las cuales se apoyan en el saber, es decir, en conocimientos propios o generales vinculados a otras disciplinas.

En este sentido, se registra que la totalidad de las participantes accedió al título de Lic. en T.O. durante la *formación de grado en establecimientos de gestión pública*. Además, durante las *prácticas clínicas* la totalidad tuvo experiencia coordinando grupos y la mayoría -88,23%- en el área gerontológica. También, se

evidencia que 8 realizaron *seminarios optativos* vinculados al área gerontológica y 9 no realizaron.

Con respecto a la formación de grado, el 41,18% de la muestra la *considera suficiente* para desempeñarse en el rol profesional como coordinador de grupos, fundamentando que es a raíz de la teoría brindada y de la aplicación de la misma durante las prácticas clínicas, lo que permite enriquecer el aprendizaje.

Por otro lado, quienes la consideran *insuficiente* -58,82%- refieren que la formación teórica y la experiencia son escasas, que no todas las prácticas clínicas incluyen la coordinación de grupos, que existe la necesidad de una materia específica de coordinación de grupos en Gerontología, y que es fundamental la formación continua luego de egresar, ya que el aprendizaje de grado es solo una base para el desempeño profesional.

Al respecto, Hawes Barrios y Corbalán Vásquez (2005) mencionan que la universidad tiene la responsabilidad de formar a los estudiantes para que sean capaces de abarcar y solucionar las necesidades del entorno social donde están inmersos. Así, el perfil profesional inicial cuenta con las competencias fundamentales propias de la profesión y marca el punto de partida para el desarrollo profesional ulterior.

En relación a esto, independientemente del *año de ingreso y finalización de la carrera* no existe una correlación entre considerar suficiente o insuficiente la formación de grado.

En referencia a la *formación complementaria*, se subraya que la mayoría - 76,47%- de las participantes asistió a seminarios, jornadas, cursos, etc., vinculados al área gerontológica. En cambio, solo el 29,41% lo hizo en coordinación de grupos.

Considerando la *formación de posgrado* se distingue que solo una participante realizó una especialización en el área gerontológica –Gerontología Comunitaria e Institucional- y otra vinculada a la coordinación de grupos –Psicoanálisis de los Vínculos- la cual, según refiere, le aporta herramientas que enriquecen la práctica profesional del Lic. en T.O. en su rol como coordinador.

Se destaca que si bien el 58,82% considera insuficiente la formación de grado para desempeñarse en el rol de coordinador y el 70,58% menciona seguir formándose en el área en que se desempeña, se refleja una escasa realización de formación complementaria -29,41%- y de posgrado -5,88%-. Aunque no es motivo de la presente investigación profundizar acerca de los motivos por los cuales las participantes no realizan formación complementaria, se considera relevante como línea de futura investigación continuar indagando, ya que de su resultado se podrían fundamentar las bases para propuestas académicas, públicas y/o privadas.

Contemplando los *antecedentes laborales* -preprofesionales y/o profesionales-, la mayoría refiere experiencia previa en coordinación de grupos -88,24%- y con población de personas mayores -82,35%-. En este sentido, diversos autores proponen que es posible adquirir capacidades, competencias y conocimientos a pesar de no haber atravesado por la educación formal. (Moreno y Marcaccio, 2014)

Dicha experiencia laboral junto con las competencias y habilidades adquiridas durante la experiencia educativa se combinan para dar lugar a un perfil profesional.

Por otro lado, en función de la valoración realizada de los indicadores correspondientes a las competencias cognitivas, se registra que fueron valorados como *muy importante*: “Poseer formación en coordinación de grupos” y “Poseer formación en Gerontología”.

Cabe mencionar, que este último indicador es el único dentro de dichas competencias que se destacó en 2º lugar dentro de una selección de los 10 ítems más relevantes, al ser elegido por 11 de 17 participantes, no obstante, “Poseer formación en coordinación de grupos” solo fue seleccionado por 5 de 17 participantes. Esto evidencia, que las Lic. en T.O. que componen la muestra priorizan la formación en Gerontología por sobre la formación en coordinación de grupos, siendo que ambos aspectos se integran en el desempeño del rol profesional como coordinador de grupos de personas mayores.

Esto podría vincularse con una mayor oferta gerontológica en comparación con la referente a coordinación de grupos, la escasa difusión de esta última y/o con la falta de reconocimiento de la necesidad de seguir formándose en la coordinación de grupos.

Con respecto al indicador “Realizar formación continua” se subraya que 10 de 17 participantes la consideran muy importante, y 12 de 17 se continúan formando en el área en que se desempeñan. Se identifica que hay una concordancia entre la importancia atribuida a la formación continua y la realización de la misma. Además, se registra que se realiza en mayor medida formación complementaria vinculada al área en que se desempeñan.

Las participantes que *adhieren o prefieren algún autor en particular* -29,41%- mencionan en su mayoría algunos vinculados al área gerontológica y otras ciencias afines -Manes, F.; Allegri, R.; Iacub, R.; Utzarrós, J.; Wilson, B.; Kronenberg, F.- . Con respecto a la coordinación de grupos refieren a Kordon, D. y Edelman, L.; Kisnerman, N. Estos autores son contemporáneos, lo que permitiría inferir que el 29,41% la muestra posee conocimiento actualizado.

También, quienes *basan sus intervenciones en modelos y/o marcos teóricos* - 47,05% - refieren hacerlo en aquellos pertenecientes o vinculados a la Gerontología- Modelo de Neuropsicología; Modelo de entrenamiento cerebral; Neurociencia; Modelo del Ciclo Vital; Modelo Social; Gerontología Crítica-, y solo uno propio de T.O. -Modelo de Ocupación Humana-. Respecto a los relacionados con coordinación de grupos se mencionaron: Enfoque Psicodinámico; Psicoanálisis de los Vínculos de Pichón Riviere.

En relación al análisis de los datos que dan respuesta al objetivo planteado, se evidencia que si bien la mayoría de las participantes consideran muy importante poseer conocimientos y continuar formándose en el área en que se desempeñan, no realizan formación de posgrado en coordinación de grupos y en Gerontología. En cuanto a la formación complementaria, la mayoría indica hacerlo en el área gerontológica.

A partir de la contradicción que se observa entre la importancia atribuida a las competencias cognitivas y la formación concreta, se considera necesario reflexionar acerca de las causas de dicha contradicción, entendiendo a la formación continua como un componente primordial para sustentar la práctica profesional y lograr un desempeño competente. Particularmente y como se ha señalado en el marco teórico, resulta prioritario la actualización permanente en el campo gerontológico dado los desarrollos continuos que presenta, así como también la adquisición de herramientas para la coordinación grupal.

Tercer objetivo: Identificar las competencias interpersonales que emplean los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos.

Las competencias interpersonales se caracterizan por el “saber comportarse en distintas situaciones, participar y comprometerse; así como saber percibir situaciones y ser capaz de captar e interpretar señales de los interlocutores” (Barrios y Vásquez, 2005, p.20).

En respuesta a este objetivo se registra que los 3 indicadores valorados con más frecuencia como *muy importante* son: “Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo” -88,24%-, “Dar consignas claras” -82,35%- y “Ser empático con los participantes” -82,35%-.

Considerando el orden de importancia atribuido a los indicadores de competencias dentro de una selección de 10 ítems, se destaca que “Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo” fue elegido en 1° lugar. Además, fueron ubicados en 3° y 10° lugar “Ser empático con los participantes”, y “Generar feedback”, respectivamente.

Se destaca que “Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo” está presente en los distintos análisis efectuados, lo que da la pauta de la importancia que le atribuyen las Lic. en T.O. de la muestra a dicho aspecto en la coordinación. Podría pensarse que se debe a que el establecimiento de dicho vínculo permite al coordinador concebirse como tal y alcanzar los objetivos que se plantea y guían su intervención, desde una relación asimétrica en la que es responsable del funcionamiento grupal. (Mazzilli, 2010)

Cabe destacarse que el indicador “Considerar la realidad social de los participantes” solo fue seleccionado por 4 de las 17 participantes al momento de elegir los 10 ítems más relevantes en la coordinación de grupos. En relación a esto,

Panebianco y García Cein (s.f.) plantean que el abordaje grupal no debe separarse del entorno donde se desarrolle, ni desentenderse del atravesamiento de lo social en cada uno de los integrantes, ya que ejerce inevitablemente influencia en la dinámica grupal. Además, Guajardo (2014) plantea que los terapeutas ocupacionales como sujetos sociales, deben tener presente la interrelación existente entre el hombre-ocupación-contexto al intervenir en las personas o grupos que lo requieran.

En relación al análisis realizado, la competencia interpersonal es la más priorizada por las Lic. en T.O. que forman parte de la muestra. Respecto a las competencias cognitivas si bien fueron valoradas como muy importantes no fueron priorizadas en referencia a la coordinación de grupos. En este sentido, habría una discrepancia con los estudios que afirman que los terapeutas ocupacionales que coordinan grupos deben contar con formación continua, apropiada y actualizada, como medio para adquirir elementos teóricos y prácticos que posibiliten la intervención eficiente, frente a la singularidad de cada grupo.

Parte V

Conclusión

Conclusión

En las últimas décadas, a nivel mundial, la esperanza de vida y el promedio de edad han aumentado, por lo que cada vez más personas llegan a mayor edad y en mejores condiciones en lo que respecta a salud y calidad de vida. Entre los países latinoamericanos, Argentina es uno de los más envejecidos y particularmente dentro de la provincia de Buenos Aires, la ciudad de Mar del Plata, es considerada un polo geronte. (Cogley, 2001)

Ante esta realidad, las temáticas de envejecimiento y vejez han cobrado mayor relevancia, por lo que las disciplinas científicas y los profesionales que ejercen su labor en las diferentes áreas, incluidos los terapeutas ocupacionales, no deben quedar al margen del reto que supone acompañar los cambios demográficos.

En esta misma línea, los avances de la Gerontología, el desarrollo de políticas públicas y la expansión del conocimiento en otras ciencias de la salud, posibilitan una mirada integral del proceso de envejecimiento y la contemplación de las particularidades de cada persona que lo atraviesa. Este cambio de perspectiva, considera la participación activa como uno de los pilares fundamentales del envejecimiento saludable y una necesidad humana básica, que juega un papel preponderante en la promoción de la salud. Es a partir de esto, que se fomenta la creación de espacios que promuevan la participación activa y la interacción social de las personas mayores.

Vinculado a esto, los dispositivos grupales cumplen un rol fundamental ya que generan un espacio de vínculos, participación, comunicación y producción social, dando la posibilidad de potenciar los recursos y fortalezas de las personas mayores, y mantener o incrementar su bienestar integral.

En la ciudad de Mar del Plata, ha crecido y se ha diversificado la oferta de talleres y la demanda de terapeutas ocupacionales que los coordinen, ya que la formación de grado les brinda herramientas y conocimientos necesarios para desempeñar el rol de coordinador en el campo gerontológico.

La formación apropiada y actualizada es un requisito indispensable tanto para los profesionales que se desempeñan como coordinadores, como para aquellos que planifican y gestionan programas referentes a la coordinación de grupos de personas mayores.

En este sentido, la Universidad debe formar a los estudiantes para que sean capaces de abarcar y solucionar las necesidades del entorno social donde están inmersos. Es decir, el perfil profesional del egresado debe responder a las demandas del ámbito laboral próximo y adaptarse a las condiciones y al contexto socio-histórico.

Además, debe estar ligado a la capacidad de perfeccionamiento continuo de cada graduado, ya que esto le posibilita enriquecer la mirada profesional y la intervención centrada en la persona, en tanto no es posible separar el quehacer profesional del contexto sociocultural en el cual son convocados a intervenir.

En relación a la presente investigación, a partir de la aplicación del instrumento, se evidencia que las Lic. en T.O. que componen la muestra se encuentran en su mayoría dentro de los 3 primeros años de ejercicio profesional, por lo cual se podría inferir que la coordinación de talleres representa una salida laboral inmediata. Es por esto, que es necesario contar con una formación de grado actualizada y acorde a los cambios sociales, que posibilite la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para una intervención eficiente. No obstante, es responsabilidad de cada profesional continuar formándose, ya que la formación de

grado brinda las herramientas y conocimientos de base necesarios para desempeñarse en este campo.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se evidencia que en relación a “Conocer las competencias cognitivas que utilizan los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos” las participantes priorizaron la adquisición de conocimientos vinculados a la Gerontología por sobre los referentes a la coordinación de grupos. Si bien es fundamental poseer conocimientos sobre dicha población, lo inherente al rol de coordinador es un aspecto que merece atención y dedicación por parte de quienes se desempeñan como tal, ya que ambos aspectos son indisociables en el ejercicio profesional dentro de esta área.

Con respecto al objetivo “Identificar las competencias interpersonales que emplean los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos”, se registra que el indicador “Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo” fue el más priorizado. Podría deducirse que se debe a que establecer un vínculo terapéutico permite al coordinador conocer a los participantes del grupo, y a partir de esto planificar una intervención acorde a sus necesidades y particularidades.

Desde el marco teórico propuesto se concibe al envejecimiento también como un proceso que ocurre en un momento histórico y social, y a la T.O. como una disciplina que debe tener presente la interrelación entre hombre-ocupación-contexto.

Teniendo en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior se destaca que el indicador “Considerar la realidad social de los participantes” no se encuentra entre los más relevantes.

Por otro lado, en respuesta al objetivo “Determinar las competencias procedimentales utilizadas por los terapeutas ocupacionales en la coordinación de grupos”, se observa que si bien el indicador “Reflexionar sobre el propio rol

profesional” fue valorado como muy importante, no es considerado un aspecto prioritario por las terapeutas ocupacionales de la muestra. Es a partir de la reflexión que el profesional puede transformar el saber y el saber hacer, lo que se refleja en la calidad de su práctica.

En este sentido, se sugiere fomentar la creación de espacios de reflexión y discusión gerontológica en abordaje grupal, entre colegas y dentro de los equipos de los que forman parte. Y, convertir dicha reflexión en una necesidad que permita transformar y enriquecer la mirada y la intervención profesional.

Además, fomentar la producción y divulgación de experiencias relacionadas a la coordinación de grupos y de buenas prácticas por parte de los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en esta área, posibilitará el crecimiento de la disciplina, y brindará respaldo y fundamento al quehacer profesional.

En relación al análisis realizado, se concluye que la competencia interpersonal es la más priorizada por las Lic. en T.O. que forman parte de la muestra. No obstante, las competencias cognitivas y las procedimentales también se consideraron relevantes. Al respecto, se reconoce la necesidad de un perfil profesional integral del terapeuta ocupacional que involucre tanto las competencias y habilidades personales, como la formación y el diseño curricular.

Para concluir, a partir del reconocimiento de las competencias que priorizan los terapeutas ocupacionales que coordinan grupos de personas mayores y de la aproximación al perfil profesional de los mismos, esta investigación propone ser un aporte a la disciplina al identificar las realidades existentes en el abordaje grupal gerontológico y realizar propuestas que contribuyan a mejorar el desempeño.

Además, el conocimiento y la difusión de dicho perfil permitirán reflexionar acerca de la calidad de la práctica profesional y enriquecer el rol del terapeuta ocupacional en esta área.

Por otro lado, se propone generar mayor compromiso y reconocer la complejidad de la coordinación de grupos de personas mayores para adecuar la intervención a las necesidades y particularidades propias de cada sujeto en relación al contexto en el cual está inmerso.

Para finalizar, esta investigación se ha propuesto conocer acerca del **perfil profesional** ya que es una temática relevante y poco investigada en T.O., y convertirse en un punto de partida para futuras líneas de investigación. Cabe agregar, que el instrumento diseñado e implementado por las autoras, pueda ser utilizado y/o adaptado a diferentes estudios.

Definir un perfil profesional en el que se delimiten las incumbencias del terapeuta ocupacional en los diferentes campos de acción, contribuirá al reconocimiento por parte de otros profesionales.

Anexos

Tabla 1: Competencias específicas de Terapia Ocupacional. (Noviembre, 2014).

Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional.

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIO DE DESEMPEÑO
<p>Promoción de la salud en clave ocupación</p>	<p>Gestionar prácticas que mejoren la participación individual y colectiva en ocupaciones saludables, significativas y satisfactorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica y gestiona las particularidades y necesidades ocupacionales de la persona y colectivos a través de todo el ciclo vital. - Promueve la ocupación como factor protector de la salud y el bienestar. - Favorece la participación ocupacional de personas y colectivos con criterios de justicia, equidad y oportunidad. - Promueve el reconocimiento del lugar de la ocupación en el desarrollo, bienestar y armonía de las sociedades. - Identifica, denuncia e incide en las deprivaciones o injusticias ocupacionales en personas y colectivos. - Promueve la participación en

		<p>ocupaciones realizantes que contribuyan al mantenimiento y mejoramiento de la salud y bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestiona programas de estilos de vida y trabajo saludable. - Identifica y gestiona los mecanismos para recolectar, organizar, analizar y presentar información sustentada para contribuir en la toma de decisiones en promoción de la salud. - Participa con colectivos en el diseño y gestión de políticas, planes y programas con énfasis en la ocupación como promotor de salud.
	<p>Aportar en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población colombiana vinculadas a la relación salud - ocupación humana</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Genera e implementa políticas, planes, programas y proyectos de salud, de acuerdo con las necesidades y requerimientos ocupacionales de la población. - Evalúa la situación de salud de la población, los procesos y

		<p>resultados de las acciones de salud, en el marco de las Políticas Públicas y en lo que atañe al desempeño ocupacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestiona el conocimiento sobre la relación ocupación - salud pública de acuerdo con la situación actual de la salud en Colombia.
Prevención en clave ocupación	Realizar acciones vinculadas a la ocupación humana que eviten, retarden, atenúen o compensen las consecuencias de alteraciones biológicas y sociales.	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve la participación ocupacional de personas y comunidades en riesgo como factor de prevención de condiciones que afecten la salud y el bienestar. - Selecciona, modifica y utiliza ocupaciones significativas y productivas que favorezcan el desempeño ocupacional de personas y poblaciones en riesgo.
Concepto ocupacional individual y	Construir el concepto ocupacional de personas, familias y comunidades	<ul style="list-style-type: none"> - Establece conceptos ocupacionales en situaciones individuales y colectivas que

colectivo	teniendo en cuenta sus particularidades y las del contexto.	ponen en riesgo, limitan o excluyen la participación de las personas en las distintas ocupaciones. <ul style="list-style-type: none">- Construye la historia ocupacional de las personas como insumo fundamental para comprender su realidad ocupacional.- Selecciona enfoques y perspectivas teóricas y desarrolla la evaluación en consecuencia.- Selecciona sistemas de evaluación de desempeño ocupacional, según pertinencia.- Evalúa los componentes del desempeño ocupacional: las cualidades personales (físicas, mentales, sociales y espirituales), las áreas ocupacionales (autocuidado, juego/esparcimiento y trabajo/estudio) y las características del contexto
------------------	---	---

		<p>(físicas, temporales, socioculturales, económicas y políticas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analiza, sintetiza y determina capacidades, posibilidades, aspiraciones, satisfactores, alteraciones, necesidades y riesgos ocupacionales. - Realiza un reporte escrito claro, veraz y oportuno de los resultados, reflexiones, conclusiones y acciones a seguir. - Participa en los equipos interdisciplinarios para ampliar comprensiones sobre la ocupación de las personas y colectivos en los distintos contextos. - Evalúa la pertinencia de adaptaciones, aditamentos y tecnología de apoyo que permitan un desempeño ocupacional óptimo.
Intervención	Realizar un plan de acción y	- Selecciona y aplica teorías,

<p>de Terapia Ocupacional</p>	<p>seguimiento para favorecer el desempeño ocupacional.</p>	<p>modelos y métodos de práctica de Terapia Ocupacional para favorecer y restablecer la ocupación según las necesidades y potencialidades de las personas y colectivos respetando su autonomía y autodeterminación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseña y aplica un plan de acción ajustado a las necesidades y posibilidades ocupacionales de personas y colectivos con el fin de propiciar un desempeño ocupacional satisfactorio y significativo para sus vidas. - Utiliza las ocupaciones de cada etapa del ciclo vital de acuerdo a las necesidades y potencialidades de personas y colectivos. - Sustenta los procedimientos profesionales en las características de las personas, los contextos, las ocupaciones y
--------------------------------------	---	--

		<p>las mejores prácticas y evidencias disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none">- Interviene los componentes del desempeño ocupacional: las cualidades personales (físicas, mentales, sociales y espirituales), las áreas ocupacionales (autocuidado, juego/esparcimiento y trabajo/estudio) y las características del contexto (físicas, temporales, socioculturales, económicas y políticas)- Orienta a personas que conformen el núcleo familiar cercano de la persona como apoyo esencial al plan de acción.- Diseña e implementa planes de seguimiento de los procedimientos planteados con miras a garantizar el mejoramiento, mantenimiento y modificación del desempeño
--	--	--

		<p>ocupacional.</p> <ul style="list-style-type: none">- Diseña, prescribe, elabora, adapta y hace seguimiento de aditamentos y tecnología necesaria para un desempeño ocupacional óptimo y significativo.- Orienta la ocupación en sus dimensiones vocacional y profesional.- Califica la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
--	--	---

Fuente: Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, pp. 13-17.

Consentimiento Informado

La presente investigación es llevada a cabo por las estudiantes de Lic. en Terapia Ocupacional Magdalena Lires, Emma Palomo y Daniela Zambrana de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El cuestionario presentado a continuación, tiene la finalidad de recolectar datos acerca de las competencias consideradas prioritarias en el desempeño de los terapeutas ocupacionales y los Lic. en T.O. como coordinadores de grupos de personas mayores.

Le solicitamos sinceridad en sus respuestas y completar todos los ítems.

En virtud de lo mencionado, agradecemos su colaboración y garantizamos que la información brindada será tratada con profesionalismo, discreción y responsabilidad.

Fecha

Firma del participante

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Estimada/o:

Somos alumnas de la Lic. en Terapia Ocupacional de la UNMDP, nos encontramos realizando nuestra tesis de grado.

El presente cuestionario tiene la finalidad de recolectar datos acerca de las competencias consideradas prioritarias en el desempeño del terapeuta ocupacional y del Lic. en Terapia Ocupacional como coordinador de grupos de personas mayores.

En virtud de lo mencionado, agradecemos su colaboración y garantizamos que la información brindada será tratada con profesionalismo, discreción y responsabilidad.

Muchas Gracias!

Atte. Magdalena Lires, Emma Palomo y Daniela Zambrana

CUESTIONARIO

NOTA: cuando sea necesario, por favor, **CIRCULAR** la opción que **CORRESPONDA**

- Datos personales:

- Edad: (Circule el rango etario en que se encuentra)
- Entre 25-35 años - Entre 35-45 años - 45 años o más
- Género:

- Formación de grado:

- Título:
- Establecimiento educativo de gestión: Pública / Privada
- Año de inicio de la carrera:
- Año de finalización de la carrera:
- Práctica Clínica:

- ¿Tuvo experiencia coordinando grupos? SÍ / NO
- ¿Realizó práctica clínica en el área gerontológica? SÍ / NO

- ¿Realizó seminarios optativos vinculados al área gerontológica? SÍ / NO

- **Formación complementaria:** Participó de Seminarios, Congresos, Jornadas, Cursos, etc., vinculadas a:

- Área gerontológica: SÍ / NO
 - En caso de responder SÍ, recuerda cuál/es:

.....

- Coordinación de grupos: SÍ / NO
 - En caso de responder SÍ, recuerda cuál/es:

.....

- **Formación de posgrado:** Realizó formación de posgrado en:

- Área gerontológica: SÍ / NO
 - En caso de responder SÍ, ¿cuál/es?

.....

- Coordinación de grupos: SÍ / NO
 - En caso de responder SÍ, ¿cuál/es?

.....

- **Antecedentes laborales** (preprofesional y/o profesional)

- ¿Tuvo experiencia previa en coordinación de grupos? SÍ / NO
- ¿Tuvo experiencia previa con población de personas mayores? SÍ / NO

- ¿Cuántos años de **antigüedad laboral** tiene en el área gerontológica como coordinador de grupos?

- **Experiencia laboral actual:**

- Ámbito laboral: PÚBLICO / PRIVADO / PÚBLICO-PRIVADO

- Marque con una tilde (✓) el nivel de importancia que le atribuye a las siguientes afirmaciones respecto a la coordinación de grupos:

	Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante
a- Poseer conocimientos teóricos generales				
b- Poseer formación en Gerontología				
c- Poseer formación en coordinación de grupos				
d- Utilizar propuestas novedosas				
e- Establecer vínculo terapéutico con los participantes del grupo				
f- Realizar señalamientos en la intervención				
g- Motivar y mantener el interés de los participantes				
h- Dar consignas claras				
i- Planificar los encuentros con anticipación				
j- Ser empático con los participantes				
k- Realizar formación continua				
l- Fomentar la participación activa				
m- Mantener la atención de los participantes				
n- Ser flexible al acontecer grupal				
ñ- Reflexionar sobre el propio rol profesional				
o- Adecuar las propuestas a las necesidades del grupo				
p- Ser creativo				
q- Ser tolerante y paciente con los participantes				
r- Ser referente grupal				
s- Transmitir la utilidad de lo trabajado en cada encuentro a los participantes				

t- Aprovechar el potencial de los participantes				
u- Considerar la realidad social de los participantes				
v- Finalizar cada encuentro con una reflexión grupal				
w- Promover el empoderamiento y la autonomía de los participantes				
x- Generar feedback				

- Teniendo en cuenta las afirmaciones del cuadro anterior, seleccione los 10 ítems que considere más relevantes y organícelos en relación al nivel de importancia:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-

- ¿Considera suficiente la formación de grado para desempeñarse en el rol profesional como coordinador de grupos? SÍ / NO

○ ¿Por qué?

- ¿Continúa formándose en el área en que se desempeña? SÍ / NO

- ¿Hay algún modelo/s y/o marco/s teórico/s en el cual base sus intervenciones? SÍ / NO

○ En caso de responder Sí, ¿cuál/es?

- ¿Adhiere o prefiere algún autor en particular? SÍ / NO

- En caso de responder Sí, ¿cuál/es?

.....

- Describa brevemente los pasos o etapas en que estructura su dinámica de coordinación en un encuentro:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bibliografía

- Aguilar Morales, J. & Vargas Mendoza, J. (2011). Planeación educativa y diseño curricular: un ejercicio de sistematización. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 7(1), 53-64. Recuperado de www.adebogota.org/index.../7-curriculo?...planeacion-educativa-y-diseno-curricular
- Alejandro, M. & Romero, M. I. (Comp.). (2005). *Trabajo grupal y coordinación: selección de lecturas*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/leermejores/trabajo-grupal-y-coordinacin>
- Aragón Fernández, V. J. & Martínez Sánchez, M. del C. (Marzo, 2017). Roles a través de la ocupación, justificación bajo el modelo de atención centrada en la persona. *TOG*, 14(25), 276-280. Recuperado de <http://revistatog.com/num25/pdfs/colab.pdf>
- Arias, C. (2009). *¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma*. Trabajo presentado en el I Congreso de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez. UBA. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/view/6123/3786>
- Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. (Julio-Septiembre, 2007). *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 21(3). Recuperado de <http://studylib.es/doc/4425937/vol.-21---no.-3---julio---asociaci%C3%B3n-colombiana-de-geront...>
- Bellido Mainar, J. R., Berrueta Maeztu, L. M. & Arrasco Lucero, L. R. (Diciembre, 2004). Los principios éticos de la intervención en terapia ocupacional. *TOG*, (1). Recuperado de <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art1.pdf>

- Berrueta Maeztu, L. M., Ojer Ibiricu, J. & Trébol Urra, A. (Julio, 2009). Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. *TOG*, 6(4), 215-258. Recuperado de <http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>
- Brea Rivero, M. (Febrero, 2008). Terminología consensuada en Terapia Ocupacional: marco para el entendimiento. *TOG*, 5(1). Recuperado de <http://www.revistatog.com/num7/pdfs/revision1.pdf>
- Cantero Garlito, P. A. & Talavera Valverde, M. A. (Comp.). (Noviembre, 2007). Apuntes para un futuro de la terapia ocupacional. 40 años de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. *TOG*, 4(2). Recuperado de <http://www.revistatog.com/suple/num2/suplemento2.pdf>
- Carrasco, J. & Olivares, D. (2008). Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la Ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (8). Recuperado de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/55/38>
- doi: 10.5354/0717-5346.2008.55
- Carrillo García, M. E. & López López, A.(2014). La teoría de las inteligencias múltiples en la enseñanza de las lenguas. *Contextos Educativos*, 17, 79-89. Recuperado de
- Chapparo, C. & Ranka, J. (Septiembre, 2007). Modelo de Desempeño Ocupacional (Australia) (OPM-A): Definición de términos. *TOG*, (6). Recuperado de <http://revistatog.com/num6/pdfs/modelos2.pdf>
- Corregidor Sánchez, A. I. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/Libros/Libro_Terapia_ocupacional_geriatria_SEGG_2010.pdf

- Cruz, D. M. C. & Pfeifer, L. I. (2007). Contribuciones de la investigación científica a la formación profesional: ¿qué piensan los estudiantes de terapia ocupacional? *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (7). Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/72/52>
- Da Silva Araújo, L., Fierro Jordán, N., Gutiérrez Monclus, P., & Rodríguez, O. (2011). Ciencia de la ocupación y terapia ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(1). Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/17084/17821>
- Díaz Barriga Arceo F., Lule González M. de L., Pacheco Pinzón, D., Saad Dayán E. & Rojas Drummond S. (2012). *Metodología de diseño curricular para la educación superior*. Recuperado de http://memsupn.weebly.com/uploads/6/0/0/7/60077005/metodolog%C3%8Da_d_e_dise%C3%91o_curricular_para_educaci%C3%93n_superior_.pdf
- Díaz Camazón, C. P. & Morrison Jara, R. (Mayo, 2016). Tutorías en educación superior: posibilidades para la terapia ocupacional. *TOG*, 13(23). Recuperado de <http://revistatog.com/num23/pdfs/colab3.pdf>
- Dulcey Ruiz, E. (Julio-Diciembre, 2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 207-224. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/14521/34435>

- Fabris, F. (2011). *Ética en Psicología Social: el otro y su tarea*. Recuperado de http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/fabris_etica_en_psicologia_social.pdf
- Galvis, R. V. (Enero-Diciembre, 2007). De un perfil docente tradicional a un perfil docente basado en competencias. *Acción pedagógica*, (16), 48-57.
Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17284/2/articulo5.pdf>
- Gardner, H. (2001). *Estructuras de la mente: La teoría de las inteligencias múltiples*. Recuperado de http://educreate.iacat.com/Maestros/Howard_Gardner_-_Estructuras_de_la_mente.pdf
- Gardner, H. (2016). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Recuperado de https://books.google.com.ar/books?id=Y9nDDQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gómez Lillo, S. & Imperatore Blanche, E. (2010). Desarrollo de la Terapia Ocupacional en Latinoamérica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 123-135. Recuperado de <http://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/10566/10644>
- Gómez, Z. (Diciembre, 2006). Competencias esenciales del coordinador de grupos terapéuticos. *Poiésis*, (12), Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/414/390>
- Guajardo Córdova, A. & Simó Algado, S. (Septiembre, 2010). Una Terapia Ocupacional basada en los Derechos Humanos. *TOG*, 7 (12). Recuperado de <http://revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf>

- Guajardo Córdova, A. (Diciembre, 2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. *TOG*, 9(5), 18-29. Recuperado de <http://revistatoq.com/mono/num5/prologo.pdf>
- Guajardo Córdova, A. (Julio-Diciembre 2014). Debates sobre la producción del conocimiento en Terapia Ocupacional. En contra de una nueva Escolástica. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, 2(88). Recuperado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp/article/download/8215/8121
- Iacub, R. (2002). La postgerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 155-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534212.pdf>
- Iacub, R. & Arias, C. J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 25-32. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/view/26787/pdf>
- Ibarrola, M. (Septiembre, 2004). *Paradojas recientes de la educación frente al trabajo y la inserción social*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001443/144352s.pdf>
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kronenberg, F., Algado, S. & Pollard, N. (2007). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Panamericana.
- Matilla Mora, R., Martínez Piédrola, R. M. & Fernández Huete, J. (2016). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(6), 349-356. Recuperado de <http://www.terapia->

[ocupacional.com/temporal/Articulo_Demencias_terapia_ocupacional_revision_julio2015.pdf](http://www.terapiaocupacional.com/temporal/Articulo_Demencias_terapia_ocupacional_revision_julio2015.pdf)

Montes Bernardo, S. (Coord.) Reboledo Rodríguez, J. M., Blanco Pereira, M. & Novoa Fente, M., (Comp.). (Octubre, 2015). Terapia Ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional. *TOG*, 12(7). Recuperado de <http://revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>

Morrison Jara, R., Olivares Aising, D., Graus Ramírez, J. M., Cifuentes Lucero, D., Macari Lagos, C. & Rojas Parra, E. (Noviembre, 2016). Silvia Gómez Lillo y cincuenta años de terapia ocupacional en Chile. Una biografía. *TOG*, 13(24). Recuperado de <http://revistatog.com/num24/pdfs/original1.pdf>

Moruno Miralles, P. & Talavera Valverde, M. A. (Comp.). (Marzo, 2007). Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. *TOG*, (1). Recuperado de http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf

Muñoz Espinosa, I. (Noviembre, 2007). La formación de terapeutas ocupacionales desde un interés crítico de la Educación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (7). Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/80/60>

Muñoz, O. (Diciembre, 2002). Sobre el acto de coordinar grupos operativos. *Poiésis*, (5). Recuperado de <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poeisis/article/view/709/680>

Occupational therapy practice framework: domain and process. (March-April, 2014). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68, Suppl. 1. Recuperado de <http://terapia-ocupacional.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/3%C2%AA-Edicion-Marco-de-Trabajo-2013.pdf>

- Ordóñez Sierra, R., Rodríguez Gallego, M. & Rodríguez Santero, J. (2017). Grupos interactivos como estrategia para la mejora educativa: estudio de casos en una comunidad de aprendizaje. *Revista de Investigación Educativa*, 35(1), 71-91. Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/view/247061/205801>
- Parales, C. J. & Dulcey Ruiz, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 107-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534209.pdf>
- Pastor Montaña, M. A. & Martín Castillo, E. (Mayo, 2016). Thomas Bessell Kidner, la trayectoria de un educador que marcó el rumbo de una nueva profesión, la terapia ocupacional. *TOG*, 13(23). Recuperado de <http://revistatoq.com/num23/pdfs/historia.pdf>
- Pavlovsky, E., Frydlewsky, L. & Kesselman, H. (1976). Las escenas temidas de un coordinador de grupos. *Clinica y Análisis Grupal*, 1(1), 001-009. Recuperado de <http://imagoclinica.com/wp-content/uploads/2016/12/Lasescenastemidasdeuncoordinadordegrupos.pdf>
- Pirat, E. (Mayo, 2016). Envejeactivo: envejecer es cosa de todos. *TOG*, 13(23). Recuperado de <http://revistatoq.com/num23/pdfs/original5.pdf>
- Polonio López, B., Durante Molina, P. & Noya Arnaiz, B. (2001). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rojas Madrigall, C. (Febrero, 2012). Participación de los y las docentes en la transformación curricular. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 12 (1), 18-21. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000246.pdf>
- Rueda, L., & Rueda, J. (Noviembre, 2005). El Enfoque Comunicacional en la

- formación de Terapeutas Ocupacionales: Aspectos teóricos y propuestas de aplicación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (5). Recuperado de www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/166/146
- Ruiz, M. V., Scipioni, A. M. & Lentini, D. F. (2008). Aprendizaje en la vejez e imaginario social. *Fundamentos en humanidades*, (1), 221-233. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2938153>
- Rumbo Prieto, J. M., Aratón Areosa, L. & García Gonzalo, N. (Junio, 2005). “Tobe” o no “tobe”, actitudes para la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia (Tobe). *TOG*, (2). Recuperado de <http://www.revistatog.com/num2/pdfs/num2art2.pdf>
- Sosa, M., Zarco, R. & Postiglioni, A. (2006). Modelando aspectos de grupo en entornos colaborativos para proyectos de investigación. *Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales*, 3(7), 23-31. Recuperado de <http://laboratorios.fi.uba.ar/lie/Revista/Articulos/030307/A3Jun2006.pdf>
- Souto, M. (1993). *Hacia una didáctica de lo grupal*. Recuperado de <http://www.terras.edu.ar/aula/cursos/13/biblio/13SOUTO-Marta-Lo-grupal-la-grupalidad-los-grupos-en-situaciones-de-ensenanza.pdf>
- Talavera Valverde, M. A. (Febrero, 2007). El compromiso con la profesión. *TOG*, (5). Recuperado de <http://revistatog.com/num5/pdfs/presentacion.pdf>
- Talavera Valverde, M. A. (Comp.). (Septiembre, 2007). El quehacer vacío. La identidad profesional al alcance de la mano. *TOG*, (6). Recuperado de <http://www.revistatog.com/num6/pdfs/presentacion.pdf>
- Talavera Valverde, M. A. (Comp.). (Septiembre, 2008). Identidad Profesional en Terapia Ocupacional. *TOG*, 5(2). Recuperado de <http://revistatog.com/mono/num2/mono2.pdf>

- Tamer, N. L. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 91-110. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=26961007>
- Testa, D. (2012). Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1). Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/2054/23370>
- Tobón, S. (2008). *La Formación Basada en Competencias en la Educación Superior: El enfoque complejo*. Recuperado de [http://cmappublic3.ihmc.us/rid=1LVT9TXFX-1VKC0TM-16YT/Formaci%C3%B3n%20basada%20en%20competencias%20\(Sergio%20Tob%C3%B3n\).pdf](http://cmappublic3.ihmc.us/rid=1LVT9TXFX-1VKC0TM-16YT/Formaci%C3%B3n%20basada%20en%20competencias%20(Sergio%20Tob%C3%B3n).pdf)
- Touceda Rey, C., Suárez Arias, M. & Alba García, A. (Comp.). (Diciembre, 2013). Actas del XIII Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. *TOG*, 10(8). Recuperado de <http://revistatog.com/suple/num8/suple8.pdf>
- Trujillo Rojas, A., Sanabria Camacho, L. H., Carrizosa Ferrer, L., Parra Esquivel, E. I., Rubio Vizcaya, S. X., Uribe Sarmiento, J. J., Rojas Castillo, C. P., Pérez Acevedo, L. O. & Méndez Montaña, J. A. (2011). *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5794/7/9789587197297.pdf>
- Trujillo Rojas, A. (Marzo, 2017). La Terapia Ocupacional en Colombia prosigue su avance, entre aspiraciones y logros. *Revista Ocupación Humana*, 13(1), 5-18. Recuperado de

<https://www.revistaocupacionhumana.org/index.php/roh/article/view/19>

Villardón Gallego, L. (2006). Evaluación del aprendizaje para promover el desarrollo de competencias. Universidad de Deusto. *Education siglo XXI*, 24, 57-76.

Recuperado de <http://revistas.um.es/educatio/article/view/153/136>

Villar Posada, F. (s.f.). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En Pinazo Hernandis, S. & Sánchez Martínez, M.

Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. Recuperado de

<http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/0c03villar-pearson.pdf>

Willard & Spackman. (1998). *Terapia Ocupacional*. 8ed. Madrid: Médica Panamericana.

Willard & Spackman. (2005). *Terapia Ocupacional*. 10ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Zavala, M., Vidal, D., Castros, M., Quiroga, P. & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*, 12(2), 53-62. Recuperado de

http://www.vejez.cl/media/users/9/495179/files/43328/Funcionamiento_Social_del_Adulto_Mayor.pdf