

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2000

Práctica privada en terapia ocupacional

Biancani, Alejandra Estela

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/901>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

“Práctica Privada en Terapia Ocupacional”

por
Alejandra Estela Biancani
Mariana Claudia Lozada

Mar del Plata, Argentina
Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y del
Comportamiento
2000

| Biblioteca C.F.C.S. y S.S. | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Inventario 1669 | Signatura top C58 (34) B626 |
| Vol | Ejemplar: |
| Universidad Nacional de Mar del Plata | |

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|---|
| Agradecimientos | 1 |
| Tema, Problema y Objetivos | 2 |
| Introducción | 3 |

1ª PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I:

| | |
|---------------------------------------|----------|
| Estado Actual de la Cuestión | 5 |
| Referencias bibliográficas del Cap. I | 16 |

CAPÍTULO II:

| | |
|---|-----------|
| Práctica Privada en Terapia Ocupacional | 18 |
| 1. Status y Jerarquía | 21 |
| 2. La Motivación | 25 |
| 2.1. Tipos de Necesidades | 25 |
| 2.2. Jerarquía de las Necesidades de Maslow | 26 |
| 2.2.1. Prioridades de las Necesidades en el Trabajo | 27 |
| 2.3. Modelo de 2 Factores de Herzberg | 27 |
| 3. Los Deseos del Trabajador | 28 |
| 4. La Satisfacción en el Trabajo | 29 |
| 5. Contratos Económicos y Contratos Psicológicos | 30 |
| 6. Expectativas Profesionales | 33 |

| | |
|--|----|
| 6.1. Patrones de Motivación | 36 |
| 6.2. Expectativas Profesionales del T.O. | 37 |
| 6.3. Una mirada crítica al T.O. | 42 |
| Referencias bibliográficas del Cap. II | 50 |

CAPITULO III:

Factores que inciden en la Práctica Privada en Terapia Ocupacional

| | |
|---|----|
| | 54 |
| 1. Factores de Orden Interdisciplinario | 55 |
| 1.1 La Derivación Médica | 55 |
| 2. Factores de Orden Jurídico- legal | 64 |
| 3. Factores de Orden Administrativo | 66 |
| 4. Factores de Orden Socio-económico | 69 |
| 4.1. Terapia Ocupacional y las Obras Sociales | 70 |
| 4.2. Los Honorarios del T.O./ Lic. en T.O. | 70 |
| 4.3. Posibilidades económicas del paciente | 71 |
| Una teoría acerca de T.O. | 72 |
| Terapia Ocupacional: ¿una profesión femenina? | 73 |
| Referencias bibliográficas del Cap. III | 78 |

CAPITULO IV:

| | |
|---|----|
| El Espacio de la Terapia Ocupacional | 80 |
| 1. La Terapia Ocupacional como Profesión | 80 |
| 2. La Validez de la Terapia Ocupacional | 81 |
| 3. El Status de la Terapia Ocupacional | 84 |

| | |
|--|----|
| Referencias bibliográficas del Cap. IV | 89 |
|--|----|

CAPITULO V:

Variables

| | |
|-----------------------------------|----|
| Dimensionamiento de las variables | 90 |
| 1. Variables de estudio | 92 |
| 2. Variables intervinientes | 94 |

2ª PARTE: DISEÑO METODOLÓGICO

| | |
|---|-----|
| 1. Tipo de diseño | 99 |
| 2. Universo | 99 |
| 3. Muestra: tamaño y selección | 100 |
| 4. Método e instrumento de recolección de datos | 100 |
| 5. Procedimientos para la recolección de datos | 100 |
| 6. Procesamiento de datos | 101 |
| 7. Medidas estadísticas | 101 |

3ª PARTE: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

| | |
|--------------------------|-----|
| 1. Presentación de datos | 102 |
| 2. Interpretación | 141 |
| 3. Conclusiones | 146 |
| 4. Bibliografía | 152 |
| 5. Anexo | 155 |

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. en T.O. Sandra Gomes por su valioso asesoramiento y colaboración y a cada profesional que contestó el cuestionario.

TEMA: Práctica Privada en Terapia Ocupacional

PROBLEMA: ¿Qué factores inciden en las posibilidades de acceder a la Práctica Privada en los Terapeutas Ocupacionales/Lic. en T.O. de la ciudad de Mar del Plata.

OBJETIVOS

Generales:

- Determinar los factores que inciden en la posibilidad de acceder a la Práctica Privada en los T.O./Lic. en T.O. de la ciudad de Mar del Plata.
- Conocer el grado de aspiración de los T.O./Lic. en T.O. por trabajar en Práctica Privada.

Específicos:

- Determinar cómo perciben los T.O./Lic. en T.O. la problemática referida a la Práctica Privada.
- Indagar cómo perciben los T.O./Lic. en T.O. el grado de status asignado a la Terapia Ocupacional por el resto de los profesionales de la salud.
- Determinar los factores motivacionales que llevan al T.O./Lic. en T.O. a incursionar en la Práctica Privada.
- Caracterizar los beneficios y los riesgos implicados en la Práctica Privada, comparando las expectativas de los profesionales antes de la experiencia con el grado de satisfacción después de la misma.

INTRODUCCION

¿Qué es lo que moviliza a un sujeto a la hora de elegir una carrera? ¿Cuáles son los incentivos que entran en juego? Por cierto, muchos factores son tenidos en cuenta: razones filosóficas, morales, de status, deseos de realizar aquello para los cual nos sentimos llamados: vocación de servicio.

Proyectos de vida que con el tiempo se transforman en estilos de vida, ya que "sómos" aquello que hacemos, aquello que forjamos en virtud de nuestros sueños, aspiraciones y posibilidades.

El trabajo siempre connota una referencia a determinada estructura social, considerando además la importancia que la actividad laboral reviste en la vida intra e interpersonal del sujeto ya que ocupa la mayor parte de su tiempo.

Más allá de "poder hacer lo que a uno le gusta", existe en el individuo la necesidad de un desarrollo personal dentro de la ocupación; que ésta ofrezca la posibilidad de expresarse y superarse ya que también son estímulos inherentes a la condición humana, el prestigio y el reconocimiento de aquellos con quienes interaccionamos.

Un trabajo con perspectivas es aquel que favorece la articulación entre las capacidades, intereses y ambiciones del sujeto con las posibilidades de poder desarrollarlas.

¿Y qué sucede en Terapia Ocupacional en cuanto a la satisfacción de determinadas ambiciones? El prestigio profesional, el status, el reconocimiento del otro.....

La Práctica Privada en Terapia Ocupacional ¿puede ser considerada índice de estos logros? ¿Se puede aspirar a que la Práctica Privada logre ser un fenómeno masivo entre los terapeutas ocupacionales y no la excepción?

Queremos creerlo así porque, en Terapia Ocupacional, al igual que cualquier otro trabajo, mediante la ocupación, el sujeto trata de lograr uno de los deseos más firmes del hombre: su promoción.

*"Ve por donde
no hay huellas
y deja un camino".*

(anónimo)

Bibliografía:

VAZQUEZ VIALARD, Antonio L. R.: *El trabajo humano.*

Ed. Universitaria de Bs As , 1979

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

El siguiente detalle corresponde a la bibliografía más reciente hallada acerca del tema que nos interesa:

Dado el incremento del número de terapistas ocupacionales que han elegido trabajar en Práctica Privada, McClain, McKinney y Ralston (1) intentaron describir a este sector de la profesión. De un total de 105 terapistas ocupacionales encuestados, 74 de ellos contestaron acerca de los aspectos que los movilizó a incursionar en la Práctica Privada, incluyendo: a) motivación; b) grado de preparación con que contaban; c) percepción de los posibles riesgos implicados, antes y después de haber incursionado en la Práctica Privada.

La mayoría mencionó, como factor principal que motivó a dedicarse a la Práctica Privada, la búsqueda de autonomía, en primer lugar, una rutina horaria más flexible al ser ellos mismos sus propios jefes, y por último, una mayor independencia o libertad a la hora de tomar decisiones en el ejercicio profesional.

Una vez que se encontraron trabajando en Práctica Privada, estas percepciones cambiaron levemente: la flexibilidad en los horarios, la

satisfacción por ser el propio jefe volvieron a ser mencionados como características satisfactorias pero agregaron, como tercer factor positivo, el incremento en los ingresos.

Al preguntarles acerca del nivel de preparación con que contaban al incursionar en Práctica Privada, el 67% contestó que la experiencia en la profesión había sido su mejor respaldo, en segundo lugar la propia habilidad para asesorarse con colegas más experimentados en Práctica Privada y en tercer lugar la oportunidad de observar directamente a otros colegas en Práctica Privada. La antigüedad en la profesión registró un promedio de 7 años, yendo de un mínimo de 1 a un máximo de 23 años.

Antes de trabajar en Práctica Privada, mencionaron haber previsto riesgos tales como: problemas para los cobros o reintegros de sus prestaciones; escasez de fuentes de derivaciones; gastos ocasionados por el equipamiento y mantenimiento del consultorio (alquiler, gastos administrativos, impuestos, seguros, etc.). Ya trabajando en Práctica Privada, volvieron a mencionar el tema de cobros y fuentes de derivaciones pero esta vez mencionaron, en tercer lugar, problemas con respecto a las limitaciones de equipo.

En cuanto al nivel académico de formación alcanzada, según los datos recogidos, aquellos que habían logrado el título de master no aventajaban, en términos económicos, a aquellos que no poseían dicho título.

También se preguntó cómo calificaban su elección de haber incursionado en Práctica Privada: el 68 % la calificó como "muy acertada", el 28% "acertada", el 3% "neutral", el 0% "desacertada", el 1% "muy desacertada". Ante la pregunta (abierta) sobre qué había sido lo más satisfactorio de su elección, aquellos que contestaron "muy acertada" y "acertada" mencionaron en el siguiente orden: flexibilidad en los horarios, satisfacción personal, libertad en las decisiones, aumento en los ingresos, oportunidad para especializarse y mayor control en la calidad de las prestaciones.



En un estudio realizado en Tacoma, Washington, por Evans y Annunziato (2), se halló que el principal medio por el cual los médicos se informaban acerca de los roles y funciones del terapeuta ocupacional se basó en haber tenido algún tipo de contacto con alguno de ellos. Sin embargo, no puede considerarse a éste un medio práctico ni efectivo. Junto a otros autores, Florian & Sacks (3), detectaron que los médicos poseen una visión **distorsionada** de la contribución de la Terapia Ocupacional en el abordaje terapéutico en diversas áreas ya que no identificaron, por ejemplo a la oncología, neonatología, drogadependencia, etc., como espacios en los que pueda aportar la Terapia Ocupacional.

También hallaron que los médicos derivan a T.O. principalmente para el abordaje de déficits físicos aislados, secundarios a procesos

patológicos específicos, más que para el tratamiento y desarrollo de habilidades o funcionalidad aceptable.



Una investigación realizada en Porto Alegre por Anjos Furtado (4) en 1987 entre los profesionales de la salud, personal hospitalario y alumnos de T.O., tuvo por objetivo ver cómo estas personas percibían a la Terapia Ocupacional y qué conocían de esta profesión. El resultado, desalentador por cierto: "La mayoría de los profesionales, principalmente del área salud, desconocen el concepto teórico de la Terapia Ocupacional" y, lo más alarmante, "ven al terapeuta como a un maestro de labores que distrae al paciente, lo ocupa, le enseña manualidades y a mantenerse higienizado".

Tal como destaca la autora, estos prejuicios hacen que los otros profesionales de la salud no se interesen por saber cómo se da un proceso terapéutico en T.O., qué relaciones se establecen entre terapeuta ocupacional y paciente, cómo y por qué se selecciona e implementa una actividad.¹



¹ Ya por 1923, Herbert Hall en una de las primeras definiciones de T.O., recalca que al implementar una actividad, el propósito no era hacer del paciente un artesano sino utilizar la actividad como un recurso más para lograr el fin terapéutico. (5) A pesar del tiempo transcurrido, el T.O. sigue viéndose en la necesidad de aclarar este punto que suele dar lugar a prejuicios e interpretaciones erróneas.

Greenblatt (6), en un estudio realizado entre residentes de oftalmología, en 1985, arribó a la conclusión de que el incremento del conocimiento acerca de los servicios de rehabilitación (entre ellos T.O.) para pacientes con problemas visuales, no estaba necesariamente acompañado de un incremento en la frecuencia de las derivaciones a estos servicios. Greenblatt sugirió que esta resistencia a trabajar con otros profesionales hace pensar en la necesidad de aumentar la interacción entre las distintas disciplinas, compartir tiempos y espacios para trabajar y derivar cuando así sea requerido.

Es llamativo y muy elocuente el hecho de que el jefe de residencia de dicha muestra, declinó su participación en el presente estudio alegando que consideraba inaplicable la Terapia Ocupacional en el tratamiento de los pacientes que allí se atendían.

Greenblatt sugiere que, tal vez, si los residentes aprenden a preguntar a los pacientes mismos acerca de cómo se ve afectada su funcionalidad en las actividades de la vida diaria, a raíz de la discapacidad o lesión sufrida, seguramente se producirán mayores y oportunas derivaciones.



En una investigación realizada en Inglaterra por Greensmith y Blumfield (7), se detectó que el **bajo status profesional**, la exigencia o stress provocado por el desempeño profesional, la escasez de recursos y la decepción hallada dentro del ejercicio profesional, fueron mencionados

como factores decisivos a la hora de considerar dejar la profesión. De hecho, el 41,7% de los encuestados contestó que no había satisfecho sus expectativas en el ejercicio de la profesión.

Entre aquellos terapeutas que planeaban dejar la profesión, el 78,6% había restado tiempo a la profesión para formar su familia, de todos modos las autoras concluyeron que, entre las razones por las cuales los terapeutas encuestados dejaban la Terapia Ocupacional prevalecían los profesionales y no las personales.



En una investigación realizada por Cunietti, Laurentis y Pernice (8) se intentó determinar el grado de conocimientos que poseen sobre las funciones que desempeña el terapeuta ocupacional en el área gerontológica, los profesionales que conforman el Equipo Interdisciplinario, el personal técnico que asiste al geronte y los dueños (sean estos profesionales o no) de los institutos geriátricos o de los establecimientos donde concurren los gerontes para su atención ambulatoria o internación, en Mar del Plata.

Se realizaron 88 encuestas que arrojaron el siguiente resultado: **el grado de conocimientos sobre las funciones del terapeuta es bajo**. Si bien éste es mayor en aquellos establecimientos donde se desempeña un terapeuta, la diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa.

Las autoras, en su conclusión plantean si sería efectiva, a los fines de revertir el mencionado resultado, una correcta difusión de las funciones del terapeuta en el área gerontológica sugiriendo que para ello sería necesario

conocer hacia dónde dirigir la difusión, es decir, sería necesario primero averiguar el origen de este desconocimiento. También sugieren que posiblemente sea un error trasladar la problemática en el "afuera", presuponiendo que el problema está en el "otro" que no logra comprender qué hace el terapeuta. Agregan que esto no ocurre con otras profesiones, por ejemplo medicina, enfermería, etc. en las cuales el rol profesional y funciones son percibidos e identificados por el observador sin necesitar que se expliquen o difundan. Por otro lado destacan que, dado que el mayor porcentaje de encuestados manifestó conocer las funciones del terapeuta por haber observado directamente su labor, podría interpretarse que el "bajo grado de conocimientos acerca de T.O" se origina a partir de un desempeño poco claro del rol profesional. Esta circunstancia podría originar la percepción distorsionada o errónea al no reconocer el fundamento de la utilización en las actividades terapéuticas en la praxis terapéutica. Por lo tanto hay "algo" en el desempeño del rol del terapeuta que no queda claro para el "otro". Es por eso que las autoras creen necesario analizar primero la estructura interna de Terapia Ocupacional para poder luego describir y dar solución a un nivel externo.

Concluyen planteando la siguiente problemática: ¿Cuáles son los factores que inciden en el desempeño poco claro del terapeuta en el área gerontológica? Proponen, para este fin, distintas posibles causas: falencias en la formación académica, falta de especialización, escasez de bibliografía específica de nivel científico, entre otras. Así mismo, sugieren que este análisis no debería limitarse al área gerontológica solamente.

Siguiendo con el tema referente a la "escasa claridad" o "confusión" vemos que no es un fenómeno privativo de nuestro país. En una carta dirigida al Editor de la prestigiosa revista estadounidense AJOT (American Journal of Occupational Therapy), la T.O. Marta Pelczarski (9) basándose en una publicación aparecida en la misma revista ¹ realiza un exhaustivo análisis de dicho material del cual extraeremos los puntos que más se relacionan (directa o indirectamente) con nuestro propio tema de estudio.

Pelczarski destaca en el mencionado trabajo, la **falta de claridad** para definir "ocupación", ora como sinónimo de AVD, ora como actividad terapéutica, etc. También sostiene que la **falta de definición** del alcance de nuestro rol propicia que, desde otras profesiones, se invadan áreas pertenecientes por tradición a T.O.² A su vez critica la **ausencia de referencias o marco teórico** lo cual conduce, sostiene Pesczarski, a que áreas o conceptos claves de nuestro quehacer se desdibujen o confundan haciendo que, si el propósito de esta guía era el de "guiar" a profesionales de la salud (potenciales derivantes a T.O.) "vemos que esas potenciales derivaciones se pierden orientándose hacia otras profesiones". La autora también advierte que estos mensajes poco claros acerca de la profesión provocan, además de la pérdida de derivaciones, también la pérdida de reintegros y/o códigos en obras sociales "con sus previsibles consecuencias futuras".

¹ *The Guide to Occupational Therapy Practice* de Moyers. AJOT Marzo 1999, p.247-322.

² A ello se agregaría, en nuestra opinión, el perjuicio que implica el hecho de que estas "guías prácticas" siendo dirigidas a profesionales de la salud, maestros, obras sociales, etc, más que informar o despejar dudas..... aumentan la desinformación.

Fernández y Fernández (9), se propusieron investigar cuáles son las expectativas profesionales del alumno de T.O., del terapeuta y del Lic. en T.O. Mediante una encuesta aplicada a 92 alumnos y 104 graduados, arribaron, entre otros, a los siguientes resultados:

- **CON RESPECTO AL ALUMNO DE T.O.:**

El 81,52% manifestó expectativas de desempeño laboral en forma **dependiente**. Las expectativas de desempeñarse en forma independiente alcanzaron el 35% de los encuestados, (las modalidades "solo" o "asociado a otro profesional" registraron respectivamente el 2,17 y el 32,61%).

Este porcentaje marca un aumento del 4% con respecto a los datos obtenidos en 1989 en un estudio similar (10).

El grado de status que asignan a la profesión es **alto** (44,57% de los alumnos) con tendencia a **mediano** (35,83%) a pesar de que el 79,35% de ellos manifestó haber elegido la carrera precisamente en función de su "importancia social".

- **CON RESPECTO AL GRADUADO:**

El 79% de los graduados se desempeña en forma **dependiente** (Sector Público Provincial: 41%; Sector Privado 33%; exceptuando la UNMDP como Sector Público Nacional).

Sólo el 22% se desempeña en forma independiente (el 11,11% en consultorio particular y el 11,11% en atención domiciliaria).

En una comparación con los resultados obtenidos por Geensmith y Blumfield² las autoras llegaron a la conclusión opuesta: los profesionales encuestados en Mar del Plata que abandonaron la profesión, lo hicieron principalmente por razones personales y no profesionales. En cuanto a las razones profesionales, mencionaron que para el abandono temporario (20%), influyó la rentabilidad; para el definitivo, la situación de cursar otra carrera.³



Los datos que se presentan a continuación son resultado de un sondeo que hemos realizado en el año 1997 en la ciudad de Mar del Plata, entre distintas especialidades médicas afines a Terapia Ocupacional en cuanto a la posibilidad de ser potenciales derivantes de pacientes.

Los encuestados fueron un total de 26 facultativos de las siguientes especialidades: 2 cardiólogos, 6 pediatras, 13 traumatólogos y ortopedistas, 5 neurólogos (de los cuales 2 no contestaron alegando falta de interés).

El objetivo de este sondeo era comprobar el grado de conocimientos que poseen los médicos acerca de:

- la Terapia Ocupacional
- las funciones del terapeuta ocupacional,
- los campos de acción del mismo y, fundamentalmente

² Ver pág. 9 del presente capítulo.

³ Estos dos factores, “disconformidad con la rentabilidad” y “decisión de cursar otra carrera”, en nuestra opinión guardan estrecha relación con lo argumentado por los terapeutas encuestados por Greensmith et. al en lo referente a la insatisfacción de expectativas a su vez relacionadas con el nivel del status de la profesión.

- la Terapia Ocupacional
- las funciones del terapeuta ocupacional,
- los campos de acción del mismo y, fundamentalmente
- **si derivan o no pacientes a T.O.**

Las respuestas obtenidas sobre esta última pregunta revelaron que, en general, la mayoría de ellos ha derivado a Terapia Ocupacional (en todos los casos a un terapeuta de su confianza) pero reconociendo que lo hacen en "aquellos casos muy específicos.... alguna lesión de mano o de MMSS" (según argumentaron los traumatólogos, por ejemplo).

Admitieron, en general, que efectivamente, **la frecuencia de las derivaciones a T.O. es baja**; al preguntársele sobre el motivo, muchos de ellos coincidieron en la siguiente síntesis: "a los terapeutas no se los ve muy integrados al ambiente médico como lo están los kinesiólogos, o los fisioterapeutas quienes se promocionan en clínicas y consultorios". También manifestaron que creían "interesante y de gran utilidad que los terapeutas ocupacionales difundieran e informaran sobre sus funciones". Precisamente, entre los médicos que contestaron no derivar a T.O., algunos argumentaron "**no poseer información acerca de la profesión**".



REFERENCIAS DEL CAPITULO I:

- (1) McCLAIN, Linda; McKINNEY, Julie; RALSTON, Julie: *Occupational Therapists in Private Practice*, American Journal of Occupational Therapy, July 1992 Vol.46, No 7.
- (2) EVANS, J. & ANNUNZIATO, N.: *Physicians' perceptions and preferred learning methods regarding Occupational Therapy*. *Occupational Therapy News*, 1986 Nov. pp.13-16. (citado por Deitch, Gutman y Factor: Medical Residents' Education About Occupational Therapy: Implications for Referrals. AJOT 1994, Vol.48. No.11.
- (3) FLORIAN, V. & SACKS, D.: *Reasons for patient referral to Occupational Therapy Units by health care professionals*. *Journal of Allied Health*, 14, 317-326 (1985).
- (4) ANJOS FURTADO, Eliana: *Percepção acerca da Terapia Ocupacional*. *Revista de Terapia Ocupacional*, Vol. 2, Nº 1, 1991.
- (5) REED, K.L.; SANDERSON, S.N.: *Concepts of Occupational Therapy*. Williams & Wilkins, 3rd edition, Maryland.
- (6) GREENBLATT, S.L.: *Training ophthalmology residents to treat patients with vision loss*. *Ophthalmology*, 97, 1985, pp.138-143. (citado por Deitch, Gutman y Factor: Medical Residents' Education About Occupational Therapy: Implications for Referrals. AJOT 1994, Vol. 48, Nº11.
- (7) GREENSMITH, C. & BLUMFIELD, M.: *Beginning to look why occupational therapist leave the profession: a survey carried out in Leicestershire*. *British Journal of Occupational Therapy*, 52(10), 389-392 (1989). (citado por Bush, Powell y Herzberg: Career self-efficacy in Occupational Therapy Practice AJOT, Vol. 47, Nº 10, 927-933, 1993.

- (8) CUNIETTI, S.; LAURENTIS, C.; PERNICE, M.: *Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer*. Tesis de Licenciatura, UNMDP, Mar del Plata, 1993.
- (9) FERNANDEZ, L.; FERNANDEZ, V.: *Expectativas profesionales en Terapia Ocupacional*. Tesis de Licenciatura, UNMDP, Mar del Plata, 1996.
- (10) "Sociología de una Universidad Argentina" Dtor del Equipo de Investigación Víctor Sigal, Arqto C.E en Sociología, UNMDP. 1989.

CAPITULO II

PRÁCTICA PRIVADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Tal como aparece en la información bibliográfica presentada en la sección correspondiente al Estado Actual de la Cuestión, se pudo comprobar la problemática que gira en torno a la Terapia Ocupacional en cuanto a la falta e difusión de la misma, y más precisamente entre los médicos, (principales medios de acceso al paciente); el conocimiento escaso y/o distorsionado que éstos poseen acerca de las funciones, incumbencias y campos de acción del terapeuta; la desvalorización del rol profesional debido al prejuicio según el cual el terapeuta no haría rehabilitación sino "labores", como si tuviera propósitos recreativos en su quehacer, en lugar de apuntar a lo terapéutico.

A la luz de estos hechos, comprobados por distintos autores y en distintas latitudes, podría plantearse la siguiente afirmación:

la Terapia Ocupacional a pesar de existir en el mundo desde comienzos del Siglo XX, parece no haber logrado aún el status y el debido reconocimiento de las otras profesiones del campo de la salud.

En los capítulos que siguen se tratará de profundizar acerca de la incidencia de este fenómeno respecto a las posibilidades de trabajar en la Práctica Privada.

Se consideran tanto al trabajo en Relación de Dependencia como a la Práctica Privada, subdimensiones de la Actividad Laboral, vale decir, posibilidades de salida laboral en Terapia Ocupacional. En el caso de la Práctica Privada, cabe destacar que, si bien ésta se ha ido incrementando en los últimos años (1), no ha alcanzado aún índices importantes en comparación con otras profesiones del campo de la salud en las cuales es altamente esperable lograr instalar un consultorio particular y trabajar a partir de la derivación médica.

Si nos basamos en datos proporcionados por la AMTO, aproximadamente el 20% de los terapeutas asociados trabajan en Práctica Privada, lo cual indica que no es muy elevado el número de terapeutas que logran acceder a esta modalidad de trabajo, resultando ser la relación de dependencia, la mayor posibilidad de salida laboral en la actualidad (2).

Destacamos que, comúnmente, se entiende por Práctica Privada a las siguientes 4 modalidades de trabajo:

a) CONSULTORÍA.

b) ATENCIÓN EN INSTITUCIONES POR CONTRATO.

c) ATENCIÓN EN CONSULTORIO PARTICULAR CON DERIVACIÓN MÉDICA.

d) ATENCIÓN EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DERIVACIÓN MÉDICA.

Correspondiendo la 1ra al área de Docencia e Investigación, y las 3 últimas al área asistencial. Así mismo, la 3ra (en consultorio particular) puede darse en forma "solo" o "asociado a otro/s profesional/es" sea este otro T.O. o no, según el área de la especialización (psiquiátrica, física, educacional, etc.)

En el presente estudio se desea focalizar la investigación en la **Práctica Privada a partir de la concurrencia del paciente a T.O. o más**

exactamente **PRÁCTICA PRIVADA A PARTIR DE LA DERIVACIÓN MÉDICA A T.O.** razón por la que se han excluido de este enfoque, a los fines epistemológicos, las modalidades de Práctica Privada *a* y *b*.

En el caso de la modalidad *a*, se la ha excluido debido a que se desea centrar la investigación en el área asistencial, en 1er lugar, y 2do que, siendo su frecuencia muy baja, sería de todos modos estadísticamente irrelevante.

En el caso de la modalidad *b*, por el contrario, su frecuencia es elevada y si bien se encuadra dentro del área asistencial, no contempla el requisito de la derivación médica, es decir, el terapeuta concurre a la institución (ya sea geriátrica, psiquiátrica, etc.) formando parte del equipo interdisciplinario como en cualquier puesto de trabajo en relación de dependencia, siendo la única diferencia con aquél la Factura de Honorarios por el Recibo de Sueldo que recibe el terapeuta a cargo. Es decir, si bien técnicamente se trate de Práctica Privada, "funciona" con características similares a un puesto en relación de dependencia y es por eso que se la desestima, pues consideramos que su inclusión daría lugar a una interpretación estadística errónea, distorsionando la conclusión final acerca del porcentaje real de **terapeutas ocupacionales en Práctica Privada a partir de la derivación médica.** ¹

¹ El criterio que aquí aplicamos se condice con lo expresado por McClain, McKinney, Ralston(3) y Faust, Meaker (4). En los respectivos análisis del concepto de "Terapeutas Ocupacionales en Práctica Privada", sostienen que el término es muchas veces mal aplicado puesto que debería reservarse exclusivamente a los casos de prestación por derivación médica, sin incluir aquellos casos en que el T.O. esté contratado por instituciones o agencias.

Hechas estas aclaraciones respecto a los alcances de la terminología que se utilizará, se hará referencia ahora a los aspectos medulares del trabajo de investigación.

1. STATUS y JERARQUÍA

Se desarrollarán a continuación, en forma sintética, los conceptos de rol, status, jerarquía, reconocimiento o prestigio, para hacer luego referencia a cómo, en mayor o menor grado, subyacen detrás de las múltiples problemáticas referidas a Terapia Ocupacional y cómo éstos se evidencian en los hallazgos de los distintos autores que investigaron respecto al tema.

Los conceptos de *rol* y *status* han ganado importancia teórica al proporcionar marcos de análisis de instituciones y grupos, considerando la variedad de normas o patrones de la conducta social.

El conjunto de normas recibe el nombre de **ROL**. A su vez *rol* es la pauta de conducta que se espera de las personas que ocupan un **STATUS** determinado, vale decir, una **posición social** determinada. Al desempeñar *roles* los individuos participan en un mundo social; al internalizar dichos roles ese mismo mundo cobra realidad para ellos subjetivamente penetrando en zonas específicas de conocimiento socialmente objetivado que trasciende el sentido cognoscitivo, llevándolos al "conocimiento" de normas, valores y aún emociones. (5)

El **status** implica un conjunto de reglas o normas que prescriben cómo debe comportarse (o no) la persona que lo ocupa; a su vez la persona espera de los demás un trato acorde con dicho status. Es una especie de marca de identificación social que coloca a una persona en relación con otra. Se lo considera **un símbolo de la magnitud del reconocimiento, honor y aceptación concedidos a una persona.** Dentro de los grupos, las diferencias entre las posiciones sociales se han reconocido desde los albores de la civilización, siendo una constante la preocupación del sujeto por mantener, y en lo posible mejorar, su posición social. El **ordenamiento jerárquico de los status** en términos de riqueza, ingresos, nivel de la ocupación o profesión, prestigio, poder y autoridad proveen la base para la **ESTRATIFICACIÓN** de la sociedad. El lugar de cada individuo en el sistema de estratificación de su sociedad puede tener, como se dijo, marcadas consecuencias para su conducta en distintos contextos sociales, puesto que define en alguna medida sus relaciones con los otros miembros de la sociedad. Esto proporciona cierto grado de predictibilidad a la conducta humana. (6)

Según se mencionó, se toma en cuenta como parámetro para el ordenamiento jerárquico de los status, entre otras cosas, la categoría y nivel de la ocupación o profesión del individuo.

Dentro de ésta a su vez, se tienen en cuenta diversos factores como por ejemplo la división económica (que acarrea la diferencia de posiciones y deberes); la consideración y respeto que unas profesiones nos merecen por encima de otras o también la escala ética de valores que mueve a estas actitudes en los demás. Por ejemplo, en el caso de un juez, éste suscita

consideración y respeto a partir del poder y autoridad que su rol le confiere; en el caso del médico es a partir de la nobleza adjudicada a su rol (atender las dolencias del ser humano).

Dentro de las profesiones de la salud, el médico estaría colocado en la cúspide de la pirámide jerárquica, ocupando ciertamente un rol hegemónico dentro del sistema. Pero tampoco constituye el único ejemplo de profesión jerarquizada o prestigiosa dentro de este campo. Muchas de las disciplinas que conforman el llamado Equipo Interdisciplinario gozan de un elevado status como consecuencia de haber alcanzado el respeto y reconocimiento no sólo entre sus pares del ámbito de la salud, sino de la sociedad en general. Como suele ocurrir a nivel individual (el profesional en particular que logra imponerse logrando reconocimiento y prestigio a partir de su excelente desempeño) también ocurre, en otro orden o escala, con una profesión: en la medida en que es conocida su importancia, sus beneficios, su respaldo científico, aumenta a su vez el reconocimiento y el prestigio; es decir, va adquiriendo determinado status que finalmente trasciende los límites del ámbito particular al que pertenece y va siendo reconocido o convalidado por la sociedad toda.

El status es generalmente un elemento esencial del sentimiento de seguridad por hacer, como señalamos, la interacción entre los sujetos más previsible. La pérdida de status, llamada también pérdida de prestigio, es un suceso grave para el individuo, por lo tanto, las personas adquieren gran responsabilidad para proteger y mejorar su posición puesto que a mayor posición social, mayor poder e influencia se ejerce sobre el resto del grupo.

Sin embargo, no todo rol o nivel de status convienen necesariamente al individuo que los desempeña u ocupa. El hecho de ocupar tal o cual status implica el cumplimiento de las imposiciones del rol (lo que lleva a veces a problemas personales de ajuste al mismo). A su vez, no siempre se observa total conformidad con el grado o nivel del status que se posea, en términos de escala jerárquica. A partir de la existencia de una percepción de sí mismo, sin la cual no podría formarse un ego, existe una distancia entre lo que el individuo realmente es (o cree ser) y lo que querría ser; es decir, esta distancia que marca la diferencia entre lo real y lo ideal puede variar según los individuos: desde un margen congruente con la realidad hasta una percepción desajustada.

De allí la importancia que reviste el **NIVEL DE ASPIRACIÓN DEL INDIVIDUO**. Este se define como la relación recíproca entre los fines que un individuo se impone y sus experiencias de éxito o de fracaso. El nivel de aspiración tiende a ser constantemente aumentado, aunque más exactamente, hay tendencias contradictorias que llevan a colocar el nivel en función de las posibilidades del sujeto (resguardando su estima personal); también a colocarlo por encima de éstas (dando lugar a conductas inadaptadas) y también a colocarlo por debajo (provocando sentimientos de inferioridad, de acuerdo con los postulados adlerianos). (7)

A través del trabajo que el individuo realiza, busca satisfacer necesidades no sólo económicas sino también psicológicas y sociales. En otras palabras, obtener un prestigio que implica reconocimiento y cierto poder que dan el enriquecimiento intelectual y el desarrollo personal-profesional. (8)

2. LA MOTIVACIÓN

A continuación se profundizará acerca de los tipos de necesidades que experimenta el individuo, focalizandonos en aquellas que están referidas a su esfera laboral, relacionadas a su vez con su crecimiento socioeconómico; y también ver cómo dichas necesidades afectan su conducta.

Los motivos son expresiones de las necesidades de las personas, son por lo tanto personales e internos. Los **incentivos**, a su vez, son exteriores a la persona, forman parte del medio circundante. Determinados logros son mostrados como deseables con lo cual se impulsa al sujeto en pos de su consecución. Dentro del ambiente de trabajo, por ejemplo desde la empresa, se implementan distintos recursos, como ser premios, para impulsar al trabajador.

Las necesidades crean tensiones que se modifican mediante la cultura de la persona para originar ciertos deseos. Según la percepción e interpretación que el individuo tenga de ambiente, se produce una secuencia determinada de motivación y acción.

2.1. TIPOS DE NECESIDADES

Las necesidades pueden clasificarse, a los fines explicativos, en **PRIMARIAS** (fisiológicas básicas) y **SECUNDARIAS** (sociales y psicológicas).

Las necesidades primarias surgen de la fisiología del ser humano; son virtualmente universales aunque, en cierta medida, condicionadas por la

práctica social, por ejemplo en lo que hace a los hábitos de alimentación en cuanto a su tipo y distribución horaria.

Las secundarias, representan necesidades de la mente y el espíritu. Muchas se desarrollan a medida que se madura (por ejemplo la rivalidad o competencia, deseos de aumentar la autoestima y autoafirmación, etc.) (9). Obviamente están fuertemente influidas por la cultura y por la idiosincrasia del sujeto mismo, pudiendo incluso existir como polos opuestos en dos personas distintas; de allí la vaguedad y variabilidad de las mismas. Las necesidades secundarias son, muchas veces difíciles de identificar, aún para la persona misma, estando influidas, entre otras cosas, por historia personal del individuo con las implicancias inconscientes que ésta encierra.

2.2. JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW

A. H. Maslow (10) describió una jerarquía de necesidades de 5 niveles:

- 1º) *Necesidades fisiológicas básicas*: alimentación, vestido, etc.
- 2º) *Necesidades de seguridad*: protección contra el peligro y privación.
- 3º) *Necesidades de pertenencia y de índole social*: pertenencia a grupos.
- 4º) *Necesidades de autoestima y posición social*: respeto y reconocimiento.
- 5º) *Necesidades de autorrealización*: desarrollar las capacidades y aspiraciones.

Según el autor, estos ítems siguen una secuencia de dominación definida, es decir, las necesidades del nivel secundario no dominan sino hasta que hayan quedado razonablemente satisfechas las del nivel anterior.

Esta clasificación es hasta cierto punto artificial debido a que las diferencias individuales generan muchas excepciones y además todas las necesidades interactúan en cada persona como un todo, superponiéndose y combinándose.

2.2.1. PRIORIDADES DE LAS NECESIDADES EN EL TRABAJO

El modelo de Maslow ha sido objeto de crítica porque distintos estudios realizados no confirmaron el comportamiento que éste predecía. Las limitaciones que se le adjudican estarían provocadas por la influencia cultural de las personas en la prioridad de sus necesidades. Por ejemplo, algunas encuestas han revelado que muchos empleados buscan satisfacer necesidades de más alto orden incluso cuando las de menor nivel no han quedado cubiertas. (11)

De todos modos se rescata el valor del modelo ante las evidencias concretas que apoyaron la perspectiva de que a menos que las necesidades básicas estén satisfechas, ninguna de las de más alto orden adquirirá preponderancia.

2.3. MODELO DE 2 FACTORES DE HERZBERG

F. Herzberg (12) postula que existen 2 factores diferenciados que influyen sobre la motivación: Factores HIGIÉNICOS y Factores MOTIVACIONALES.

Los F. Motivacionales son aquellos tales como: el trabajo mismo o tarea en sí, la responsabilidad, el reconocimiento, el progreso, el logro, las posibilidades de desarrollo, etc. y hacen al CONTENIDO del trabajo

(Factores Intrínsecos). Son recompensas internas que la persona siente al realizar el trabajo como una suerte de automotivación.

Por otro lado, los F.Higiénicos se relacionan primordialmente con el CONTEXTO del empleo (Factores Extrínsecos): relaciones interpersonales con compañeros, superiores o subordinados, pago, seguridad, determinadas condiciones, etc. Ocurren en forma independiente del trabajo en sí (ej. planes de jubilación, obra social, etc.) por lo tanto no proporcionan una satisfacción directa durante el desarrollo de la tarea.

Este modelo se ha aplicado particularmente a gerentes, oficinistas de más alto nivel y profesionales aunque existen detractores que le critican el hecho de dicotomizar un fenómeno en dos aspectos cuando en realidad hay un solo factor que sigue un continuo. Otros analistas criticaron su metodología por condicionar los resultados. (13)

3. LOS DESEOS DEL TRABAJADOR

Las raíces más profundas de la motivación se relacionan con las necesidades, éstas a su vez son la causa de la acción, pero los DESEOS son las claves que orientan las acciones. Los deseos de los trabajadores en sus empleos están influenciados por condiciones tales como edad, sexo, educación y tipos de trabajo. Un ejemplo del factor "edad": un joven universitario tal vez anhele más el hecho de progresar mientras que un trabajador ya añoso priorice la seguridad y preservar lo logrado. El "nivel de educación" es otro factor que puede incitar a la búsqueda del progreso, perfeccionismo, aumentar el nivel de vida, etc. En síntesis, a distintas

condiciones, distintos deseos. Así mismo, la reacción ante un empleo o simplemente en relación a una meta profesional se filtra por medio de una PERCEPCIÓN que es el punto de vista que tiene un individuo del mundo que lo rodea. Las personas perciben su ambiente en un marco de referencia organizado que ha construido basándose en sus propias experiencias y sus propios valores e intereses, los cuales a su vez están condicionados por el factor cultural: aquello que es propuesto como deseable y apetecible es lo que motiva e impulsa a la acción. (14)

4. SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

Se entiende por satisfacción en el trabajo a la percepción favorable que el empleado tiene de su trabajo. (15)

Este factor es de suma importancia y repercute tanto en lo que hace a la calidad del desempeño laboral del sujeto, como en la calidad de vida misma.

Para posibilitar la satisfacción, el puesto de trabajo deberá proporcionar, según Porter, Lawer y Hackman (16), las siguientes **condiciones básicas:**

- a) variedad de operaciones que conforman la actividad.
- b) autonomía en la planificación de la tarea y responsabilidad por el resultado.
- c) significación de la tarea para el sujeto y reconocimiento de los resultados por parte de los otros miembros de la organización.

La presencia de estas condiciones propicia el buen desempeño generando mayores actitudes positivas y, por un proceso de retroalimentación, se afectará favorablemente el desempeño futuro. Vale decir, estas actitudes positivas llevan a una perspectiva favorable hacia el trabajo lo cual se traduce en un aumento de la satisfacción en el mismo.

La satisfacción en el trabajo expresa el grado de compatibilidad entre las expectativas del sujeto respecto a su ocupación y las recompensas que ésta le ofrece.

Vázquez Vialard y Porter Lynmann et al. (17) sostienen que la satisfacción en el trabajo se da si el trabajador:

- a) comprende lo que hace, se interesa por ello y en el medio que lo rodea
- b) si está integrado como miembro en la comunidad de trabajo
- c) si goza de respeto, prestigio y posibilidades de codeterminación en el seno de dicha comunidad.

Adhiriendo a estas conceptualizaciones, creemos necesario subrayar la incidencia de los factores ajenos al trabajador, fuera de su control pero que repercuten enormemente sobre él, tal como veremos a continuación, sin importar el grado de compromiso personal que invierta en su ocupación y que se relacionan con el nivel ocupacional, tipo de organización de trabajo, status del que goza dicha ocupación o profesión.

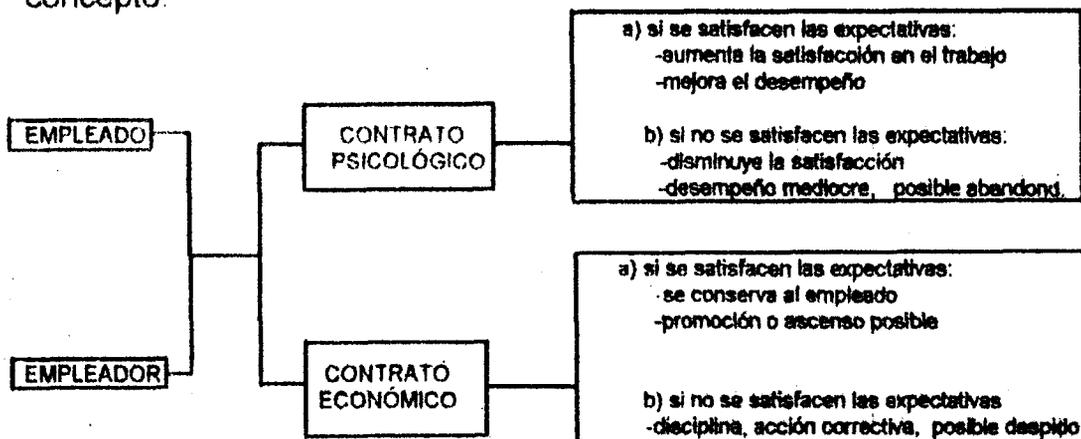
5. CONTRATOS PSICOLÓGICOS Y ECONÓMICOS

El concepto de "Contrato Psicológico" surgió de la Psicología de Grupo de Edgar A. Schein y describe el fenómeno que ocurre cuando un empleado se une a una organización y se establece, además del contrato económico, explícito, que habla acerca del salario y las condiciones de

trabajo, etc., un contrato "psicológico", no siempre a nivel consciente, que define las condiciones de cada participación psicológica del empleado con el sistema. El empleado acuerda conceder una cantidad determinada de trabajo y lealtad, pero a su vez demanda algo más que recompensas económicas del sistema. Busca seguridad, un trato acorde, relaciones favorables con personas y también oportunidades para alcanzar sus metas. Si la organización sólo cubre el contrato económico desestimando el psicológico, el empleado tiende a experimentar un menor grado de satisfacción y la calidad de su desempeño disminuye a causa de que sus metas no se están satisfaciendo.

En condiciones ideales, cuando se cubren tanto las expectativas económicas como las psicológicas, el empleado se siente satisfecho y además se desempeña más eficientemente.

El cuadro que presentamos a continuación, esquematiza este concepto:



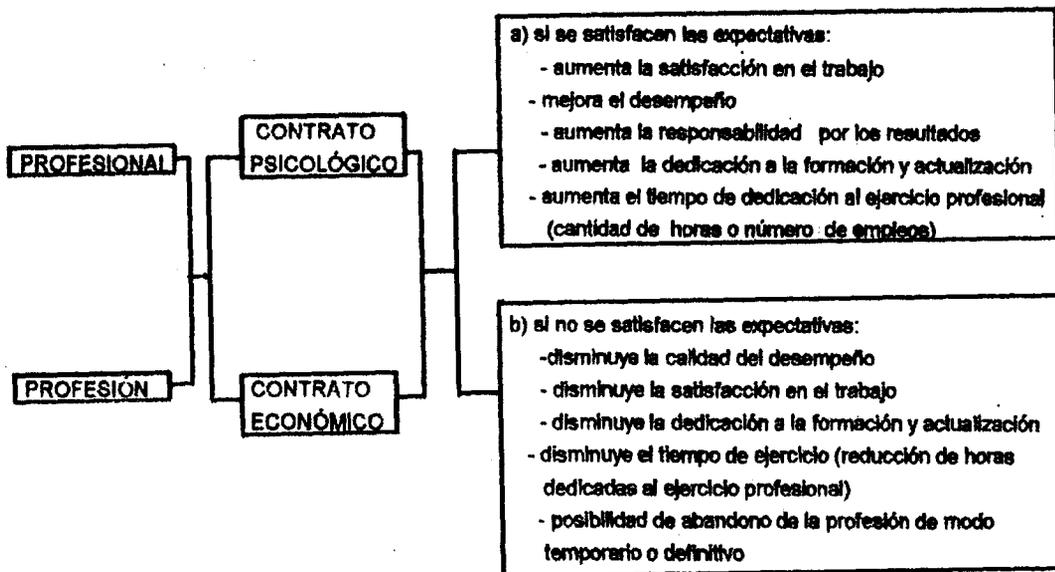
Fuente: Davis, K. *El comportamiento humano en el trabajo* p 27.

Destacamos que los modelos a los que nos hemos referido anteriormente, de Malsow y de Herzberg, y aún el precedente cuadro, tienen

en cuenta, primordialmente, la relación **trabajador-empresa** o **empleado-empleador** (y de lo que esperan el uno del otro). Ahora bien, tomando a la formación profesional como el medio que posibilita el ejercicio laboral especializado (sea cual fuere el campo de dicha especialización), intentaremos establecer un parangón o cierta analogía existente entre la relación **empleado-empleador** y la que se da entre **PROFESIONAL-PROFESIÓN** en la cual éste espera "algo" de su profesión, algo más que una mera recompensa económica; considerando las características y motivaciones de un profesional, vale decir, teniendo en cuenta que es un sujeto que ha elegido formarse en una rama del saber no sólo como medio de expresión de su vocación, que no es sino una de sus tantas necesidades psicológicas mas también como medio para ganarse el sustento, fortalecer su autoestima, desplegar su ambición de superación, etc. Obviamente, todo esto estará íntimamente ligado al nivel de aspiración de la persona que, incluso en el caso particular del profesional, puede variar considerablemente de un individuo a otro. De todos modos, en líneas generales, partimos de la premisa de que el sujeto que por su índole intelectual ha llegado a elegir el conocimiento racional y especializado (aunque se desempeñe en un plano práctico-empírico como en el caso del T.O.), posee la motivación y ambición necesarias para aspirar a desarrollarse personal y profesionalmente.

En el cuadro que sigue hemos tratado de esquematizar, por un lado las expectativas tanto "económicas" como "psicológicas" que movilizan al profesional en su ejercicio, por otro lado, la relación recíproca que existe entre ambos factores. Recordemos también que dichas expectativas generan

acciones cuyo origen no siempre es reconocido a un nivel manifiesto, explícito, permaneciendo en un plano latente .



6. EXPECTATIVAS PROFESIONALES

Se entiende por *expectativa* a la fuerza de convicción de que un acto irá seguido de un resultado concreto. Las Expectativas Profesionales son parte de la Motivación en el sujeto. Estas dependen por completo de la perspectiva que tenga el trabajador con respecto a la conexión entre esfuerzo y resultado.

Víctor Vroom (18) en su Teoría de las Expectativas explica que la MOTIVACIÓN es el producto de multiplicar la VALENCIA por las EXPECTATIVAS, donde "motivación" es la fuerza del impulso encaminado a una acción, "valencia" es la fuerza con que una persona desea algo y "expectativa" es la probabilidad de obtenerlo mediante una acción específica. Este modelo

sugiere que a través de la experiencia las personas se dan cuenta de qué tipos de recompensas (resultados) valúan en mayor grado que otros.

Según dijimos, a través del trabajo el sujeto busca satisfacer determinadas necesidades económicas, psicológicas y sociales para la expresión y desarrollo de sus capacidades, intereses y aspiraciones; por lo tanto la valoración de las "recompensas" estará dada tanto por la natural inclinación preferencial del sujeto, como por la influencia del medio cultural. Por ejemplo, las recompensas económicas (el sueldo o paga) no expresan solamente un valor monetario, sino que su monto es portador de un valor social para aquél que lo recibe, es decir, el trabajador percibe, a través de ese monto, el valor que el patrón le está adjudicando o la valía de su desempeño para el otro. Esta percepción es un factor de suma importancia para el trabajador, por demás estimulante, más allá del valor monetario de dicho sueldo.

En la decisión de elegir una carrera interviene un conjunto de factores que se expresan en las razones o pautas de orientación de dicha elección. Esta elección siempre es crítica considerando su influencia y su repercusión en la vida futura del sujeto. Sin embargo recordemos que no siempre se la toma en forma racional, plenamente consciente; suele ocurrir que el profesional no conozca cabalmente los motivos que lo llevaron a elegir tal o cual carrera.

El psicólogo social Bandura (19) en su teoría de la propia eficacia postula que la percepción de las propias capacidades afecta el desempeño mismo, la eficacia de las expectativas y el resultado de las mismas. Bandura considera que la correcta valoración de las propias capacidades tiene una importante estimación funcional pues la eficacia de las expectativas afecta la

elección de una ocupación, la continuidad en la misma tarea y también determina el ambiente en el cual una persona elige actuar.

El individuo que opta (o puede) acceder a la formación profesional está movilizado por muchos factores: "ajenos" como pueden serlo la presión familiar y/o del entorno social con el cual interacciona; y factores "propios", personales como ser la *orientación vocacional* más o menos definida que pueda poseer el sujeto, y que suele ser uno de los factores preponderantes juntamente con lo que son las *posibilidades de inserción laboral* que dicha profesión ofrezca. Buscando compatibilizar preferencias y necesidades, el factor *inserción laboral* es tenido particularmente en cuenta, condicionando en parte la elección en vistas de la necesidad del ser humano de contar con cierto margen de seguridad económica, lo que le permitirá a su vez cubrir parte de sus necesidades primarias o fisiológicas básicas (20).

El trabajador, y en especial el profesional, que ha aceptado pasar por un largo periodo de preparación previa a la salida laboral, posee deseos de desarrollar su vocación, deseos de superación personal y también, no menos importante, de mejorar su posición socioeconómica. Una vez obtenido el título profesional, el constante avance de las especialidades, la competitividad existente a nivel laboral y, nuevamente, por cuestiones de ambición personal, el profesional es llevado a mantener y/o superar constantemente su nivel de preparación⁵. Esto hace que el profesional "espere" de su profesión una recompensa tanto en lo económico como en lo que hace a la satisfacción personal en relación a su nivel y rango jerárquico.

⁵ De hecho en otros países hay profesiones en las que se exige la aprobación periódica de evaluaciones para constatar el grado de formación y actualización mantenida, a fin de renovar la matrícula habilitante.

Veamos ahora cuáles son los *patrones de motivación* que la cultura tiende a desarrollar en las personas, es decir, cómo la cultura promueve actitudes en las personas, con lo cual se afecta su percepción de los distintos empleos e incluso de la vida en general. (21)

6.1. PATRONES DE MOTIVACIÓN

Atkinson y McClelland diferenciaron entre 4 patrones como movilizadores de conducta que llevarían a la satisfacción de necesidades internas del sujeto.

- * MOTIVACIÓN DEL LOGRO: impulso por vencer obstáculos, avanzar y crecer.
- * MOTIVACIÓN POR AFILIACIÓN: mueve a relacionarse con personas por la necesidad de vínculos personales.
- * MOTIVACIÓN POR COMPETENCIA: deseos de realizar trabajos de calidad y crecimiento profesional.
- * MOTIVACIÓN DEL PODER: deseos de influir en las personas y situaciones.

Las personas pueden manifestar una de estas conductas en forma dominante o puede existir una combinación de más de uno de estos patrones.

Tradicionalmente, los profesionales de la salud han sido motivados hacia el logro en lo que respecta a la resolución de problemas dentro de su campo de interés, por su sentido de compromiso profesional. A cambio de una importante inversión en educación y preparación profesional, se espera recibir una recompensa acorde: reconocimiento o prestigio, posición social, oportunidades para desarrollarse.

6.2. EXPECTATIVAS PROFESIONALES DEL TERAPISTA OCUPACIONAL

Según Bandura una expectativa eficaz es la convicción de que uno puede ejecutar satisfactoriamente la conducta requerida para producir resultados (22).

Veremos entonces cuáles son las expectativas profesionales en Terapia Ocupacional expresadas en razones o pautas de orientación en la elección de la carrera; conocer las razones o factores de valoración que hacen a la elección de un trabajo en un momento determinado, de acuerdo a la situación personal, social y sistema de valores; expectativas de ejercer en determinadas categorías profesionales (en forma dependiente o independiente) y expectativas profesionales que se plantean en forma de **objetivos** o **metas** a lograr como ser la aspiración a una mayor autonomía para planificar el propio trabajo, responsabilizarse por los asuntos que le competen, la necesidad del reconocimiento de colegas y de la organización en la que se desempeñan (**aspirar al status laboral**), necesidad de una formación continua y especialización, posibilidades de ascender (movilidad vertical) para alcanzar un nivel ocupacional superior logrando así una remuneración acorde, mejores condiciones de trabajo y mayor prestigio.(23)(24)

Nos basaremos en datos obtenidos por Fernández y Fernández (25) en su estudio acerca de las expectativas profesionales del alumno de T.O., del T.O. y del Lic. en T.O. y del cual extraeremos aquellos elementos que nos permitirán ir delineando el perfil del T.O./Lic.T.O. bajo un enfoque particular: conocer cuál es su nivel de exigencias en relación a la profesión y sus expectativas de desarrollo personal-profesional a través de ésta.

Concretamente, los ítems a los que aludimos son los siguientes:

- a) Pautas que orientaron la elección de la carrera.
- b) Pautas que orientaron la elección del trabajo.
- c) Realización de estudios de post-grado.
- d) Importancia que asignan al prestigio profesional.
- e) Expectativas de inserción laboral y posibilidades reales.
- f) Grado de satisfacción con la carrera.
- g) Objetivos profesionales que se han planteado.

a) ELECCIÓN DE LA CARRERA:

- Pautas que orientaron a los alumnos en la elección de la carrera:
 - El 79,35% señaló la *importancia social*.⁶
 - El 70,65% señaló la *aptitud*.
 - El 7,61% la *rentabilidad*.
 - Apenas el 6,52% señaló la *vocación*.

- Pautas que orientaron a los profesionales en la elección de la carrera:
 - El 78,85% mencionó la *aptitud*.
 - El 75% la *importancia social*.⁷
 - Solamente el 9,62% consideró la *rentabilidad* (llegando a registrarse el 0% entre los egresados 1992-1994).
 - La pauta *vocación* fue considerada por el 0,96%, siendo elegida únicamente por los egresados 1972-1974.

⁶ Creemos necesario destacar que la variable "Importancia Social" puede ser interpretada según dos acepciones muy distintas que sería necesario discriminar para la correcta interpretación del dato: I.S. en el sentido de "socialmente necesario" e I.S. en el sentido de "socialmente prestigioso".

Más adelante retomaremos este concepto para subrayar la diferencia entre las distintas índoles de dicha importancia que daría lugar a distinta interpretación

⁷ Ídem a la nota precedente.

b) ELECCIÓN DEL TRABAJO:

Entre los factores que valoraron los profesionales en la elección de su actual trabajo, el 73,63% se inclinó por la *preferencia vocacional* en el área; sólo el 13,19% tuvo en cuenta la *rentabilidad*.

c) REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO:

El 54,81% de los profesionales ha realizado estudios de postgrado, mientras que el 45,19% no lo ha hecho.

d) PRESTIGIO PROFESIONAL:

El 44% de alumnos y profesionales asignaron un *alto prestigio* a la profesión. En el caso de los graduados la tendencia fue hacia la categoría *muy alto*; para los alumnos, *mediano*.

e) INSERCIÓN LABORAL:

CUADRO N° 1:

Expectativas de los alumnos y situación ocupacional de los profesionales respecto a la forma de desempeño laboral.

| Sector de desarrollo profesional | | Expectativa del estudiante | Situación ocupacional del profesional |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Independiente | solo | 2,17% | 14,81% |
| | asociado a otro prof. | 32,61% | 12,35% |
| Dependiente | sector público | 44,57% | 53,85% |
| | sector privado | 36,96% | 33,33% |

FUENTE: Fernández y Fernández: *Expectativas profesionales en Terapia Ocupacional*. p.104

La comparación pone de manifiesto que las expectativas del alumno, respecto al desempeño en forma *independiente*, no se corresponden con la situación ocupacional del graduado mientras que en el desempeño en forma *dependiente* no se registran diferencias porcentuales significativas. Se observa una expectativa relativamente alta de acceder a la Práctica Privada (en la modalidad "asociado a otro profesional") en el alumno, que no se corresponde con la realidad ocupacional del graduado.

f) SATISFACCIÓN CON LA CARRERA:

❖ RAZONES POR LAS QUE ALUMNOS Y PROFESIONALES ELEGIRÍAN NUEVAMENTE LA CARRERA:

ALUMNOS: vocación: 52,73%; rol e incumbencias profesionales: 8,18%
 PROFESIONALES: vocación: 25,58%; rol e incumbencias profesionales: 38,37%

Los graduados que volverían a elegir la profesión lo harían independientemente del grado de prestigio asignado a la misma; de que hayan realizado o no cursos de formación y actualización; como así también de que hayan satisfecho los objetivos profesionales en su mayoría (43,27%), en parte (51,92%) o ninguno (3,85).⁸

❖ RAZONES POR LAS QUE ALUMNOS Y PROFESIONALES NO ELEGIRÍAN NUEVAMENTE LA CARRERA:

ALUMNOS (36,78% en total):
 el 62,58% mencionó como motivo de disconformidad la *formación académica*
 el 25% mencionó el *rol e incumbencias profesionales*.

⁸ No se ha registrado satisfacción en la totalidad de los objetivos profesionales.

PROFESIONALES (8,51% en total):

el 25% manifestó disconformidad con el *rol e incumbencias profesionales*;
 el 25% mencionó la *formación académica y la rentabilidad*;
 el 12,5% mencionó el grado de *prestigio profesional*;
 el 12,5% la *preferencia por otra carrera*.

Tanto alumnos como profesionales mencionan al *rol e incumbencias profesionales* como una de las principales causas por las que volverían a elegir la carrera (casi el 40%), como una por las cuales no volvería a hacerlo (25%).

g) OBJETIVOS PROFESIONALES:

La siguiente es una lista de Objetivos Profesionales propuestos por los graduados que permiten conocer las prioridades que éstos se plantean como meta a alcanzar en su profesión:

CUADRO N° 2: Objetivos Profesionales propuestos por los T.O./ Lic. en T.O.

| | | |
|---|----|--------|
| 1º) Tener la posibilidad de una educación continua. | 95 | 93,14% |
| 3º) Tener una visión integradora del paciente. | 92 | 90,20% |
| 4º) Lograr una especialización. | 89 | 87,20% |
| 5º) Lograr evaluar eficazmente e implementar tratamientos correctos. | 88 | 86,27% |
| 6º) Percibir remuneración acorde con las responsabilidades y nivel académico. | 86 | 84,31% |
| 7º) Tener una inserción adecuada en el campo laboral. | 85 | 83,33% |
| 8º) Poner la profesión al servicio de la sociedad. | 82 | 80,39% |
| 9º) Tener responsabilidad por los resultados. | 82 | 80,39% |
| 10º) Lograr el respeto de la comunidad y colegas. | 82 | 80,39% |
| 11º) Alcanzar estabilidad en el trabajo. | 80 | 78,43% |
| 12º) Poder planificar el propio trabajo. | 77 | 75,49% |
| 13º) Tener posibilidades de ascenso. | 58 | 56,86% |
| 14º) Contar con el reconocimiento del paciente. | 49 | 48,04% |
| 15º) Alcanzar resultados inmediatos con el paciente. | 21 | 20,59% |
| 16º) Ocupar cargos/puestos jerárquicos. | 20 | 20,59% |
| 17º) Desarrollar habilidades manuales. | 11 | 10,79% |
| 18º) Lograr una mayor definición del rol e incumbencias. | 4 | 3,92% |

FUENTE: Fernández y Fernández: *Expectativas profesionales en T.O.* p.86.

Se destaca que en esta lista no figura el objetivo profesional de trabajar en Práctica Privada, (aunque sea a lejano plazo). También se observa que el 18º objetivo, apenas mencionado por el 3,92% de la población, en otras investigaciones adquirió un carácter preponderante. Ver referencia N° 29 de este capítulo. Por su parte, el objetivo N° 17, por considerarlo, a nuestro entender, un objetivo terapéutico, más que en relación a la profesión, lo excluimos del análisis que realizaremos a continuación.

6.3. UNA MIRADA CRÍTICA AL TERAPISTA OCUPACIONAL

El propósito de haber seleccionado y presentado estos datos ha sido, según dijimos, el de ir circunscribiendo un determinado enfoque y así aproximarnos al perfil del T.O./Lic.en T.O. desde una óptica particular: determinar cuál es su postura frente a la profesión: ¿conformista? ¿exigente? ¿expectante? ¿considera que la profesión se ha desarrollado o se está desarrollando a un ritmo adecuado? La T.O. Marta Sutter, de reconocida trayectoria en nuestro país, manifestó que atribuye a los propios T.O. **“el lento crecimiento de la profesión en la Argentina”** ya que **“por su pensamiento de ghetto tuvieron miedo de expandirse”** ⁹(26).

¿Existen indicios que nos muestren al T.O. como alguien que lucha por sus intereses y por su espacio? ¹⁰

⁹ *“Si se indaga un problema con suficiente profundidad, se encontrarán personas”*. J. Watson. *Advanced Management Journal*, January 1966- p.43.

¹⁰E. Yerxa (27) menciona, a modo de advertencia, que a lo largo de nuestra historia se han registrado intentos más o menos sutiles, desde otras disciplinas, de controlar la formación académica y aún la práctica profesional del terapeuta ocupacional y señala las consecuencias negativas que ello habría significado para nuestra profesión.

Al analizar este material nos proponemos hacer una reflexión al respecto, intentando trascender lo descriptivo y procurando hacer una lectura de cinco aspectos en particular, en función de nuestro objetivo.

1) ELECCIÓN DE LA CARRERA:

Tanto alumnos como graduados se inclinaron fuertemente por razones tales como la IMPORTANCIA SOCIAL y la APTITUD PERSONAL para capacitarse y desempeñarse en la profesión. Aparentemente, la VOCACIÓN ha sido desestimada en forma muy importante (inferior al 1%) por alumnos y graduados.

Según mencionamos oportunamente, las dos acepciones de la variable "importancia social" se prestan a interpretar diversamente el dato, en nuestra opinión, por lo que, a continuación, aclararemos debidamente el punto.

Manteniéndonos dentro del campo de la salud, ejemplificaremos a ambas acepciones mencionando "importancia social" como sinónimo de *socialmente necesario*, como ser el caso del personal de maestranza hospitalario; y, como sinónimo de *socialmente reconocido o prestigioso*, el caso del médico. Obviamente ambos son necesarios cada uno en sus funciones; pero difícilmente se considere prestigiosa la ocupación del primero, tal vez sólo por una cuestión de "estratificación" o jerarquía social que lleva a considerar importante aquello que goza de prestigio y reconocimiento social

La necesidad de clarificar este concepto surge del hecho de discriminar el juicio del T.O. al respecto: si considera importante a la Terapia Ocupacional por ser necesaria a la sociedad, (incluso solicitada por ésta) o si percibe que, además de eso, es respetada y reconocida por la misma.

2) PRESTIGIO ASIGNADO A LA PROFESIÓN:

Es interesante comparar el resultado al que arribaron Fernández y Fernández en su estudio, en el que los T.O./Lic. en T.O. consideran que la profesión goza de un ALTO prestigio, con tendencia a MUY ALTO. Dicho resultado estaría (de hecho está) en franca oposición con los diversos estudios que abordaron específicamente ese aspecto¹¹ y en los que se evidenció que la Terapia Ocupacional no goza (por lo menos no todavía) de un adecuado prestigio entre las profesiones del campo de la salud. De modo que este resultado no sabemos si responde a una visión poco realista de los T.O. o si expresa una proyección optimista del futuro de la Terapia Ocupacional.

3) RENTABILIDAD:

Este factor, llamativamente, tuvo escasa consideración entre los alumnos (inferior al 10%, llegando incluso a registrar el 0% para algunas promociones). Para los graduados, al momento de elegir el puesto de trabajo, la rentabilidad tampoco es un factor mayormente valorado alcanzando sólo el 13% de los encuestados.

Este hecho nos llama poderosamente la atención, dada la indiscutible importancia del factor económico en la vida del individuo. Si bien podemos aceptar aquello de que *"nadie debe acercarse al templo de la ciencia con el alma de un mercader"*¹² también es cierto que la realidad se nos

¹¹ Ponemos de ejemplo la bibliografía presentada en el capítulo I, brasileña y, en su mayoría estadounidense (no habiéndose hallado, lamentablemente, bibliografía nacional). En 1996, en una encuesta realizada por el Depto de T.O. de la UNMDP, también se buscó sondear el nivel del "status de la Terapia Ocupacional".

¹² Sir Thomas Browne (1605-1632)

impone enfrentándonos a necesidades "concretas". De hecho, la inmensa mayoría de las personas trabaja en primer lugar para ganarse el sustento, en segundo lugar y dentro de lo posible las personas obviamente tratan de equilibrar la necesidad (económica) con la vocación (lo preferencial) y con las posibilidades reales (los requerimientos del mercado, la capacitación individual, etc.). Creemos que esta postura no deba estar necesariamente enfrentada con la otra como si una suerte de pudor o tabú impidiera que el T.O. pudiera expresar su legítimo deseo de perseguir, entre los muchos objetivos profesionales planteados, el de obtener una ganancia económica satisfactoria; si bien en T.O. no llegue a ocurrir, como en otras profesiones, en las que para ocupar elevados cargos jerárquicos/ejecutivos se exige poseer un importante grado de ambición (como garantía de aptitud para salvaguardar los intereses de la organización de trabajo) tampoco es creíble que en T.O. no importe "trabajar por amor al arte", como sinónimo de vocación o nobleza o quizás de única moral admisible en el sagrado campo de la salud. El 8º objetivo, del cuadro N° 2, "poner la profesión al servicio de la sociedad" casi pareciera expresar: "las T.O. trabajamos ante todo para ayudar y servir al otro".

4) INSERCIÓN LABORAL:

Entre los alumnos de T.O. puede apreciarse que está cobrando importancia, si bien no en índices muy importantes, la aspiración a trabajar en forma INDEPENDIENTE (tendencia que fue corroborada en estudios análogos (28), especialmente en la modalidad "asociado a otro profesional").

Lamentablemente, esto no se corresponde con la situación ocupacional real del graduado en la actualidad. De todos modos esta

tendencia nos habla de una aspiración a la autonomía, al desarrollo profesional, de un deseo incipiente de alcanzar el reconocimiento y aumentar la rentabilidad.

5) OBJETIVOS PROFESIONALES:

Para proceder al análisis de los objetivos, de los cuales se desprenden las metas que el T.O. persigue, los hemos agrupado, para su mejor interpretación, en cinco subgrupos o categorías, según su naturaleza y en orden decreciente según la frecuencia:

5.1.) OBJETIVOS REFERIDOS AL ROL Y/O A LA RELACIÓN T.O./PACIENTE:

| | |
|--|-------|
| 3º) Tener una visión integradora del paciente | 90,2% |
| 5º) Lograr evaluar eficazmente e implementar tratamientos correctos | 86,3% |
| 8º) Poner la profesión al servicio de la sociedad | 80,4% |
| 9º) Tener responsabilidad por los resultados* | 80,4% |
| 14º) Contar con el reconocimiento del paciente | 48,0% |
| 15º) Alcanzar resultados inmediatos con el paciente** | 20,6% |
| 18º) Lograr una mayor definición del rol e incumbencias profesionales | 3,9% |

Total: 7 Promedio Porcentual: 58,5

* El 9º objetivo se ha incluido en las categorías "5.1." y "5.5." por considerárselo inherente a ambas.

** El 14º objetivo se ha incluido en las categorías "5.1." y "5.3." por considerárselo inherente a ambas.

5.2) OBJETIVOS REFERIDOS A LA RENTABILIDAD:

| | |
|--|---------------------------|
| 6º) Percibir una remuneración acorde con la responsabilidad y el nivel académico | 84,3% |
| 7º) Tener una adecuada inserción laboral | 83,3% |
| 11º) Alcanzar estabilidad en el trabajo | 78,4% |
| 13º) Tener posibilidades de ascenso *** | 75,4% |
| Total: 4 | Promedio Porcentual: 80,3 |

5.3) OBJETIVOS REFERIDOS AL STATUS:

| | |
|--|---------------------------|
| 10º) Lograr el respeto de la comunidad y colegas | 80,4% |
| 13º) Tener posibilidades de ascenso | 75,5% |
| 16º) Ocupar cargos/puestos jerárquicos | 20,6% |
| Total: 3 | Promedio Porcentual: 58,8 |

5.4.) OBJETIVOS REFERIDOS A LA FORMACIÓN Y CONDICIONES DEL EJERCICIO PROFESIONAL:

| | |
|--|---------------------------|
| 1º) Tener la posibilidad de una educación continua | 93,1% |
| 2º) Trabajar en equipo | 93,1% |
| 4º) Lograr una especialización | 87,2% |
| Total: 3 | Promedio Porcentual: 91,1 |

5.5.) OBJETIVOS REFERIDOS A LA AUTONOMIA PROFESIONAL:

*** El 13º objetivo se ha incluido en las categorías "5.2" y "5.3." por considerárselo inherente a ambas.

| | |
|--|-------|
| 9º) Tener responsabilidad por los resultados | 80,4% |
| 12º) Poder planificar el propio trabajo | 75,5% |

Total: 2 Promedio Porcentual: 77,9

A continuación los ordenamientos decrecientes según:

Promedio Porcentual

| | |
|-------|--------------------------------------|
| 91,1% | FORMACIÓN- CONDICIONES PARA EJERCER |
| 80,3% | RENTABILIDAD |
| 77,9% | AUTONOMIA |
| 58,8% | STATUS |
| 42,5% | ROL PROFESIONAL Y RELACIÓN T.O./PTE. |

Frecuencia

- 8.- ROL PROFESIONAL Y RELACIÓN T.O./PACIENTE
- 4.- RENTABILIDAD
- 3.- STATUS
- 3.- FORMACIÓN- CONDICIONES PARA EJERCER
- 2.- AUTONOMÍA

Podemos observar que los objetivos profesionales del T.O. giran, en su mayoría (7 en total), alrededor del ROL PROFESIONAL y a la RELACIÓN T.O./PACIENTE. Sin embargo no se los consideraría prioritarios por registrar los porcentajes más bajos con un promedio porcentual del 58,5%. El 18º objetivo "lograr una mayor definición del rol e incumbencias profesionales" alcanzó apenas el 3,9%; este valor señala que el T.O. no percibe esta "falta de definición" como un problema. Sin embargo, en un estudio realizado por Sachs y Labovitz (1994) (29) "*El quehacer del T.O.: alcances y límites del rol profesional*" se detectó que la dificultad hallada entre los T.O. para definir su rol profesional y también para delimitarlo (en cuanto a funciones y alcances del mismo) era causa de malestares en distintos aspectos, muy importantes. Reed y Sanderson (30) advierten sobre la necesidad de definir más exactamente el

cuerpo de conocimientos y función del T.O. para así poder determinar más claramente sus incumbencias.

La RENTABILIDAD ocuparía el 2do puesto, considerando el promedio porcentual alcanzado (80,3%). Se destaca que, llamativamente, los objetivos referidos a los ingresos o a las ganancias, fueron expresados en forma más bien indirecta, eufemística. Como ya hemos expresado, pareciera ser que existe una suerte de tabú o pudor que impide formular explícitamente el deseo de "lograr o aumentar los ingresos a través de la profesión" como si esto no fuese algo lícito o bien visto en quienes trabajan en el campo de la salud.

El STATUS aparece en 3er lugar según la frecuencia y 4to según el promedio porcentual. El 10º objetivo en particular, nos habla del deseo de los T.O. de alcanzar el reconocimiento y jerarquía debida, tal vez dictado por la necesidad de contar con el "respaldo" de una profesión, de poder contar con la "carta de presentación" que constituye el aval de una profesión reconocida.

En cuanto a la FORMACIÓN PROFESIONAL, los objetivos 1 y 4 demuestran, por sus altos índices, que el T.O. anhela formarse y especializarse debidamente. El deseo de TRABAJAR EN EQUIPO (93,1%) nos parece coherente con las altas expectativas del T.O. de trabajar en forma dependiente. Sin embargo, creemos necesario destacar la ausencia de un objetivo apuntando a acceder a la práctica privada (aunque más no sea como indicador del deseo de alcanzar renombre, incremento en los ingresos, etc.). Es más, esta omisión llama a especular sobre su posible causa: tal vez falta de ambición por escalar profesionalmente, tal vez por una actitud conformista por la que el T.O. no ve a la Práctica Privada como un espacio a conquistar, un espacio en el cual desarrollarse, ampliar y desplegar sus posibilidades.

REFERENCIAS DEL CAPITULO II:

- (1) REED, K.L.; SANDERSON, S.N.: *Concepts of Occupational Therapy*. Williams & Wilkins, 3rd edition. Maryland, 1992.
- (2) FERNÁNDEZ, V.; FERNÁNDEZ, L.: *Expectativas Profesionales en Terapia Ocupacional*. Tesis de Licenciatura en T.O., UNMDP. Mar del Plata, 1993.
- (3) McCLAIN, L.; McKINNEY, J.; RALSTON, J.: *Occupational Therapists in Private Practice*. AJOT, July 1992, Vol. 46, N° 7.
- (4) FAUST, L.; MEAKER, M.: *Private Practice Occupational Therapy in the skilled nursing facility: creative alliance or mutual exploitation?* AJOT July 1991, Vol. 45, N°7.
- (5) BERGER, P.; LUCKMAN, T.: *La construcción social de la realidad*. Ed. Amorrortu, Bs As, 1986, 5ª ed. Cap. II pp.98-103.
- (6) CHINOY, E.: *Introducción a la Sociología*. Ed. Paidós, Bs As, 1986.
- (7) FILLOUX, J.C.: *La personalidad*. EUDEBA, Bs As, 1985. p.138.
- (8) FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P.: *Tratado de Sociología del Trabajo*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1963. Cap. VI p.230.
- (9) DAVIS, Keith: *El comportamiento humano en el trabajo*. 6ª ed. (1ª en español). McGraw-Hill, México, 1983. p. 47.
- (10) MASLOW, A.H.: *A theory of human motivation*. Psychological review, Vol. 50, 1943, pp.370-396 (citado por Davis, K. op. cit. p.49).
- (11) WOFFORD, I.C.: *The motivational bases of job satisfaction and job performance* "Personal Psychology", Autumn 1971. pp.501-518. (citado por Davis K.op. cit. p.55)

MAHMOUD A. WAHBA; BRIDWELL, L.: *Maslow reconsidered: a review of research on the need hierarchy theory*, Academy of Management Proceedings. 1974 pp.514-520 (citado por Davis, K. *op.cit.* p.55).

- (12) HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B.: *The motivation to work*. New York; John Wiley & Sons, Inc. 1959. (citado por Davis K. *op.cit.* p.60)

HERZBERG Frederik: *Work and the nature of man*. The World Publishing Company. Cleveland 1966. (citado por Davis K. *op.cit.* p.60)

- (13) EVANS, M.G.: *Herzberg's two-factor theory of motivation: some problems and a suggested test*. "Personnel psychology" Summer 1971 pp.155-189. (citado por Davis K. *op.cit.* p.62)

- (14) DAVIS, K.: *op.cit.* p.57.

- (15) GRUNENBERG, M.M.: *Job satisfaction*. New York; John Wiley & Sons, Inc. 1976 (citado por Davis, K. *op.cit.* p.88.

NEAR, J.; RICE, R.; HUNT, R.: *Work and extra-work correlates of life and job satisfaction*. Academy of Management Journal. June 1978. p.248-264.

- (16) LOWER III, E.; PORTER, L.: *The effect of performance on job satisfaction*. Industrial Relations. October 1967 pp.20-28. (citado por Davis K. *op.cit.* p.90)

- (17) VAZQUEZ VIALARD, Antonio: *op.cit.*

PORTER LYNNMANN, N.; LAWER, E.; HACKMAN, R.: *Behavior in Organizations*. New York: McGraw-Hill Book Company 1975 pp.248-252.
(citado por Davis, K. *op.cit.*; Cap 14: Calidad de vida en el trabajo pp.309-313)

- (18) VROOM, Victor.: *Work and Motivation*. New York, Wiley & Sons, 1964.
(citado por Davis, Keith; *op.cit.* pp. 69-73.)

- (19) BANDURA, A.: *Self-efficacy: toward a unifying of behavioral change*. Psychological Review, 84 (2) 1977, 101-215.

BANDURA, A. & ADAMS, N.: *Analysis of self-efficacy theory of behavioral change*. Cognitive Therapy and Research. (1) 1977; 287-310.

Citado por Bush, Powell, Herzberg: *Career self-efficacy in Occupational Therapy*. AJOT 1993, Vol. 47, N° 10 pp. 927-933.

(20) DAVIS, K.: op.cit.; p. 49-62.

(21) DAVIS, K.: op.cit.; p. 30.

(22) BANDURA, A.: *Self-Referent thought: A developmental analysis of self-efficacy*. In Flavell & L.Ross (Eds); *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. New York: Cambridge University Press. 1981; 200-239.

BANDURA, A. & SHUMK, D.: *Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation*. 1981; 45; 586-598.

BANDURA, A.: *Self-efficacy mechanisms in human agency*. 1982; 37; 122-147.

BANDURA, A.: *Social foundations of thought and action*. 1986; Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

BANDURA, A.; LIOFFI, D.; TAYLOR, C.B. & BROUILLARD, M.E.: *Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation*. Journal of Personality and Social Psychology. 1988; 55; 479-488.

Citado por Bush, Powell, Herzberg: *Career self-efficacy in Occupational Therapy*. AJOT, 1993, Vol. 47, N° 10, 927-933.

(23) FILLOUX, J.: *La personalidad*. EUDEBA, Bs As , 1985.

(24) DAVIS, K.: op.cit.; pp.293-299.

(25) FERNANDEZ, Luisa; FERNANDEZ, Verónica: op.cit.; p.75.

(26) SUTTER, Marta: MATERIA PRIMA, año 0, N°1, Jun-Ago 1996.

(27) YERXA, Elizabeth: *Who is the keeper of Occupational Therapy's practice and knowledge?* AJOT, 1995, Vol. 49, N° 4.

- (28) McCLAIN, Linda; McKINNEY, Julia; RALSTON, Julie: *Occupational therapists in private practice*. AJOT, July 1992, Vol.46 N° 7.
- (29) SACHS, Delia; LABOVITZ, Deborah: *The caring occupational therapists: scope of professional roles and boundaries*. AJOT, July 1994, Nov Vol. 48.
- (30) REED, K. L.; SANDERSON, S.N.: op.cit.

CAPITULO III

PRÁCTICA PRIVADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PRACTICA PRIVADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

A partir del análisis basado en los materiales hallados, el sondeo que realizamos entre los médicos cuyas especialidades los colocaba como posibles "derivantes" de pacientes a T.O. y aún en las informaciones recabadas por vías no sistematizadas o informales entre varios T.O., queremos destacar, sin por ello negar la influencia de otros, algunos aspectos que, según creemos, inciden en las posibilidades de acceder y/o mantener la Práctica Privada:

1. *En el orden interdisciplinario*
2. *en el orden jurídico-legal*
3. *en el orden administrativo*
4. *en el orden socio-económico*

A continuación desarrollaremos cada uno de estos puntos relacionándolos con nuestro tema y fundamentando dicha relación.

1. FACTORES DE ORDEN INTERDISCIPLINARIO:

A la luz de la información obtenida, pudieron comprobarse hechos tales como:

A continuación desarrollaremos cada uno de estos puntos relacionándolos con nuestro tema y fundamentando dicha relación.

1. FACTORES DE ORDEN INTERDISCIPLINARIO:

A la luz de la información obtenida, pudieron comprobarse hechos tales como:

- ❖ Los médicos no poseen un adecuado conocimiento de las funciones, incumbencias y campos en los cuales se desempeña el terapeuta ocupacional, por ende las derivaciones a T.O. no alcanzan niveles satisfactorios.
- ❖ Se ha comprobado un escaso interés entre los mismos por profundizar los conocimientos acerca de la Terapia Ocupacional y que además, dichos conocimientos fueron adquiridos principalmente por vías informales, es decir, inexactas o incompletas, por lo general.
- ❖ El rol del T.O. es muchas veces trivializado y/o distorsionado ya que es visto o considerado un maestro de manualidades sin otro fin más que el de distraer al paciente, sin atribuirsele un propósito ni un respaldo científico a su quehacer.¹⁸
- ❖ La derivación de pacientes a T.O. por parte de los médicos es escasa.

1.1. LA DERIVACIÓN MÉDICA

¹⁸ Más adelante, presentaremos una interesante tesis formulada por T.O. norteamericanas acerca del posible origen de la baja valoración del rol del T.O.

La Asociación Norteamericana de Terapistas Ocupacionales (AOTA), a fin de clarificar su postura oficial en relación a la cuestión "derivación", elaboró un Estatuto de la Derivación a Terapia Ocupacional (1)(2) y define a la derivación como la solicitud formal inicial de servicios o también a la indicación de modificar la graduación y orientación de dichos servicios. AOTA no concuerda con la derivación como requisito legal obligatorio para que el T.O. ejerza sus funciones aunque, estando esto legalmente establecido, exhorta a los T.O. a atenerse a dichas leyes. También en Argentina la derivación médica es el requisito legal que se exige al T.O. para que preste sus servicios. Esta solicitud formal es requerida incluso por las obras sociales y mutuales debiéndose adjuntarla a las correspondientes facturaciones a fin de cumplimentar el pago de las mismas.

Reed y Sanderson (3) hacen referencia a los términos *derivación* y *prescripción*. Muchas veces éstos son tomados como sinónimos, sin embargo la "derivación" es un pedido formal del médico al T.O. para que éste evalúe y, en base a ello decida acerca del plan terapéutico a instrumentar. La "prescripción" por su parte consiste en la indicación, por parte del médico, de cuáles objetivos son posibles de alcanzar, en cada caso particular, a través de T.O. Se admite que en la práctica diaria lo que ocurre es una suerte de "mezcla" de ambos, sobre todo en instituciones. Obviamente, destacan las autoras, vuelve a evidenciarse la cuestión de que **"muchos médicos no poseen los suficientes conocimientos acerca de T.O. como para decidir criteriosamente qué se puede y qué no se puede trabajar o lograr en T.O."** También enfatizan el hecho de que "los médicos no están entrenados, desde su formación, a trabajar con otras disciplinas".(4)

Deitch, Gutman y Factor (5) ahondaron acerca de **cuáles son los medios por los que los médicos obtienen información acerca de T.O.; determinar la relación entre el grado de conocimientos y la proporción o frecuencia de derivaciones** y también **sondearon acerca del grado de importancia asignado por los médicos a T.O.**

Siendo que el T.O. depende del médico como fuente primaria de derivaciones, es preocupante que éste no conozca claramente las funciones, roles e incumbencias del mismo. ¿Es posible que esta circunstancia (el desconocimiento del médico por un lado y la necesidad del T.O., por otro, de ser conocido por éste) coloque a la profesión en una situación de emergencia? Cuanto menos, no sería exagerado afirmar que, indudablemente sí constituiría un primer gran obstáculo por disminuir la frecuencia de derivaciones, ya que por lógica, sería absurdo que un médico derivara a alguien de quien desconoce las incumbencias, las funciones y aplicaciones.

Deitch et.al. partieron de la base de que el conocimiento puede ser logrado por dos vías: formal e informal. La 1ª estaría dada por la información obtenida mediante el contacto con la práctica de algún terapeuta ocupacional; la lectura bibliográfica o la asistencia a seminarios. La 2ª engloba el contacto con terapeutas pero en ámbitos informales (charlas informales en cafés, ascensores, unidades de servicios), información provista por otros profesionales de la salud ajenos a T.O. o terceros como ser pacientes, amigos, familiares, etc.

Un total de 115 médicos fueron encuestados en el T. Jefferson University Hospital, Philadelphia, incluyendo distintas especialidades: 9 dermatólogos, 11 radiólogos, 14 de medicina interna, 8 de medicina de

emergencia, 13 de medicina familiar, 15 de ginecología, 10 fisiátras, 13 ortopedistas y uno que no especificó es área a la cual pertenecía.

Los resultados hallados fueron los siguientes:

- **VARIABLES ASOCIADAS CON LA CREENCIA DE POSEER CONOCIMIENTOS ACERCA DE T.O.:**

El 60% contestó haber visitado u observado servicios de T.O.; el 38% refirió que no lo hacía; el resto no contestó.

El 35% manifestó haber leído bibliografía, otros leyeron trabajos o informes describiendo el rol profesional del T.O. Otros recibieron informaciones por algún T.O. pero en la mayoría de los casos esto ocurrió en ámbitos informales (ej. cafeterías). Otros obtuvieron sus conocimientos mediante el contacto directo con un terapeuta por haber sido pacientes ellos mismos, o algún familiar, de todos modos este último índice resultó ser estadísticamente insignificante.

Solamente el 16% de los contactos ocurren en contextos más formales como ser reuniones de equipo, comités de evaluación o tratamiento.

En base a los datos obtenidos se concluye que **los médicos adquieren información acerca de T.O. por vía informal casi exclusivamente.**

Al preguntar si consideraban suficiente sus conocimientos sobre T.O. como para derivar pacientes, el 50% contestó NO, el 48% contestó SI, el 2% no contestó.

El 66% indicó que sería útil la implementación de seminarios donde se explicaran y demostraran las funciones y procesos terapéuticos en T.O. El

49% manifestó que habría preferido dicho programa de seminarios durante la formación universitaria mientras que el 40% lo preferiría durante la residencia.

- **VARIABLES ASOCIADAS A LA REALIZACIÓN DE DERIVACIONES:**

Al examinar la relación entre *conocimientos* y *derivaciones* se halló que ésta no era estadísticamente relevante mientras que otras variables, como por ejemplo: "*contacto con algún T.O.*" y "*solicitud de derivación a T.O. por parte de otro profesional ajeno a T.O.*" poseían mayor peso estadístico. El 20% refirió recibir pedidos de derivación por parte de los mismos T.O. El 60% informó haber realizado derivaciones a T.O. aunque no se hace referencia a la frecuencia de las mismas.

- **FACTORES RELACIONADOS CON EL DESEO DE LOS MÉDICOS DE PROFUNDIZAR CONOCIMIENTOS ACERCA DE T.O.:**

Los residentes que consideraban poseer conocimientos suficientes como para derivar pacientes, creían necesario asistir a seminarios y charlas.

Otros manifestaron no desear asistir a seminario por considerar poseer suficientes conocimientos.

- **GRADO DE IMPORTANCIA ASIGNADO A T.O.:**

Las áreas en las que se consideró **altamente** importante T.O. fueron, en el siguiente orden: rehabilitación de la mano, rehabilitación general, retardo mental, ortopedia y lesiones cerebrales. Las áreas o patologías en las que se atribuyó un valor **medio** al aporte de T.O. fueron: geriatría, disminuidos visuales, cardiología, oncología, pediatría, diabetes, SIDA, afecciones pulmonares, escolaridad especial, psiquiatría, drogadicción. La única área en la que fue considerado **bajo** el aporte de T.O. fue en medicina de emergencia.

Las autoras destacan la existencia de cierta ambigüedad y distorsión en los conceptos particularmente en lo concerniente a psiquiatría, oncología, diabetes, SIDA, afecciones pulmonares, disminuidos visuales y abuso de drogas. También citan datos provenientes de una investigación promovida por la Asociación Norteamericana de Terapistas Ocupacionales (*Survey of Perceptions* by AOTA, 1980) en la cual se investigó cómo los médicos percibían la Terapia Ocupacional: poco menos del 50% de los encuestados logró identificar la escolaridad especial y cuidados intensivos como espacios en los que puede trabajar el T.O.

DISCUSIÓN:

Las autoras plantearon 3 hipótesis que fueron finalmente confirmadas: a) los médicos obtienen sus conocimientos acerca de T.O. por vía principalmente informal; b) los médicos presentan cierto grado de ambigüedad en sus conocimientos respecto al rol y funciones del T.O. y c) **los médicos realizan un bajo número de derivaciones a T.O.**

Aparentemente la existencia de ciertos protocolos incluidos en determinados programas de residencia, dentro de cada especialidad, hacen que la derivación se dé como parte del abordaje al paciente (como en el caso de lesionados de MMSS, ACV, etc.) mientras que otros pacientes, (por ej. aquellos con disfunciones secundarias al cáncer, diabétes, SIDA, etc.) por estar incluidos en otros programas, diversamente estructurados, no tendrían acceso a T.O. Los médicos se ajustarían a estos programas absteniéndose de derivar a T.O., tal vez porque, independientemente de lo previsto en un programa, deberían profundizar un poco más en la filosofía de la Terapia Ocupacional y lo relacionado con su área de influencia. El hecho de que consideren poco

significativo el aporte de T.O. en áreas como oncología, geriatría, disminuidos visuales, SIDA, etc. puede responder a una falta de información más que a una opinión debidamente fundamentada.

Estos postulados que acabamos de enumerar no son muy alentadores ni satisfactorios sin embargo no se pueden negar puesto que emergieron como hallazgo de distintos estudios. Lo cierto es que estos hechos operan en detrimento de la Terapia Ocupacional pudiendo limitar en incluso marginar al T.O. ya que cabe preguntarse entonces si sus evaluaciones, informes e indicaciones en Historia Clínica y/o reuniones de equipo son tenidas en cuenta por los otros profesionales (sin mencionar el hecho de que ésto sea percibido incluso por el paciente mismo y/o sus familiares). Lazarfeld et. al. (6) hacen referencia a la correlación entre el prestigio de una profesión y el grado de influencia que ésta posea. Además recordemos que en una institución, el paciente como rutina es visto y evaluado por todos los profesionales; muy distinto es cuando se trata de un paciente ambulatorio, en cuyo caso el médico evalúa muy cuidadosamente cuándo derivar, por qué y a quién, sumado al hecho, harto conocido, de que los médicos suelen ser muy poco proclives a "desprenderse de su paciente".(7)

Si a ésto sumamos el desconocimiento y/o conocimiento erróneo acerca de la Terapia Ocupacional (sea cual fuere su origen), se explicaría en alguna medida la escasez de derivaciones a T.O.

Hecho este planteo, cabe preguntarse dónde radica la o las causas de estos fenómenos. ¿Qué origina el prejuicio generalizado por el que se observa una tendencia a minimizar el aporte del T.O.? Supuestamente éste

tiene múltiples aplicaciones y campos de acción muy diversos entre sí, ¿es posible que esto lleve a una débil o desdibujada identidad e imagen profesional? ¿es posible que la dificultad que aparentemente existe en el "otro" para percibir e identificar al T.O. radique en que éste no logra transmitir claramente en su quehacer el propósito y fundamento científico que lo sustenta? Recordemos que Cunietti et.al. (8) llamaron la atención sobre el hecho de que aquellos encuestados que demostraron tener erróneos y/o escasos conocimientos acerca de las funciones del T.O., precisamente habían llegado a ese conocimiento a través de la observación directa del desempeño del T.O. Esto haría pensar que los medios terapéuticos implementados por el T.O. no muestran relación con el fin perseguido. Por lo tanto podríamos preguntarnos si el T.O. realmente refleja una adecuada imagen profesional.

Otro tema polémico: ¿el T.O. practica el principio ético que predica limitarse a atender pacientes exclusivamente dentro del área en la que se ha especializado? En la Argentina no existe la "especialización" en T.O. propiamente dicha puesto que no hay organismos oficiales que avalen la formación específica en cada área, como sí ocurre en otros países, sin embargo, aún en países donde el T.O. posee certificación de su especialidad encontramos esta "tendencia" a atender en distintas áreas. Reed y Sanderson (9) hacen referencia a la "facilidad" con que algunos terapeutas atienden patologías de distintas especialidades (cuestionable desde el punto de vista ético) y que debido a ello, el T.O. se habría ganado el mote de ***"conocedor de muchos pero experto en ninguno"*** ¹⁷.

¹⁷ N.d.T.: traducción literal de un adagio inglés.

De ninguna manera está en nuestra intención hacer apología a la falta de ética pero sí nos parece necesario destacar una realidad de lo que ocurre en gran parte de nuestro país, y es que, en la mayoría de las provincias del interior, el número de T.O. es ínfimo, hay cifras (no definitivas) que hablan de una concentración demográfica de T.O. que oscila de 1 a 5 profesionales por provincia. Esto hace que sea imposible, en muchos casos, la derivación médica al T.O. especializado (o la derivación del mismo T.O. al colega especializado); entonces, forzosamente el T.O. se enfrenta a la disyuntiva de dejar sin atención una gran demanda o, por otro lado, incursionar en campos en los cuales no existe experiencia práctica (10). Afortunadamente, en La Rioja, Santa Fe y sobre todo Capital Federal y Pcia de Buenos Aires, el número de T.O. es muy superior por lo que no se justifica en modo alguno la "usurpación" de áreas en la que no se está especializado y sí se subraya la importancia y el beneficio (no sólo para el paciente, sino para la profesión también) de respetar el mencionado principio ético y, salvo en casos de imposibilidad real y concreta (poblaciones carenciadas y alejadas de los centros de atención como a la que nos referimos previamente), derivar al T.O. competente en el área en particular.

De esta manera dejamos planteada una reseña de los malestares referidos al T.O. y a la Terapia Ocupacional en lo concerniente al **reconocimiento y jerarquía profesional**, malestares que se traducen u observan en los otros (léase profesionales ajenos a T.O.) bajo la forma de desvalorización, prejuicios, falta de interés por informarse acerca de, falta de derivaciones, etc).

2. FACTORES DE ORDEN JURÍDICO-LEGAL:

64

Los problemas a los que nos hemos referido, aunque de por sí ya suficientes, no son los únicos que operan en desmedro de la Terapia Ocupacional. Existen otros factores, de distinta índole que también influyen en mayor o menor grado, directa o indirectamente y que conllevan a producir una resultante que, a nuestro entender, afecta tanto al profesional como a la profesión: la falta de una ley de ejercicio propia, la falta de colegio. **El hecho de no poseer ni ley ni colegiación** (hecho que ocurre en profesiones incluso de menor nivel, como ser carreras no universitarias) **puede minar o atentar contra la imagen y el nivel o status de la profesión.**

Desde 1976 funciona en la ciudad de Mar del Plata la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales (AMTO), entidad de carácter civil y científico creada a los efectos de promover, difundir y jerarquizar la profesión. Sin embargo, muchos de los fines para los cuales fue creada no pudieron concretarse debido a la falta de recursos tanto humanos como materiales llegando incluso a peligrar su misma subsistencia. Pero afortunadamente, por medio de sus gestiones está en vías de aprobarse la Ley de Ejercicio Profesional para la Pcia de Bs As.

La aprobación de dicha ley otorgará al fin la debida organización colegiada, lo que a su vez permitirá que la Terapia Ocupacional obtenga finalmente la jerarquía legal imprescindible con que debe contar toda organización profesional para un mejor logro de sus cometidos.

Para elaborar el proyecto de ley, en AMTO tomaron como antecedente y modelo a la Ley de Ejercicio Profesional 5511 de la Pcia de

La Rioja (11) donde funciona el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de La Rioja (primero y único en el país hasta la actualidad).

La existencia de un colegio implica la obligación de matricularse y su jurisdicción abarca todo el territorio Provincial. El colegio se reserva el derecho de otorgar y controlar las matrículas; velar por que se cumplan los principios éticos en el desempeño de sus matriculados; aplicar sanciones disciplinarias; organizar cursos, congresos, etc. para la difusión y jerarquización de la profesión.

Una asociación, por su parte, es una entidad que también posee personería jurídica y nuclea en forma no obligatoria a los terapeutas ocupacionales, residentes o no en la ciudad; organiza, al igual que un colegio, seminarios, cursos, etc, destinados a profesionales y estudiantes y también procura promover y difundir la profesión.

La necesidad de contar con una ley de ejercicio propia y el correspondiente colegio se evidencia al considerar el avance de la profesión y el aumento del número de egresados. Haciendo un poco de historia vemos que las diversas profesiones del campo de la salud, progresivamente han ido creando sus propias normas de ejercicio profesional desprendiéndose de la Ley Nacional 17.132, actualmente vigente y reguladora del quehacer profesional del T.O. Esta Ley incluía todas las disciplinas del campo de la salud existentes hasta 1967 y su base conceptual se inspiró en la hegemonía del modelo médico, lo que a su vez explica la necesidad de contar con la prescripción médica para brindar atención, la restricción de áreas del ejercicio, el marcado acento rehabilitador, la limitación del desempeño en niveles de planificación y de atención, etc. (12)

Según dijimos, hasta la actualidad existe, llamativamente por cierto, una única Provincia, La Rioja, que desde 1990 cuenta con Ley de Ejercicio propia y el correspondiente Colegio. AMTO está haciendo lo propio para la Pcia de Bs As; en Capital Federal, donde ejercen 347 T.O., recién a partir de 1994 se ha comenzado a trabajar en el proyecto de ley tomando como base las distintas leyes y reglamentaciones de otras profesiones tales como Kinesiología, Enfermería, Psicología y Trabajo Social. (13)

Cabe destacar que la obtención de estos logros como ser la creación de colegios y leyes propias (algo con que cuentan hasta los podólogos, con el respeto que merece esta profesión también), como así también, según ya se ha mencionado, la falta de certificados académicos y legales que avalen la formación específica del T.O., es algo que recae exclusivamente en los T.O. y que también son ellos mismos los únicos perjudicados por su falta. Es necesario admitir que esta falta de iniciativa no cabe atribuirle más que a la pasividad de los mismos T.O.

3. FACTORES DE ORDEN ADMINISTRATIVO:

Otros factores que si bien no constituyen de por sí motivo de malestar en la profesión como los precedentemente mencionados pero que sí deben tenerse muy en cuenta a la hora de incursionar en la actividad privada, son todos aquellos gastos originados por la actividad misma, y las obligaciones que de ella derivan. El cumplimiento de dichas obligaciones implica, como condición *sine qua non* que los ingresos provenientes de la Práctica Privada alcancen y mantengan un nivel aceptable de rentabilidad para justificar la actividad misma.

Los gastos y obligaciones en los que incurre el T.O. que se desempeña en Práctica Privada son los siguientes:

- a) alquiler, equipamiento y mantenimiento del consultorio
- b) obligaciones ante los entes de Previsión Social
- c) obligaciones ante los entes de Recaudación Impositiva

a) El consultorio puede instalarse en una casa o departamento y en tal caso será necesario hacer frente a los gastos de habilitación, equipamiento e instalación (secretaria, muebles para su acondicionamiento y materiales o accesorios según la especialidad del T.O. Muchas veces el consultorio es alquilado en lo que se da en llamarse *consultorios asociados* (profesionales de distintas especialidades atienden en consultorios compartidos), en este caso el T.O. estipula el alquiler de un consultorio ya equipado, para determinados horarios y días, solamente deberá procurarse los materiales y elementos específicos para su desempeño según la especialidad. El alquiler incluirá las expensas donde se prorratan los gastos de impuestos y servicios de los consultorios entre los profesionales concurrentes.

Otra posibilidad es el alquiler de un consultorio en una clínica privada elevando una petición al Consejo Directivo que evalúa las admisiones de los profesionales solicitantes. En el caso de ser admitido, y luego de un período (provisorio) determinado, el profesional debe adquirir cierto número de acciones (*piso accionario*) lo cual demanda, muchas veces, una ingente inversión financiera. Sin embargo esta inversión asegura también la derivación de pacientes por parte de los otros profesionales-socios de la clínica. Tanto el monto del alquiler definitivo como los horarios de disponibilidad del consultorio

serán fijados teniendo en cuenta el promedio de facturación mensual que el profesional haya alcanzado durante su período de admisión provisoria.

b) El trabajador independiente o autónomo debe cumplir con obligaciones ante los entes de Previsión social pudiendo optar entre la jubilación estatal o la AFJP (Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones) de su elección.

c) Otro requisito a cumplimentar es el de solicitar en DGI (Dirección General Impositiva) la correspondiente Clave Unica Identificatoria Tributaria (CUIT) e inscribirse en los impuestos que correspondieran según cada caso particular:

a) Impuestos Nacionales: Impuesto al Valor Agregado (IVA y Ganancias) y cumplir con los requisitos establecidos por la Resolución General 3419 (y sus modificaciones) que exige la extensión obligatoria de una factura (tipo "A" en el caso del T.O.) por cada prestación. Con respecto al IVA, si sus ingresos anuales superan los 36.000\$ puede optar por ser Responsable No inscripto o Inscripto (en ambos casos puede o con corresponder la inscripción en ganancias, según sean sus ingresos, cargas familiares, etc.). Si sus ingresos anuales no superan dicha suma puede optar por ser Responsable Inscripto en IVA o ingresar al Régimen Simplificado (monotributo) dentro del cual a su vez existen tres categorías. Este impuesto ya comprende IVA y Ganancias.

Existen otros impuestos nacionales que están en función del patrimonio de cada contribuyente y dependiendo del mismo habrá que analizar si corresponde o no la inscripción en estos impuestos.

b) Impuestos Provinciales: el profesional residente en la Pcia de Bs As deberá inscribirse en la Dirección Provincial de Rentas y tributar bimestralmente una alícuota (3,5%) determinada sobre lo percibido en concepto de honorarios (ingresos brutos).

4. FACTORES DE ORDEN SOCIO-ECONÓMICO

Bajo este inciso se engloban tres aspectos estrechamente relacionados entre sí por el factor económico pero que, para su mejor desarrollo, se desglosarán debidamente.

4.1. Convenios con Obras Sociales

Existen dos cuestiones muy importantes que merecen destacarse:

- a) la existencia de **un único código para las prácticas de T.O.**, sin diferenciación alguna de las distintas prestaciones propias de cada área en la que pueda desempeñarse un T.O.,
- b) los **bajos aranceles que hacen insostenible la P.P.** basada en honorarios tan poco rentables

Con respecto al primer inciso, es sabido que en el Nomenclador Nacional del Ministerio de Salud los T.O. cuentan con un sólo código, el 250103, bajo el cual realizan las correspondientes facturaciones ante las distintas Obras Sociales. Se destaca que no existe una diferenciación de prácticas según las distintas especialidades, de modo que, en la actualidad, los T.O. facturan bajo ese único código sea cual fuere su área de desempeño (rehabilitación física, psiquiatría, etc).

Resulta hasta irónico constatar que, precisamente una profesión tan "variada" como T.O., a los ojos de los demás es vista como..... "todo lo mismo".

Aparentemente, IOMA habría solicitado a la AMTO un listado de las prácticas del T.O. para su oportuna codificación. Esta tarea de revisión y codificación de prácticas se está realizando en forma conjunta por IOMA y AMTO.

Se señala que hasta el año 1983, T.O. poseía un código más, el 310101, específico del área de psiquiatría, sin embargo, el Ministerio de Salud resolvió quitar dicho código reservándolo para los médicos psiquiatras. Desde la AMTO se realizó una protesta a través de cartas documento pero finalmente el resultado fue negativo.

Mientras que otras profesiones logran más códigos (por ej. en kinesiología poseen múltiples códigos: para la aplicación de rayos, tracciones, ejercicios, etc), especializaciones formal y académicamente reconocidas por organismos oficiales (otro hecho que contribuye a la existencia de un conocimiento y **reconocimiento** de la profesión y del profesional mismo) ¿por qué en T.O. en lugar de avanzar se retrocede? Indudablemente el esfuerzo de un reducido número de profesionales no es suficiente sin el apoyo y compromiso más firme y masivo de la comunidad de profesionales.

4.2. Honorarios del T.O. /LIC. en T.O.

En cuanto a este punto, demás está decir que los bajos aranceles otorgados por las obras sociales hacen económicamente imposible la atención

sin que el paciente abone en forma particular los honorarios fijados por el T.O. Es necesario destacar, sin embargo, que es reducido el número de T.O. que accede al "privilegio" de fijar honorarios acordes a su trayectoria. Lo que ocurre muchas veces, y en vista de la situación económica generalizada en la que vive nuestro país, el T.O. y el paciente llegan a un acuerdo considerando el número de sesiones que requerirá el tratamiento. También debemos recordar que un gran número de T.O. en P.P., debido a la necesidad de "conservar" los pacientes, se ven obligados a reducir los honorarios, hecho que en definitiva resulta un cuchillo de doble hoja: por un lado, al no hacer que aumente el número de derivaciones, se ve seriamente afectada la rentabilidad misma de la P.P., y el T.O. termina trabajando, en algunos casos, por cifras realmente irrisorias para un profesional. Además, otra consecuencia negativa que este hecho acarrea es que, la existencia de T.O. que atienden por tan bajos honorarios, también contribuye a socavar la imagen de la profesión, al prestigio de la misma y de los profesionales. Esto, por cierto, tiene correlato directamente con el valor y utilidad que puedan otorgarse a los tratamientos de Terapia Ocupacional.

A fin de contener y limitar este fenómeno perjudicial, en la AMTO a partir de reuniones y debates, resolvieron proponer un límite mínimo de honorarios, dignos de un profesional, a ser respetados por toda la comunidad de profesionales.

4.3. Posibilidades económicas del Paciente

Como se desprende del párrafo anterior, la situación socioeconómica de los pacientes, también influye en las posibilidades de que éste pueda

acceder y costear un tratamiento. Es necesario tener en cuenta que en nuestro país las coberturas sociales son deficientes y la situación económica del grueso de la población es incierta, esto hace que una gran porción de la misma no goce de la debida asistencia sanitaria, en todos sus niveles. En muchos casos, por ejemplo, pasado el periodo agudo (prevención secundaria), se dificulta mucho el seguimiento de una adecuada atención (prevención terciaria), en la que prima el proceso de rehabilitación. De modo que el tratamiento de T.O. muchas veces es inaccesible para personas que no cuentan con medios económicos, educacionales y sociales que lo permitan. Incluso, según pudimos recabar, en los casos de familias que se ven obligadas a costear tratamientos de distintas especialidades médicas y paramédicas, forzosamente éstas terminan seleccionando aquellas que alcancen a cubrir sus posibilidades, muchas veces juzgando a partir del grado de indispensabilidad que otorguen al tratamiento y objetivos de cada profesional. Y aquí es donde suele perjudicarse el T.O., puesto que muchas veces en estos casos, un fonoaudiólogo o un kinesiólogo, por ejemplo, aparentemente, logra "mostrar" o hacer ver sus objetivos y sus métodos más eficazmente.

UNA "TEORÍA" ACERCA DE T.O.

Hasta aquí hemos mencionado cuestiones que pueden relacionarse a la Práctica Privada en T.O. (como ser los factores administrativos -burocráticos, jurídicos, etc.); pero otras cuestiones, como el status o la identidad de la Terapia Ocupacional, creemos que conciernen a todo T.O., cualesquiera que sean su área y categoría laboral (dependiente o independiente). Estas otras cuestiones (status, Identidad de la Terapia Ocupacional) posiblemente arrastren

influencias de fenómenos más sutiles, es decir, a un nivel menos tangible, por lo que puede intentarse teorizar acerca de una causa primigenia que origine la falta de una debida jerarquización.

TERAPIA OCUPACIONAL: ¿UNA PROFESIÓN FEMENINA?

¿Puede decirse de la Terapia Ocupacional que se trate de una profesión "femenina"? En tal caso ¿cuáles serían las causas y, sobre todo, las consecuencias?

Sabemos que el lugar de la mujer en la sociedad ha evolucionado y que ésta ha obtenido grandes logros, especialmente en las últimas décadas, teniendo en cuenta que solamente hasta principios de siglo sus únicas funciones eran las de madre y ama de casa. La idea de convertirse en profesional era casi un sueño(14). Sin embargo la salida laboral de la mujer comenzó a través de "oficios femeninos" relacionados a lo gastronómico, textil, etc. También las puericultoras y maestras jardineras surgieron como extensiones de las tareas "propias" de la mujer. Ninguna de estas profesiones u oficios gozan de lo que se dice un prestigio o status social.

Las mujeres que decidieron incursionar en profesiones por tradición "masculinas" (por ende "importantes") encontraron grandes resistencias. La discriminación aún hoy existente es un hecho indiscutible (ej. la desigualdad de salarios por iguales tareas). El "techo de vidrio" con el que se encuentran las mujeres que desean ocupar cargos jerarquizados es innegable. Aún en los países desarrollados los porcentajes de mujeres en cargos jerárquicos son bajísimos. Ocurre que la discriminación no se da actualmente en forma explícita sino a partir de situaciones estructuradas, como un fenómeno de efectos

sistémicos y organizativos donde interactúan intereses y normas institucionales (15). La perpetuidad de estas situaciones lleva a que aquellos (en este caso, aquellas) que son excluidos o marginados acepten su posición en el orden de las cosas existentes, ya sea porque no pueden encontrar una alternativa o porque lo ven como algo natural¹⁸.

En pocas palabras podría sintetizarse de la siguiente manera: la mujer que desea ocupar cargos o profesiones "importantes" (comúnmente ejercidas por los hombres) se encuentra limitada por la discriminación y marginación; a su vez, las profesiones "femeninas" no son objeto de gran valorización social.

El hecho es que la Terapia Ocupacional es ejercida casi exclusivamente por mujeres. En EE.UU. casi el 95% de los T.O. asociados a AOTA son mujeres y si nos basamos en el listado de asociados a AMTO, podemos inferir que en Argentina este porcentaje debe ser aún mayor. Recordemos que existen investigaciones (16) que han estudiado los motivos por los cuales los T.O. hombres abandonaban la profesión o planeaban hacerlo, entre las causas principales mencionaron: el bajo status de la profesión, incomodidad por desempeñar un rol no compatible con su naturaleza masculina (*conflict role*).

Los datos que presentamos a continuación desarrollan convenientemente los conceptos planteados. Sachs y Labovitz (17) hallaron entre los T.O. gran dificultad tanto para definir su rol profesional e incumbencias como así también para delimitarlos.

¹⁸ Luces, 1985; "la más insidiosa y eficaz utilización del poder consiste en impedir que el conflicto aflore".

Las autoras postulan como causa de esta dificultad, la adhesión a la visión holística ¹⁹ que guía el quehacer de los T.O. que manifestaron "sentirse llevados a atender a las necesidades del paciente" al ser interrogados sobre el objetivo de su rol. ²⁰

Según las autoras el origen de esta postura estaría dado por la interpretación particular que los T.O. hacen del concepto holístico y sobre cuya base elaboran luego las definiciones de T.O., caracterizadas por su amplitud y por ende las "todoabarcadoras" definiciones del rol profesional. ²¹ Así mismo plantean la posible relación entre este fenómeno (vaguedad y ambigüedad para definir y delimitar el propio rol) con la aparente dificultad que existe entre los profesionales de la salud de otras disciplinas para percibir clara y verazmente el rol del T.O.

Este hecho, además de evidenciar un problema a resolver, también aparece como uno de los factores causantes del relativamente bajo status asignado a la T.O. por los otros profesionales y la concepción que éstos poseen del T.O. y sus funciones.

Efectivamente, esta ambigüedad y vaguedad de los T.O. podría considerarse como un factor intrínseco que, concomitantemente con otros, de carácter extrínseco, llevan al bajo status de la T.O.

¹⁹ Tradicionalmente en T.O. se ha visto al individuo en términos de su potencial de rehabilitación enfatizando para eso la evaluación holística del sujeto. Basándose en el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner G., 1985) en T.O. la evaluación incluye el rendimiento o funcionalidad, las costumbres, los subsistemas volicionales y cómo éstos interactúan con el medio.

Esta visión holística es consustancial con los lineamientos fundamentales de las teorías de T.O. (18)

²⁰ "... el desempeño o la participación en roles tan difusos aumenta la posibilidad de deteriorar la imagen profesional con sus indeseables consecuencias." (19)

²¹ Cuando los roles se definen en forma inadecuada se produce ambigüedad en los mismos llevando a la pérdida de satisfacción en el trabajo. (20)

Dentro de la hipótesis planteada, y siguiendo un enfoque social, se destacan dos particularidades relevantes que suelen pasar desapercibidamente y que sin embargo hacen a la identidad profesional de la Terapia Ocupacional (hecho que las autoras hacen además extensivo a otras profesiones tales como Enfermería y Trabajo Social):

- a) La consecuencia de ser una profesión predominantemente femenina
- b) La relación entre el tipo de funciones inherentes al rol del T.O., la analogía que se observa entre éstas y las tareas histórica y tradicionalmente desarrolladas por la mujer en el hogar, y la valoración sociocultural que ambas poseen.

Al hablar de "funciones inherentes al rol del T.O. se hace referencia al conjunto de actividades como por ejemplo persuadir al paciente a que se higienice o alimente en forma independiente, enseñar cómo hacerlo, enseñar a vestirse, enseñar hábitos sociales, etc. Ser muchas veces el profesional en quien el paciente deposita o desahoga frustraciones, angustia, depresión, etc. Todo esto es muy difícil de consignar en un listado de actividades diarias del T.O., sobre todo porque no hay categorías para ello y, además, no son consideradas siquiera funciones formales del T.O. más allá y a pesar de que se den en la práctica diaria.

Ahora bien, muchas de estas funciones precedentemente mencionadas, por tradición, históricamente las desarrolló la mujer en el hogar, sin recibir por ello (menos aún en tiempos modernos) un reconocimiento social, muy por el contrario, la sociedad tiende a mantener estos menesteres como una labor social y económicamente "invisible". Valga de ejemplo ilustrativo la clásica respuesta del ama de casa ante la pregunta: "¿Ud. trabaja?" "No, soy

ama de casa" por estar (o haber sido) convencida ella misma de que las tareas que realiza no son trabajo, y no sólo porque no son remuneradas sino porque no son reconocidas y valoradas socialmente. Son "invisibles" hasta para ella.

En síntesis, el conjunto de tareas desarrolladas por la mujer en el hogar, históricamente fue trivializado e ignorado. Muchas de las consideradas profesiones "femeninas" se originaron como una natural extensión de estas actividades realizadas en el hogar por la mujer. Es decir, se profesionalizaron pero a la vez esto trajo aparejado, por analogía, una transferencia de la valoración social dispensada hacia esas actividades hogareñas. Es decir, una vez profesionalizadas, llevadas al medio laboral, fueron blanco de la misma desvalorización social. Sin embargo, aunque la vida actual esté inmersa en la tecnología que tanto facilita y simplifica las tareas del hombre, surge una nueva disciplina que reivindica el valor de la ocupación, el reconocimiento de la necesidad de una fundamentación científicamente centrada en la ocupación: la **Ciencia de la Ocupación** (21). Esta es una nueva ciencia social derivada de la Terapia Ocupacional y se la relaciona precisamente con las ciencias sociales porque su objeto principal tiene que ver con el comportamiento humano.

REFERENCIAS DEL CAPITULO III

- (1) AOTA: *Statement of O.T. referral*. AJOT 1994 Nov-Dec Vol.48 N°11 p.1034.
- (2) AOTA: *Statement of O.T. referral*. Citado por Reed y Sanderson op.cit p.359.
- (3) REED y SANDERSON, op.cit. p.205.
- (4) MAZER, J.; GOODRICH, W.: *The prescription: an anachronistic procedure in psychiatric Occupational Therapy*. AJOT 12 p.165-170, 1958. Citado por Reed y Sanderson op. cit. p.205-208.
- (5) DEITCH, GUTMAN y FACTOR: *Implications for referral*. Nov/Dec 1994 Vol.48, N°11, AJOT.
- (6) LAZERFELD, P.F.; SEWELL, W.H.; WILENSKY, H.L.: op.cit. p.173.
- (7) LAZERFELD, P.F. et al. ib dem.
- (8) CUNIETTI et. al. , op.cit.
- (9) REED y SANDERSON op.cit. p. 245.
- (10) "De producción nacional" MATERIA PRIMA Año1N°0 jun-ago 1996, p.9-10
- (11) Ley N° 5511 de Ejercicio Profesional de T.O. de la Provincia de La Rioja
- (12) "Ley de Ejercicio Profesional de Terapia Ocupacional" MATERIA PRIMA, Año 1, N°0, jun-ago 1996, p.7
- (13) "Ley de Ejercicio Profesional de Terapia Ocupacional" op.cit.; p.7
- (14) FRIEDMAN, J.: *Tratado de Sociología del Trabajo*. Vol.III Ser en el mundo. Ser mujer. Abril Educativo y Cultural S.A. 1974.
- (15) TODARO, Rosalba; HOLA, Eugenia: *Los mecanismos del poder en la empresa moderna*. Emecé, Bs As 1992.
- (16) HUMA, B.W. (1983) "Males in Occupational Therapy" Canadian Occupational Therapy, 54 (5), 164-165. Citado por Bush, Powell, Hezberg (1993) AJOT. Vol. 47 N°10 Career self-efficacy in O.T. practice.

- BROWN, T. (1992) *"Role strain in male occupational therapists"*
March-April 1992, 72nd Annual Conference of the AOTA, Houston,
Texas. Citado por Bush, Powell, Herzberg (1993) AJOT. *Career self-efficacy in
O.T. practice.*
- (17) SACHS, Delia; LABOVITZ, Deborah: *The caring Occupational Therapists:
Scope of professional role boundaries.* AJOT, Nov 1994 Vol.48 N° 11.
- (18) VAN DEUSEN, Julia: *What is the role of the occupational therapist in
managed cares?* AJOT Vol. 49 N°8 Set 1995.
- (19) LAZERFELD, P.F. et. al. : *ib dem*
- (20) DAVIS, K.: *op.cit.* Cap.II: *Sistemas Sociales: ambigüedad de roles.*
- (21) HOPKINS, Helen L.; SMITH, Helen D.: *WILLARD/SPACKMAN Terapia
Ocupacional.* Ed. Médica Panamericana, 8ª edición, Madrid, España
1998. Cap 3: *Desarrollo de una disciplina académica* p.48-49 y
Cap.5: *Fundamentos del conocimiento de T.O.* 138-144.

CAPITULO IV

EL ESPACIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

En los capítulos anteriores pudimos ver que el tema "*status de la Terapia Ocupacional*" aparece como algo que está en tela de juicio, tema urticante o, cuanto menos delicado ya que lo deseable es que la profesión a la que la persona se encuentra abocada, goce de reconocimiento dentro del campo al que pertenece y, en lo posible, de la sociedad en general.

1. LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO PROFESIÓN

Según Schein E.A (1) existen 10 indicadores para "medir" una profesión o un profesional, en relación al profesionalismo. Entre dichos factores Schein tiene en cuenta la importancia de la especialización; el respaldo científico que sustenta a los tratamientos implementados²²; las prestaciones basadas en las necesidades del cliente. Sostiene que el profesional **defiende su autonomía** y crea asociaciones que defienden criterios de admisión,

²²En Terapia Ocupacional los Marcos de Referencia provienen, entre otros, de: Psicología, Ciencias físicas (cinética, cinemática), Psiquiatría, Sociología, Medicina, Teoría General de los Sistemas: ocupación y adaptación. (2)

formación y otros aspectos formales; el profesional posee vocación que va tanto desde la elección de la carrera como al grado de dedicación a la misma; al conocimiento de un profesional se lo considera como específico de un campo del saber.

2. LA VALIDEZ DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La práctica basada en fundamentos teóricos sólidos proporciona orientación y dirección al proceso de tratamiento, define la identidad profesional de un individuo y es una de las marcas distintivas de un profesional. Los marcos de referencia pueden evaluarse sólo en términos de su utilidad, es decir, que tan eficientemente pueden generar predicciones acerca de los comportamientos que se producirán con posterioridad. En T.O., a pesar de que se han establecido los fundamentos para perfilar la profesión dentro de una disciplina de fundamentación teórica, la investigación para construir un cuerpo de conocimiento para la profesión y para validar los marcos de referencia sólo está comenzando a generar instrumentos refinados e investigación empírica que es necesaria para demostrar su validez para ambientes y poblaciones específicas. (3)

Al analizar el **por qué** de T.O., vemos que, si bien esta profesión comparte con otras el mismo objeto de estudio, *el hombre*, y objetivo, *mantener o recuperar la salud y bienestar del hombre*, **su enfoque es único**, centrado en **la actividad, la ocupación** del sujeto. Y en base a esto construye su cuerpo de conocimientos y teorías: *la utilización de la actividad y de la relación T.O.-ACTIVIDAD-PACIENTE* a nivel tanto manifiesto como latente, como medios para producir un resultado: la consecución del objetivo terapéutico y/o

preventivo. Otros conceptos clave en la teoría de T.O. son "tipos de ocupaciones/actividades", "rendimiento", "función", "adaptación", "potencial residual", etc. Como se desprende, la investigación, en sus distintos tipos²³, es muy importante por tres razones: 1º) desarrolla y amplía la base de conocimientos de la profesión; 2º) contribuye al desarrollo y validación de las evaluaciones y mediciones del T.O.; 3º) documenta la efectividad de las intervenciones de Terapia Ocupacional. De allí, el importante rol de la investigación en el proceso de construir y validar las teorías.(4)

Una crítica que puede hacerse es que en T.O., si bien no faltan "conceptos", no abundan trabajos documentados, estudios referidos a la organización de esos conceptos dentro de teorías y acerca de la validez o testeos de esas teorías en la aplicación, mediante investigaciones científicas.(5) En Argentina la escasez de bibliografía por y para T.O., la escasez de trabajos presentados por T.O. en congresos es un hecho muy evidente. El cuerpo de conocimientos y objeto de estudio del T.O. no está debidamente investigado y documentado desde T.O., lo que da lugar a una falta de lineamientos que orienten el enunciado de principios, proposiciones y teorías.

Según pudimos comprobar, la cuestión acerca del prestigio de la Terapia Ocupacional, ha sido causa de inquietud entre distintos autores que se preguntaron cuáles son las causas del bajo status, la escasa o inexacta

²³Se identifican 2 clases de investigación: Cualitativa y Cuantitativa. La primera es un método generalente descriptivo que utiliza un ámbito natural como fuente directa de datos, analiza el proceso y los resultados. Estudia en forma inductiva (contruyendo así teoría desde la base hacia arriba) interesándose en el significado de la perspectiva de los participantes.

La segunda, a se vez, se diferencia en: Experimental: establece relaciones de causa-efecto ; Correlativa: determina si 2 o más fenómenos tienden a ocurrir juntos; Descriptiva: se centra en las características del mundo relativas a una pregunta específica; de Sistema Simple: se centra en un solo individuo; de Grupo se centra en el grupo.

difusión, etc. ¿Pero si se quisiera analizar el problema desde otro ángulo? Si nos preguntáramos ¿qué es lo que hace valiosa (y por ende jerarquizada) a una profesión? ¿Qué origina esa valoración positiva? Seguramente entre las primeras respuestas que surgirían a modo de tentativa de aproximación a dicho problema, sería tal vez nombrar alguna de las siguientes posibilidades:

- la comprobación del alto grado de eficacia de sus prácticas, vale decir, el alto grado de beneficio que sus aplicaciones brindan.
- la creencia de que sus fundamentos, teóricos y prácticos, poseen el respaldo y aval científico.
- la creencia de que sus investigaciones y estudios a su vez contribuyen a aumentar el acervo científico.(6) (7)

Reed y Sanderson (8) plantean un posible intento de examinar la validez de la Terapia Ocupacional proponiendo 4 posibles perspectivas:

- la contribución de todos y cada uno de los T.O.
- el conjunto de los conceptos teóricos y aplicaciones de la Terapia Ocupacional.
- la calidad y nivel de los resultados que se obtienen en los abordajes terapéuticos.
- la medida en que la Terapia Ocupacional pueda cooperar, mediante sus aportes, al beneficio de la sociedad.

Consideramos muy importante subrayar la importancia del significado del primer ítem: *la contribución de cada T.O., a partir de su quehacer, en promover en un tercero, determinada imagen de la profesión.* De allí la importancia de que cada T.O. esté concientizado, y aquí se apela a su sentido ético profesional, de que la calidad de su desempeño puede contribuir a la

construcción de una mejor imagen de la profesión o, por el contrario, a la consolidación de un posible prejuicio hacia la Terapia Ocupacional. Esto lleva a destacar la importancia de la formación continua del profesional y de la actualización constante de sus conocimientos ya que, si es importante en todas las profesiones, en T.O. puede llegar a serlo aún más puesto que, siendo ésta una profesión que todavía está consolidando su imagen y prestigio, podría darse lugar a que se asocie (y juzgue) la calidad o nivel del desempeño de un profesional en particular, con la validez de la profesión misma.

3. EL STATUS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Más allá de las opiniones personales, que obviamente pueden, o no, concordar con criterios y posturas, hay hechos "tangibles" e irrefutables que no se pueden negar ni subestimar.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) realiza periódicamente una Clasificación Internacional Uniforme de las Ocupaciones (9) y en ella están incluidas un sinnúmero de profesiones y oficios abarcando toda categoría y nivel. Sin embargo, llamativamente, dentro del rubro de la Medicina Moderna y la Salud, no hay ninguna referencia a T.O., ni siquiera en el subgrupo de profesiones específicas del campo de la rehabilitación. En otra clasificación, realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (10) encontramos las carreras vinculadas al área salud: carreras largas, paramédicas, auxiliares de medicina y otras carreras técnicas incluyendo otras carreras largas con posible vinculación al área de salud. Tampoco aquí se encuentra referencia alguna a la Terapia Ocupacional.

El único comentario que nos cabe ante estas omisiones en clasificaciones realizadas nada menos que por la OIT y OPS es que consideramos estos hechos muy graves desde dos puntos de vista:

1º) La Terapia Ocupacional no es tenida en cuenta por estas organizaciones mundiales, vale decir, lisa y llanamente..... NO EXISTE!!!

2º) Ante estas circunstancias, ninguna organización de T.O. (tal vez la Federación Mundial de T.O.) ha notificado su disconformidad ante dichas Organizaciones para que corrigieran, aunque más no sea en las futuras ediciones, estas "omisiones/olvidos".²⁴

La conclusión que surge es que dichas omisiones son una prueba más del escaso reconocimiento del que goza la Terapia Ocupacional y que a su vez nos llama a tomar las medidas necesarias para reivindicar dichas faltas. De hecho, más grave que la falta de consideración desde el afuera, nos parece la ausencia de reacción ante este suceso por parte de los organismos o asociaciones de T.O., quienes deberían conducirse, en este caso, como "la parte damnificada" actuando en consecuencia.

Indiscutiblemente, en T.O. existen muchas cuestiones que aún falta analizar y resolver. Se evidencia la necesidad de implementar medidas para dar solución a distintas problemáticas. Señalamos a modo de ejemplo que en EEUU donde, supuestamente, la Terapia Ocupacional está mucho más difundida y jerarquizada que en Argentina, creen necesario seguir difundiendo y promocionando no sólo a la profesión sino al profesional. El Departamento de Relaciones Públicas de AOTA ha elaborado cursos breves desarrollados para

²⁴Pese al intento realizado ante la Asociación Argentina de T.O., las autoras que suscriben no pudieron comprobar si realmente existió o no en su momento, un reclamo por parte de alguna organización argentina o extranjera en virtud del hecho denunciado.

aquellos T.O. interesados en promocionar los servicios de T.O.(11) Tal como lo indica el nombre del citado artículo "*la promoción es la clave del éxito*" se destaca la importancia de difundir la profesión y el aporte del T.O.

Como dijimos, lo notable es que precisamente en EEUU, donde el status alcanzado por la Terapia Ocupacional es muy superior al que se ha logrado en Argentina, aspiran y trabajan para seguir aumentando el nivel logrado. Este hecho nos lleva a reflexionar acerca de si, realmente, viviendo en la era de las comunicaciones, no es ingenuo pretender que los de "afuera" (léase médicos, otros profesionales de la salud y sociedad en general) adivinen qué es la T.O. y qué hace el T.O. De acuerdo con esta filosofía, en la obra de Reed y Sanderson (12) se hace referencia a la existencia de uno de los criterios éticos, dentro de las profesiones de la salud, por el cual se prohibía legalmente en EE.UU. a los profesionales hacer publicidad o difusión de los servicios que prestaban a nivel particular. Sin embargo, se llevó a cabo una revisión del criterio al que apelaba dicha prohibición ya que se lo consideró una restricción, tanto en lo económico como en lo laboral, en cuanto al profesional, y también, con respecto a la sociedad, al cliente, por ser un impedimento o violación al derecho de saber, informarse y elegir.²⁵

Sin embargo, la realidad demuestra que el T.O. es, aparentemente, poco propenso a difundir y promocionar su trabajo.

En una publicación de la Universidad Federal de San Carlos, Brasil, el autor Luiz Percival Leme Britto (13) utiliza la metáfora "*afasia*" del T.O. como un provocador, casi agresivo llamado de atención sobre el hecho de que el T.O.

²⁵ Las autoras acotan que aún no se han realizado estudios, desde T.O., para medir la repercusión de esta innovación.

"no habla o habla muy poco de su trabajo (.....) en los congresos son muy escasas las exposiciones o presentaciones de investigaciones o estudios por parte de terapeutas ocupacionales y menos aún bibliografía escrita por y para T.O.

Leme Britto postula que esta "afasia" podría estar relacionada directamente con el modo con que uno se relaciona con el poder y el saber y que, en la medida en que el T.O. se asuma y vea a sí mismo como un sujeto de conocimiento participante dentro de un proceso de comunicación, se estará dando un primer paso hacia la cura de esa afasia.

También podríamos preguntarnos si somos eficaces administradores de nuestro patrimonio de conocimientos y de nuestra profesión ²⁶(14). Quizás reflexionar acerca de si realmente existen resistencias para asumir que efectivamente la profesión de T.O. requiere de la implementación de medidas pertinentes para que llegue a ocupar el lugar que le corresponde: **su espacio propio**. Aplicando conceptos de marketing (15) en la asistencia de la salud, vemos en otros países que estas estrategias, por un lado, han optimizado el

²⁶Yerxa hace referencia a que, a lo largo de la historia de T.O., hubo intentos, por parte de otras profesiones (medicina y aún fisioterapia) de monopolizar el control sobre T.O. desde las mismas escuelas de formación.

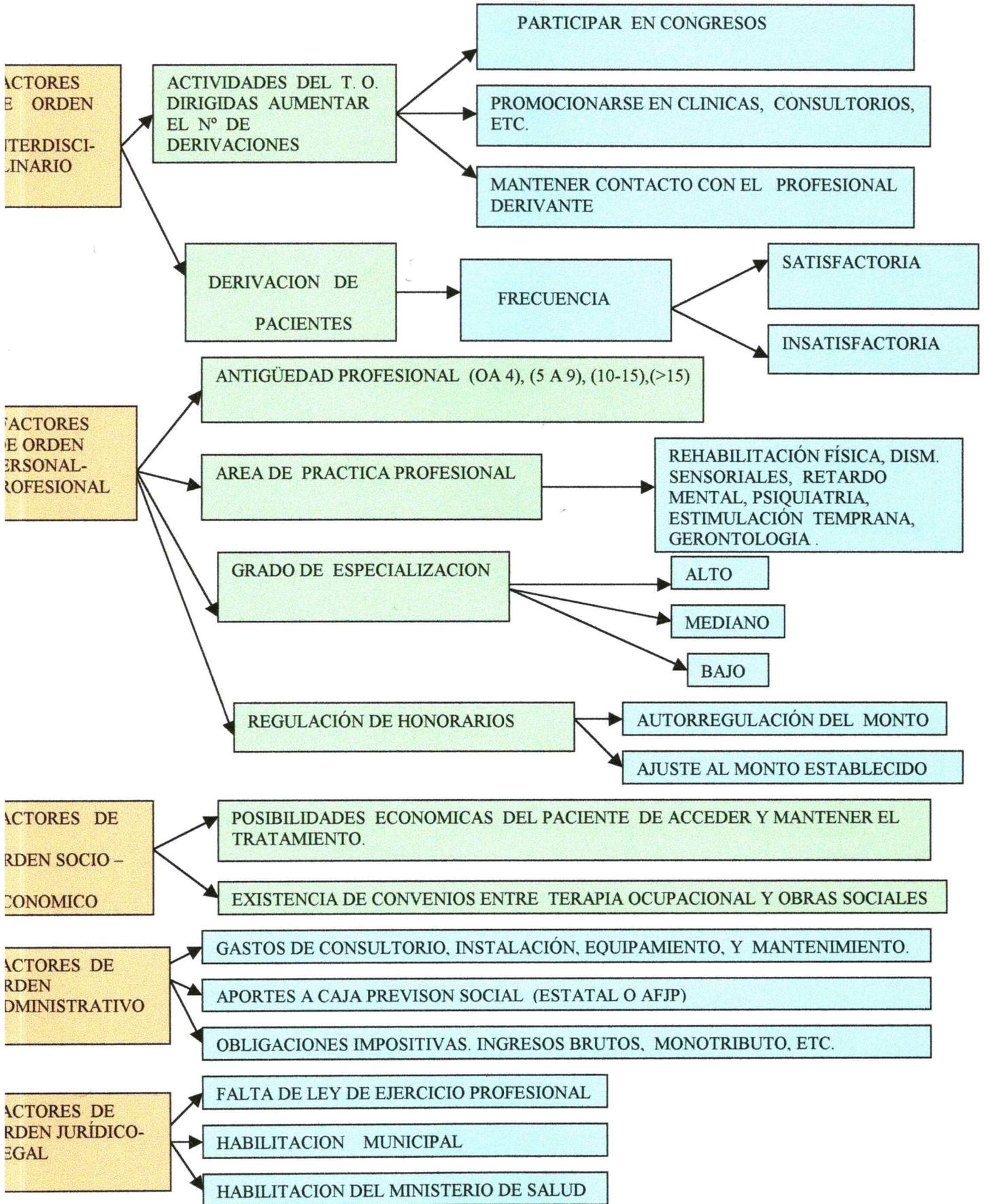
acceso de los pacientes a los servicios y, por otro lado pueden favorecer la derivación a T.O. Como la mayoría de los pacientes son derivados por médicos, éstos deben ser atraídos al programa para que el T.O. tenga acceso al paciente. En el ámbito escolar, en cambio, el objetivo será el maestro o director de la escuela. Incluso se propone la promoción de un servicio de T.O. mediante la publicidad (ej. en revistas o folletos), actos de relaciones públicas o conferencias. Tal vez en Argentina puedan empezar a utilizarse metodologías ya experimentadas orientadas a mantener la profesionalidad, la calidad de las prestaciones y, muy importante, demostrando el servicio a otros "proveedores" (médicos, maestros, etc.) Por ejemplo, las notas de evolución, informes, participación en reuniones, etc. pueden ser consideradas como efectivos instrumentos de marketing. Pero incluso ser utilizados externamente para educar acerca de las necesidades y disponibilidades del servicio de T.O.

REFERENCIAS DEL CAPITULO IV:

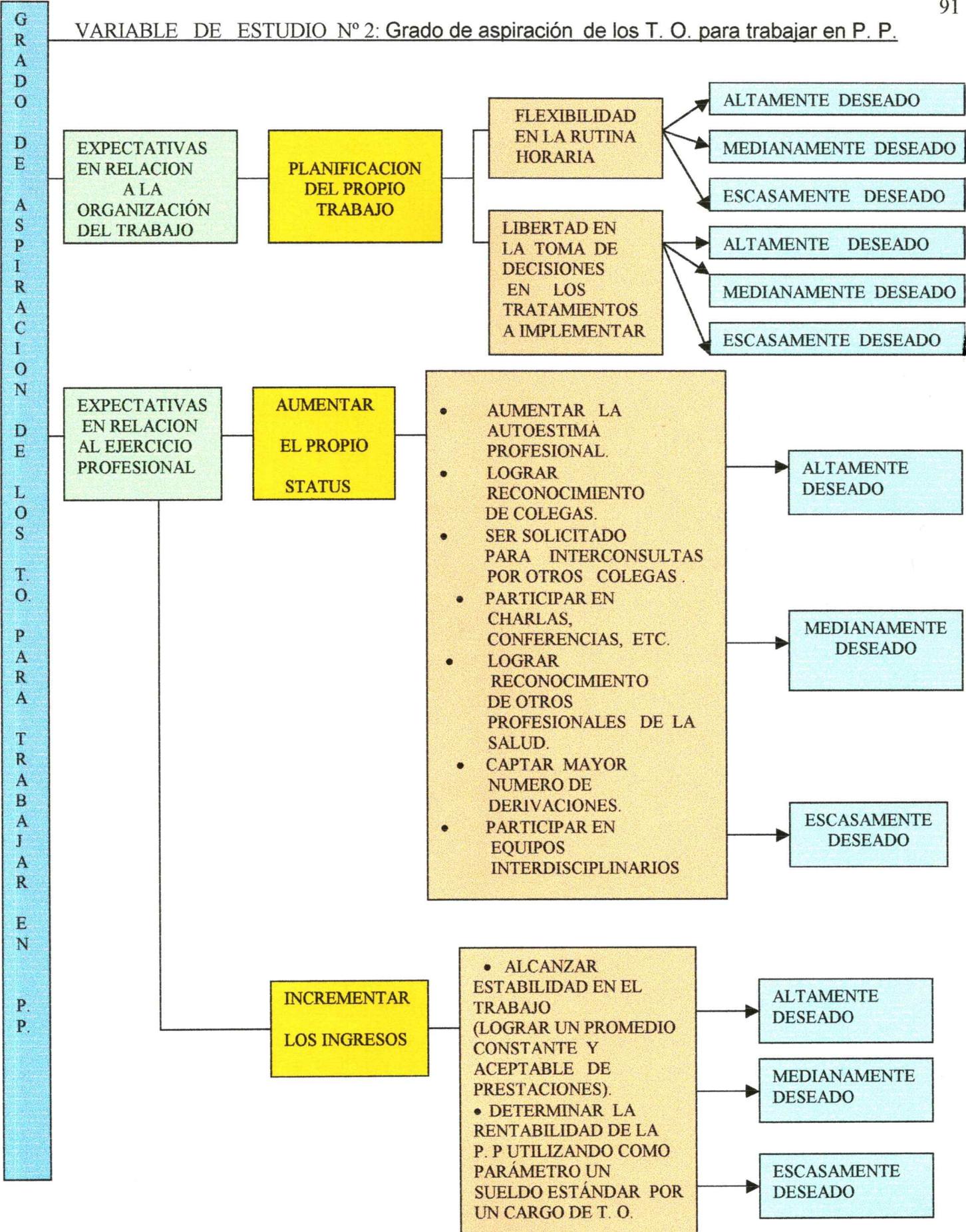
- (1) SCHEIN, E.A.: *Professional Education: some new directions*. New York, Mc-Graw-Hill 1972 pp.8-9. Citado por Reed y Sanderson, op. cit. p.245-246-
- (2) HOPKINS, Helen L.; SMITH, Helen D.: op.cit. Cap.7 , p.411.
- (3) REED & SANDERSON: op.cit. pp.243-244.
- (4) BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; CARMINO, M.: *Fundamentos históricos de la construcción de las relaciones de poder en el sector salud*. O.P.S. Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la O.M.S. Bs As, 1991.
- (5) AGREST, Alberto: *Problemas éticos en la práctica médica*. MEDICINA (Buenos Aires), 55: 173-178 (1995).
- (6) REED & SANDERSON: op.cit. Cap.III
- (7) O.I.T.: *CIOU'88 Clasificación Internacional uniforme de ocupaciones* Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra 1991.
- (8) *Dirección de Estadísticas Universitarias*, Ministerio de Educación de la Nación.
Citado por SONNINO, S.; NOVICK, M.; BIANCHI, E.: *La Investigación en Salud en la Argentina*. OPS, publicación N° 36, 1993, p.145.
- (9) "Promotion as key to success" O.T. PRACTICE Magazine, Vol. I, Issue 2, February 1996 by AOTA.
- (10) REED & SANDERSON: op.cit. pp.245-346.
- (11) PERCIVAL LEME BRITTO: *A afasia do terapeuta ocupacional*. Cadernos de T.O. da UFSCar, Ano I , Vol. 1, N° 2, Janeiro 1991.
- (12) YERXA, Elizabeth J.: *Who is the keeper of Occupational Therapy's practice and knowledge?* AJOT, April 1995, Vol. 49, N°4.
- (13) HOPKINS, Helen L.; SMITH, Helen D.: op. cit. Cap 11, p.397.

CAPITULO V: VARIABLES VARIABLE DE ESTUDIO N° 1

CUESTIONES INHERENTES A LA PRACTICA PRIVADA EN TERAPIA OCUPACIONAL.



VARIABLE DE ESTUDIO Nº 2: Grado de aspiración de los T. O. para trabajar en P. P.



1. Variables de estudio

1.1. CUESTIONES INHERENTES A LA PRACTICA PRIVADA.

1.2. ASPIRACION DE LOS T.O. POR TRABAJAR EN PRACTICA PRIVADA.

1.1. Dentro de los factores que ejercen influencia en las posibilidades de acceder a la práctica privada, consideramos en primer lugar aquellos de ORDEN INTERDISCIPLINARIO e identificamos dos aspectos íntimamente relacionados:

En primer lugar la DERIVACIÓN DE PACIENTES a T.O. POR PARTE DE MÉDICOS y otros profesionales de la salud. La "derivación de pacientes" se estimará a través de su FRECUENCIA y la misma se calificará como SATISFACTORIA o INSATISFACTORIA. En el 1º caso la derivación será con un ritmo continuo y suficiente (3 o más pacientes derivados mensualmente), en el 2º caso será discontinua y escasa (menos de 2 derivaciones mensuales).

El segundo aspecto concierne a las ACTIVIDADES DEL T.O. DIRIGIDAS A MANTENER Y/O AUMENTAR EL N° DE PROFESIONALES DERIVANTES. Estas actividades se consideran de importancia a raíz de la dependencia del T.O. con respecto a sus fuentes de derivación. Se consideran dos aspectos:

a) preocupación del T.O./Lic. en T.O. por *mantenerse en contacto con el profesional derivante* que será estimada a través de los informes evolutivos de interés mutuo acerca del paciente derivado y b) preocupación del T.O./Lic. en T.O. por *conseguir nuevas fuentes de derivación* a través de algún medio implementado por el T.O.

Caracterizar esta situación nos permitirá examinar, por un lado, la iniciativa personal de los profesionales decididos a incursionar y/o afianzarse en la práctica privada, y, por otro lado, determinar el grado de efectividad que los mismos adjudican a los medios implementados.

Dentro de los Factores de ORDEN PERSONAL-PROFESIONAL, se consideran elementos de influencia en las posibilidades de recibir derivaciones tales como: el ÁREA de PRÁCTICA PROFESIONAL en la que se especializó el T.O./Lic. en T.O.; el MONTO de los HONORARIOS fijados por el T.O./Lic. en T.O. (que puede influir en las posibilidades del paciente de acceder y/o mantener un tratamiento), acordes a su trayectoria laboral, criterio personal, etc. o directamente ajustarlo al monto establecido por la AMTO u Obras Sociales; también se incluye aquí el GRADO de ESPECIALIZACIÓN alcanzado por el profesional para lo cual utilizaremos el siguiente criterio de categorización:

- *grado alto*: se incluirán a los graduados con una antigüedad profesional mínima de 8 años, que hayan realizado cursos de post-grado superiores en duración a los 18 meses, participado en grupos de estudio y presentado trabajos en congresos o seminarios, etc.
- *grado mediano*: graduados con antigüedad profesional de 4 a 8 años, realización de cursos inferiores en duración a los 12 meses.
- *grado bajo*: profesionales con antigüedad inferior a los 3 años, realización de cursos inferiores en duración a los 6 meses.

Al examinar estas variables se determinará cuáles circunstancias presentan en común los T.O./Lic. en T.O que mayor éxito han logrado en su práctica privada.

En cuanto a los Factores de ORDEN ADMINISTRATIVO Y JURÍDICO-LEGAL, siendo requisitos ineludibles para el profesional independiente, destacamos particularmente el primero, (gastos y aportes), puesto que implica gastos obligatorios mensuales que el T.O./Lic. en T.O debe sostener. Esto afecta las posibilidades de continuar en práctica privada cuando la derivación es escasa o discontinua, por el grado de afectación que acuse la rentabilidad misma de la práctica privada.

1.2. Dentro de esta variable consideraremos las expectativas del profesional en relación a dos aspectos: su grado de aspiración cuanto a la autonomía ya sea con respecto a horarios o a la planificación del trabajo en sí (criterios y metodologías a implementar); por otro lado, la aspiración del T.O. por incrementar sus ingresos a través de la P.P. y aún la posibilidad de escalar profesionalmente afirmandose en el ámbito privado, como un logro en sí.

2. Variables intervinientes

2.1. Variables de atributo

- Edad: años cumplidos del encuestado
- Sexo: masculino-femenino
- Título: T.O. o Lic. en T.O.
- Rasgos de personalidad del T.O./Lic. en T.O. (emprendedora o estancada) que inciden en las posibilidades de incursionar en la Práctica Privada.

2.2 Percepción de los T.O./Lic. en T.O. acerca del grado de difusión que poseen la profesión y el profesional de T.O. a nivel sociedad

Para recoger esta opinión se utilizará una pregunta dicotómica con espacio para las fundamentaciones; éstas serán categorizadas para su análisis

y las respuestas obtenidas serán además contrastadas con el resultado de un sondeo, a realizar por las autoras paralelamente con el Trabajo de Campo, en una pequeña muestra de la sociedad.

2.3. Creencia de los T.O. acerca del conocimiento de los médicos (como principales puertas de acceso al paciente) en cuanto a funciones, incumbencias y áreas en las que se desempeña el T.O.

Se registrará la valoración en una escala cualitativa (conocimiento claro, distorsionado o escaso). Esta percepción, si bien subjetiva, reviste importancia puesto que denuncia la vivencia, desde el T.O., de un aspecto muy importante (como el de la valoración ajena y el ser tenido en cuenta) en la red de relaciones dentro de las profesiones afines. Las respuestas además se confrontarán con los datos obtenidos por las autoras en un sondeo realizado entre 26 facultativos (Ver Estado Actual de la Cuestión, pág. 11), esto permitirá determinar la exactitud de la percepción de los encuestados, más allá del valor intrínseco del juicio emanado.

2.4. Factores que obstaculizan la posibilidad de trabajar en Práctica Privada en T.O.

Las opiniones vertidas por los encuestados en este aspecto permitirán detectar cuáles son las percepciones y vivencias de los propios T.O./Lic. en T.O. (tanto de los que se encuentran en relación de dependencia como de los que se desempeñan en P.P.), con respecto a las posibilidades de incursionar en la P.P. Caracterizar esta situación nos permitirá delinear la respuesta a nuestro principal objetivo en el presente estudio: conocer los factores que obstaculizan las posibilidades de acceder a la P.P. en T.O.

2.5. Problemáticas que influyen negativamente en el desarrollo profesional del T.O./Lic. en T.O.

Recoger la opinión del T.O. sobre este importante aspecto de la profesión, como son las posibilidades de desarrollo y crecimiento que ofrece, a un nivel general, ya no restringido al ámbito de la P.P., nos permitirá, por un lado conocer más exactamente la realidad en la que se halla inserto el profesional marplatense en la actualidad, en lo referente a sus principales problemáticas; por otro lado, nos permitirá delinear el perfil del T.O. en lo que respecta a sus inquietudes y exigencia en relación a la profesión a la que se abocó.

2.6. El status de la T.O. en relación a otras profesiones del campo de la salud

La clasificación que los T.O. hagan del grado de status de la T.O. entre las otras profesiones de la Salud nos interesa particularmente para determinar la creencia de los mismos con respecto a esta variable, considerando la importancia que reviste la posición social con respecto a la valorización, al grado de autonomía y de influencia que puede ejercer, como así también su relación con el grado de difusión a nivel Sociedad y profesionales de la Salud.

2.7. Condiciones necesarias para trabajar en Práctica Privada

A partir de las características en común halladas entre los T.O./Lic. en T.O. que hayan logrado afianzarse exitosamente en P.P., podremos indentificar cuáles condiciones son necesarias o favorecedoras a la hora de incursionar en P.P.

2.8. Motivos por los cuales algunos T.O./Lic. en T.O. abandonan la Práctica Privada

Se identificarán cuáles son los factores motivacionales que llevan al T.O./Lic. en T.O. a abandonar la P.P. Oportunamente realizaremos una comparación entre el resultado hallado y el obtenido en un estudio similar al que consultamos para operacionalizar la variable (Ver pág. 7 del Cap. I).

2.9. Motivos por los cuales algunos T.O./Lic. en T.O. nunca trabajaron en P.P.

Se examinarán cuáles son los factores que hacen que algunos profesionales no consideren incursionar en la P.P. e incluso determinar el grado de aspiración por acceder en esta modalidad de trabajo, respondiendo así a otro de los principales interrogantes que inspiraron este trabajo de investigación.

3. Caracterización del T.O./Lic. en T.O. en P.P.

- Antigüedad en P.P. (cantidad de años desempeñándose en P.P.)
- Area de práctica profesional
- Lugar de atención: consultorio particular o domicilio del paciente
- Nivel de especialización alcanzado

3.1. Modalidad por la que los T.O./Lic. en T.O. en P.P. reciben derivaciones

Se indagará sobre los medios por los cuales el paciente llega al T.O. más allá del requisito legal de la derivación médica, a fin de identificar el radio de alcance de la información existente acerca de las funciones e incumbencias del T.O.

Se indagará también sobre el número promedio de pacientes derivados mensualmente al T.O. a fin de determinar una frecuencia promedio y, consecuentemente, el grado de satisfacción económica implicada, siendo este el motor que impulsa, en gran medida, la actividad humana.

3.2. Medios implementados para captar mayor número de derivaciones

Los comentarios vertidos serán categorizados para establecer las características de dichos medios y el grado de efectividad de los mismos.

3.3. Expectativas logradas a través de la P.P.

Las expectativas en relación a la P.P. se considerarán en relación a la rentabilidad y otras metas propuestas; al grado de satisfacción con el número promedio de derivaciones mensuales; su relación con el índice de desarrollo profesional. Los comentarios referidos a las expectativas cumplidas como las no cumplidas serán categorizados para su posterior análisis

SEGUNDA PARTE

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de diseño:

Dado el problema y objetivos planteados, el estudio es de tipo *exploratorio descriptivo* porque pretende conocer las problemáticas referidas a la Práctica Privada en Terapia Ocupacional según lo vivencian los T.O./Lic. en T.O., describir aquellos factores que la propician y que la obstaculizan, como así también relevar el grado de aspiración de los profesionales por incursionar en esta modalidad de trabajo. Dado el período del estudio, es de corte transversal.

2. Universo:

El universo de estudio está compuesto por Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional residentes en la ciudad de Mar del Plata al momento del trabajo de campo; los mismos constituyen la unidad de análisis y unidad de muestreo del presente estudio. Utilizando el registro de egresados de T.O. de División Alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la UNMDP, el listado de asociados a la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales (AMTO) y por conocimiento personal, se identificaron 248 profesionales; los tres profesionales miembros del Jurado de Tesis y el profesional actuante como Guía de Tesis son excluidos de la población de estudio.

3. Muestra: tamaño y selección:

De la población de 248 profesionales, se decidió encuestar al 70%; se distribuyeron 170 cuestionarios pero finalmente la muestra efectiva quedó constituida por 149 profesionales.

4. Método e instrumento de recolección de datos:

Dados los objetivos de la investigación, se utilizó el método del CUESTIONARIO con preguntas de tipo elección múltiple y dicotómicas. El mismo constó de 19 preguntas dirigidas a recabar información con respecto a:

- actualización y formación profesional
- situación laboral (categoría y área de práctica profesional)
- percepción de problemáticas referidas al desarrollo profesional en T.O.
- percepción de problemáticas referidas a la práctica privada en T.O.
- creencias acerca de causas y soluciones de las problemáticas identificadas
- situación personal en relación a la práctica privada

Se realizó una Prueba Piloto en una muestra de 5 profesionales seleccionados al azar.

5. Procedimientos para la recolección de datos:

El proceso de recolección de datos (la distribución y recolección de los cuestionarios) fue realizado por las autoras entre junio y septiembre de 1998. La localización de los profesionales se realizó en los puestos de trabajo y/o domicilios que fueron facilitados por la AMTO, por conocimiento personal o previo contacto telefónico.

6. Procesamiento de datos:

Se procesaron en total 149 cuestionarios. Fueron categorizadas previamente las preguntas que incluían la opción *OTRA* como así también la *FUNDAMENTACIÓN* o *COMENTARIO* realizado por los encuestados.

7. Medidas estadísticas:

Para el análisis descriptivo se utilizó la distribución de frecuencia y porcentaje.

Bibliografía:

SELLTIZ, C.: *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid, Ed. Rialp; 1976, 8ª ed.

TERCERA PARTE

PRESENTACION DE DATOS

A continuación presentaremos una serie de datos referidos al análisis de las variables de estudio según los objetivos específicos:

1. Caracterización de la población de estudio;
 - 1.1. Caracterización del T.O./Lic. en T.O. en Práctica Privada;
2. Problemáticas de la profesión que inciden en la Práctica Privada;
3. Problemáticas de la Práctica Privada;
4. Motivaciones en Práctica Privada;
5. Aspiraciones por incursionar en Práctica Privada;
6. Satisfacción de metas profesionales en Práctica Privada;
 - 6.1. Perfil del T.O./Lic. en T.O. exitosamente afirmado en Práctica Privada.

1. CARACTERIZACION DE LA POBLACION DE ESTUDIO

CUADRO 1: Distribución de los T.O. / Lic. en T. O. según la Categoría Laboral.

| CATEGORIA | LABORAL | FRECUENCIA | |
|-------------|--------------|---------------|------------|
| | | INDEPENDIENTE | T.O EN P.P |
| DEPENDIENTE | DEJO P.P | 55 | 36,91 |
| | NUNCA EN P.P | 42 | (28,18) |
| TOTAL: | | 149 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en este cuadro, el menor porcentaje corresponde a aquellos profesionales que **nunca** intentaron incursionar en la P.P (28,18 %). Sin embargo el porcentaje de aquellos que decidieron **abandonar** la actividad privada,(36,91%), supera aún aquellos que permanecen en P. P. (34,89%); éste a su vez registra un incremento del 2,13% con respecto al estudio realizado por Fernández y Fernández en 1995.

CUADRO 2: Antigüedad profesional según la categoría laboral

| | CATEGORIA LABORAL | ANTIGÜEDAD PROFESIONAL EN AÑOS | | | | | | | | FRECUENCIA | |
|---------------|-------------------|--------------------------------|---------|-------|---------|---------|---------|----|-------|------------|--------|
| | | 0 A 5 | | 6 A 9 | | 10 A 15 | | 15 | | | |
| INDEPENDIENTE | T.O EN P.P | 12 | 23,07 | 9 | 17,30 | 19 | 36,53 | 12 | 23,07 | 52 | 100% |
| DEPENDIENTE | NUNCA EN P.P | 5 | (11,90) | 6 | (14,28) | 10 | (23,80) | 21 | (50%) | 42 | (100%) |
| | DEJO P.P | 7 | 12,72 | 19 | 34,54 | 18 | 32,72 | 11 | 20% | 55 | 100% |
| TOTAL | | 24 | 16,10 | 34 | 22,81 | 47 | 31,54 | 44 | 29,53 | 149 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

Aquí se observa que la categoría **T.O en P.P** concentra el valor más alto en el intervalo 10-15, alcanzando el 36,53 %. Los profesionales registrados en la categoría **nunca en**

P.P alcanzan el mayor porcentaje (50%) en el intervalo correspondiente a la mayor antigüedad. A su vez los profesionales que **dejaron P.P** alcanzan el 34,54 % en el intervalo 6-9.

CUADRO 3: Distribución en áreas de práctica profesional según la categoría

laboral

| CAT. LABORAL | REH. FIS. | | RET.MENTAL | | PSIQ. | | GERONT. | | DOC. | | ADICC. | | LABORAL | FRECUENCIA | |
|--------------|-----------|---------|------------|---------|-------|---------|---------|---------|------|---------|--------|--------|---------|------------|----------|
| T.O EN P.P | 29 | 55,76 | 11 | 21,15 | 4 | 7,69 | 6 | 11,53 | | | 2 | 3,84 | | 52 100% | |
| NUNCA EN P.P | 5 | (11,90) | 7 | (16,66) | 6 | (14,28) | 5 | (11,90) | 8 | (19,04) | 3 | (7,14) | 8 | (19,04) | 42 100% |
| DEJO P.P | 21 | 38,18 | 16 | 29,09 | 8 | 14,54 | 4 | 7,27 | | | 6 | 10,90 | | 55 100% | |
| TOTAL | 55 | 36,91 | 35 | 23,48 | 16 | 10,73 | 15 | 10,06 | 9 | 6,04 | 11 | 7,38 | 8 | 5,36 | 149 100% |

Fuente: Elaboración propia

Se subraya en este cuadro la preponderancia de terapeutas en P.P que ejercen en el área de **Rehabilitación Física**, el 55,76 del total (incluso muy por encima de aquellos dedicados al área de **Retardo Mental**, con un 21,15%, que a su vez conforman a la 2° categoría más nutrida); esto contrasta con la distribución mucho más uniforme presente en la categoría T.O que nunca ejercieron en P. P.

CUADRO 4: Grado de especialización según la categoría laboral.

| CATEGORIA LABORAL | GRADO DE ESPECIALIZACION | | | | | | FRECUENCIA | |
|-------------------|--------------------------|---------|---------|---------|------|---------|------------|------|
| | ALTO | | MEDIANO | | BAJO | | | |
| T.O EN P.P | 20 | 38,46 | 14 | 26,92 | 18 | 34,61 | 52 | 100% |
| NUNCA EN P.P | 13 | (30,95) | 18 | (42,85) | 11 | (26,19) | 42 | 100% |
| DEJO P.P | 21 | 38,18 | 19 | 34,54 | 15 | 27,27 | 55 | 100% |
| TOTAL | 54 | 33,24 | 51 | 34,22 | 44 | 29,53 | 149 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

Criterio según el cual se categorizó la variable:

ALTO: se incluye aquí a aquel graduado que posea una antigüedad profesional mínima de 8 años, que haya realizado cursos de post-grado superiores en duración a los 18 meses, que haya participado en grupos de estudio y presentado trabajos en congresos o seminarios, etc.

MEDIANO: graduado con antigüedad profesional de 8 a 4 años, realización de cursos inferiores en duración a los 12 meses.

BAJO: profesional con antigüedad no mayor a los 3 años, realización de cursos inferiores en duración a los 6 meses.

El mayor porcentaje de “alto” (33,24 % del total) figura entre los T.O en P.P con un 38,46 %. El mayor porcentaje de “bajo” (29,53% del total) también, con un 34,61 % teniendo en cuenta que allí se concentran los profesionales con menor antigüedad profesional, por ende, incompatibles con grados superiores de especialización, según

nuestra propia categorización. El mayor porcentaje correspondiente al grado “**mediano**” (34,22 % del total) corresponde a los “**T.O nunca en P.P**” (42,85).

1.1. CARACTERIZACION T. O. /Lic. EN PRACTICA PRIVADA

CUADRO 5: Distribución de los T.O /Lic. en T.O en P.P según antigüedad en P.P.

| ANTIGÜEDAD EN P.P | |
|-------------------|------------|
| AÑOS | FRECUENCIA |
| 0 A 5 | 23 41,81 |
| 6 A 9 | 11 20 % |
| 10 A 15 | 10 18,18 |
| > 15 | 4 7,27 |
| TOTAL | 52 100% |

Fuente: Elaboración propia

En este cuadro observamos que el mayor porcentaje corresponde al intervalo de menor antigüedad (41,81%), descendiendo paulatinamente según el incremento de años de antigüedad.

CUADRO 6: Relación entre Antigüedad Profesional y Antigüedad en P. P

| ANTIG.PROFES. EN AÑOS | ANTIGÜEDAD EN PP (EN AÑOS) | | | | DISCONT. | FRECUENCIA |
|--------------------------|----------------------------|---------|----------|---------|----------|------------|
| | 0 A 5 | 6 A 9 | 10 A 15 | >15 | | |
| 0 A 5 | 12 100% | | | | | 12 100% |
| 6 A 9 | 6 66,66 | 3 33,33 | | | | 9 100% |
| 10 A 15 | 4 21,05 | 8 26,31 | 8 42,10 | | 2 10,52 | 19 100% |
| > 15 | 1 8,33 | 3 25% | 2 16,66 | 4 33,33 | 2 16,66 | 12 100% |
| TOTAL | 23 41,81 | 11 20 % | 10 18,18 | 4 7,27 | 4 12,72 | 52 100% |

Fuente: Elaboración propia

Aquí se puede apreciar más claramente la tendencia a la P.P entre los graduados de menor antigüedad puesto que el 100% de ellos se está desempeñando en la misma. Entre los graduados con antigüedad profesional de 6 a 9 años, un tercio de ellos incursionó en P.P casi al comienzo de su carrera profesional mientras que el resto lo hizo al contar con una antigüedad profesional no mayor de cinco años.

De los graduados con antigüedad profesional de 10 a 15 años, el 42,10% también incursionó en P.P casi inmediatamente; el 26,31 lo hizo al contar unos cinco años de ejercicio profesional, el 21,05 % demoró su incursión en P.P en unos 10 años desde su graduación. La P.P. en forma discontinua se registra solamente entre los graduados con antigüedad profesional de 10 a 15 años (10,52) y con más de 15 años (16,66). De éstos últimos sólo el 8,33% lo hace desde su graduación.

CUADRO 7: Relación entre antigüedad en P.P y grado de especialización.

| ANTIGÜEDAD EN P.P | GRADO DE ESPECIALIZACION | | | | FRECUENCIA | |
|----------------------|--------------------------|---------|----------|----|------------|--|
| | ALTO | MEDIANO | BAJO | | | |
| 0 A 5 | 7 35% | 6 42,85 | 10 55,55 | 23 | 44,23 | |
| 6 A 9 | 3 15% | 5 35,71 | 3 16,66 | 11 | 21,15 | |
| 10 A 15 | 4 20% | 1 7,14 | 5 27,77 | 10 | 19,23 | |
| > 15 | 3 15 % | 1 7,14 | | 4 | 7,69 | |
| DISCONTINUIDAD | 3 15% | 1 7,14 | | 4 | 7,69 | |
| TOTAL | 20 100% | 14 100% | 18 100% | 52 | 100% | |

Fuente: Elaboración propia

Como puede apreciarse en el cuadro, corresponden al período de **menor antigüedad en P.P** la mayoría de los T.O con **alto grado** de especialización (35%); grado mediano (42,85%) y grado bajo (55,55%). El período de 6 a 9 años alcanza su mayor concentración (35,71) entre los T.O con grado mediano; el período de 10 a 15 años registra su mayor valor entre los T.O con bajo grado (27,77).

CUADRO 8: Distribución de los T.O en P.P según el área de práctica profesional.

| AREAS DE PRACTICA PROFESIONAL | | | | | |
|-------------------------------|------------------------|----|-------|----|-------|
| REHABIL. FISICA | PEDIATRIA | 14 | 48,27 | 25 | 55,76 |
| | REHABILITACION GENERAL | 10 | 34,48 | | |
| | PACIENTES TERMINALES | 3 | 10,34 | | |
| | MMSS | 2 | 6,89 | | |
| | RETARDO MENTAL | | | 11 | 21,15 |
| | GERONTOLOGIA | | | 6 | 11,53 |
| | PSIQ. INFANTO JUVENIL | | | 4 | 7,69 |
| | ADICCIONES | | | 2 | 3,84 |
| | TOTAL | | | 52 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

Según podemos apreciar el 55,76 % de los profesionales ejerce dentro del área de **Rehabilitación Física**, y dentro de la misma a su vez vemos que el 48, 27% se dedica al área de pediatría; el 34,48% a la rehabilitación general; el 10,34% se especializa en pacientes terminales y el 6,89% en la rehabilitación de miembros superiores (MMSS).

El 21,15% de los profesionales ejerce dentro del área de Retardo Mental y el 11, 53% en Gerontología; las restantes áreas concentran menos del 10% de los T.O en P.P.

CUADRO 9: Población atendida por el T. O. en P. P.

| POBLACION | FRECUENCIA |
|--------------|------------|
| NIÑOS | 36 69,23 |
| ADOLESCENTES | 21 40,38 |
| ADULTOS | 18 34,61 |
| GERONTES | 8 15,38 |
| N/C | 1 1,92 |

Fuente: Elaboración propia

Observamos una marcada preponderancia de la población constituída por niños, 69,23%, entre los pacientes que reciben atención en P. P.; en 2° lugar adolescentes (40,38%).

CUADRO 10: Forma de trabajo del profesional en P.P

| FORMATO DE TRABAJO | FRECUENCIA |
|--------------------|------------|
| SOLO | 19 36,53 |
| ASOCIADO | 31 59,61 |
| N/C | 2 3,84 |
| TOTAL | 52 100% |

Fuente: Elaboración propia

Los profesionales en P. P. manifestaron en su mayoría, 59,61%, ejercer en **asociación** (no económica sino meramente laboral) con otro profesional de la salud; la forma solo concentra al 36,53% de los T.O en P.P.

CUADRO 11: Caudal de derivaciones.

| CAUDAL DE DERIVACIONES | FRECUENCIA |
|------------------------|------------|
| SATISFACTORIO | 9 17,30 |
| INSATISFACTORIO | 34 65,38 |
| N/C | 9 17,30 |
| TOTAL | 52 100% |

Fuente: Elaboración propia

Al inquirir sobre este aspecto de la P.P. (puntualmente se pidió “aproximar el número de pacientes derivados mensualmente”), se halló que en pocos casos la contestación fue directa y numérica, sino que hubo un alto índice de “no contesta” (17,30%); así mismo en la categoría **caudal insatisfactorio** incluimos las respuestas consignadas como “número muy variable” o “discontinuo”, y que a su vez calificaron sus ingresos de P.P. como “muy escasos” o “insuficientes” por lo cual el porcentaje alcanzado fue del 65,38% de los profesionales. Se consideró **caudal satisfactorio** a un índice que oscila entre 4 y 6 pacientes derivados mensualmente y así lo manifestó el 17,30% de los encuestados.

Cuadro12: Fuentes de derivación al T.O. en P.P

| A | B | C | D | E | F | G | H |
|---------|----------|---------|---------|--------|---------|--------|--------|
| 43 82,7 | 33 63,46 | 23 44,2 | 8 15,38 | 8 15,4 | 7 13,46 | 2 3,84 | 1 1,92 |

Fuente: Elaboración propia

Aquí se ordenaron en forma decreciente las distintas fuentes de derivación de pacientes de T.O. Observamos que si bien “médicos” concentra el mayor porcentaje 82,69% (teniendo en cuenta que la derivación médica es el **requisito legal** previo a la atención del T.O) rescatamos diversos comentarios vertidos por los encuestados, con respecto a la escasa derivación a T.O proveniente directamente del médico, es decir, según estos profesionales la derivación directa del médico al T.O. es ínfima y en la mayoría de los casos la derivación médica llega a instancias de otros profesionales de la salud o de los padres del paciente.

- A. Médicos.
- B. Otros profesionales (Fonoaudiólogos, Psicólogos, Psicopedagogos, etc.)
- C. Padres de pacientes
- D. Maestros de Instituciones Escolares
- E. Por referencia de otros pacientes
- F. Otros colegas
- G. Otros colegas, amistades o familiares
- H. No contesta

CUADRO 13: Distribución según el lugar de trabajo

| LUGAR DE TRABAJO | FRECUENCIA | |
|--------------------|------------|-------|
| CONSULTORIO | 23 | 44,23 |
| DOMICILIO PACIENTE | 11 | 21,15 |
| AMBOS | 16 | 30,76 |
| N/C | 2 | 3,84 |
| TOTAL | 52 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los T.O en P.P ejerce en su consultorio exclusivamente (44,23);

en 2º lugar (30,76) combinan la atención domiciliaria con el consultorio.

2. PROBLEMATICAS DE LA PROFESION QUE INCIDEN EN P.P.

CUADRO 14: Problemáticas de la profesión según los T.O./Lic. en T.O.

| CATEGORIA LABORAL | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | FREC. |
|-------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|----------------|-------------|---------------|--------------|-------------|-------------|-----------|------------|---------------|
| T.O EN P.P | 49 94,23 | 40 76,92 | 31 59,61 | 26 50% | 29 55,76 | 15 28,84 | 16 30,76 | 16 30,76 | 13 25% | 8 15,38 | 4 7,69 | 7 13,46 | 52 34,89 |
| NUNCA EN P.P | 38 90,47 | 39 92,85 | 26 (61,90) | 21 50% | 20 (47, 61) | 12 28,57 | 12 (28,57) | 9 (21,42) | 8 19,04 | 3 (7,1) | | | 42 (28,18) |
| DEJO P.P | 50 90,90 | 41 76,36 | 47 85,45 | 43 78,18 | 29 52,72 | 32 58,18 | 27 49,09 | 13 23,63 | 11 20% | 11 (20) | 5 9,09 | 2 3,63 | 55 36,91 |
| TOTAL | 137 91,94 | 120 80,53 | 104 69,79 | 90 60,40 | 78 52,34 | 59 39,59 | 55 36,91 | 38 25,20 | 32 21,47 | 22 14,76 | 9 6,04 | 9 6,04 | 149 100% |

Fuente: Elaboración propia

- A. Desconocimiento de médicos y sociedad
- B. Falta de difusión de la profesión por parte de los terapeutas ocupacionales.
- C. Confusión entre los mismos T.O en la definición del rol e incumbencias profesionales.
- D. Bajos status de la profesión.
- E. Descreimiento de la formación científica del T.O y/o de la eficacia de sus tratamientos.
- F. Falta de ley de ejercicio profesional y de colegiatura.
- G. Falta de compromiso y de cohesión de entre los T.O.
- H. Existencia de T.O. que atienden patologías de diferentes especialidades.
- I. Falta de formación y actualización entre los T.O.
- J. Falta de ética profesional entre los T.O.
- K. Ser una profesión relativamente nueva aún.
- L. Falta de especializaciones oficialmente avaladas.

La opción A (**desconocimiento de la profesión**) fue elegida por la gran mayoría de los encuestados (91,94). En 2º lugar, la falta de iniciativa entre los propios T.O en **difundir la profesión** también registra altos porcentajes sobre todo entre los que nunca ejercieron en P.P. **La confusión entre los T.O para definir y delimitar el Rol** alcanza casi al 70% de los encuestados (85,45% de los que dejaron P.P); esto estaría en discordancia del resultado hallado por Fernández y Fernández ²⁵ en el cual apenas el 3,92% de los encuestados se planteó como objetivo profesional “lograr una mayor definición del rol e incumbencias profesionales” coincidiendo en cambio con lo hallado por otros investigadores (ver Marco Teórico). De todos modos existe una diferencia del 25,48% entre los T.O. en P.P y los que dejaron con respecto a este punto. En la opción D, **bajo status profesional** (60,40), los T.O. que dejaron P.P. alcanzan el 78,18%. La opción E (**descreimiento de los médicos**) figura en el 52,34% de los encuestados siendo mayormente denunciado por los T.O. en P.P. con un 55,76%. En el resto de las problemáticas se destacan F,G,H e I que, si bien no superan al 50%del total de la población, rondan entre un 40% y un 20%. En la opción G (**falta de compromiso y cohesión**) se evidencia una brecha entre los que dejaron y los que nunca ejercieron en

²⁵ Ver “ Fernández y Fernández” op. cit. Página 86

P.P. 49,09 y 28,57% respectivamente. Lo mismo ocurre en la opción H (**T.O que atienden en distintas especialidades**) donde los mayores porcentajes corresponden a los T.O. que están y han estado en P.P. denunciando los T.O. que diversifican su área de “especialidad” (hecho manifestado en varios comentarios por los encuestados). Con respecto a la opción L, elegida por algunos encuestados, destacamos que fue rechazada enfáticamente por otros, todos ellos T.O. que nunca ejercieron en P.P sosteniendo la opinión contraria de que ya no puede considerarse a la Terapia Ocupacional como profesión nueva en el campo de la salud.

CUADRO 15: Problemáticas que influyen negativamente en el desarrollo profesional del T.O./Lic. en T.O. según la categoría laboral.

| CATEGORIA LABORAL | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | FREC |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------|-------------|---------------|
| T.O EN P.P | 31 59,60 | 37 71,15 | 30 57,69 | 22 42,30 | 16 30,76 | 18 34,61 | 14 26,92 | 7 13,46 | 2 3,84 | | 52 34,89 |
| NUNCA EN P.P | 28 (66,66) | 23 (54,76) | 16 (38,09) | 8 (19,04) | 3 (7,14) | | | | | 1 (2,38) | 42 (28,18) |
| DEJO P.P | 38 69,09 | 32 58,18 | 26 47,27 | 20 36,36 | 12 21,81 | 6 10,90 | 2 3,63 | 1 1,81 | 2 3,63 | 2 3,63 | 55 36,91 |
| TOTAL | 97 65,10 | 92 61,74 | 72 48,32 | 50 33,55 | 31 20,80 | 24 16,10 | 16 10,73 | 8 5,36 | 4 2,68 | 3 2,01 | 149 100% |

Fuente: Elaboración propia

Bajo status de la profesión

- A. Falta de información a los médicos
- B. Falta de información a la sociedad
- C. Escasa delimitación del Rol e incumbencias profesionales
- D. Falta de ética profesional en el T. O./atención de patologías de distintas especialidades
- E. Escasa formación del T.O./Lic. en T.O.
- G. Falta de especializaciones oficialmente reconocidas
- H. Falta de un cuerpo teórico consensuado entre los T. O.

- I. Falta de convenios y códigos de prestaciones en Obras Sociales
- J. No contesta.

En este cuadro se destaca que el **bajo status** aparece como el principal problema identificado por los profesionales (65,10%) alcanzado el 69,09% para los que dejaron P. P. Esto coincide con estudios realizados por Greensmith y Blumfield en los que se halló el bajo status profesional era motivo de malestar entre los T. O. La necesidad de **brindar información** a los médicos es denunciada por el 61,74%, alcanzando el 71,15% de los T. O. en P. P. (que lo identifican como el principal de los problemas). La necesidad de **informar a la sociedad** registra un valor del 48,32% siendo mayormente denunciada por los T. O. en P. P. El malestar por la escasa **delimitación del Rol e incumbencias profesionales** es manifestado por el 33,55% de los encuestados, aunque sólo por el 19,04% de los T. O. que nunca ejercieron en P. P. La **falta de ética** presente en algunos profesionales, la atención de éstos en patologías pertenecientes a distintas especialidades, es perjudicial según el 20,80% de los encuestados, con una brecha del 23,62% entre los T. O. en P. P. (30,76) y los que nunca ejercieron en P. P. (7,14%). La **escasa formación del T. O. y la falta de especialización oficialmente reconocida** concentran valores del 16,10% al 10,73% respectivamente, ambas problemáticas (que registran 0% entre los T. O. que no han ejercido en P. P.) presentan, llamativamente, diferencias porcentuales del 23,71% y del 23,29% respectivamente, siempre a favor de los T. O. en P. P.: el perjuicio que acarrea la falta de un **cuerpo teórico consensuado** en T. O. y **no lograr convenios** más favorables con nuevos **códigos de prestaciones** en las Obras Sociales apenas son detectados por el 5,36% y el 2,68% de los encuestados; también en estos casos se registra 0% entre los T. O. que nunca ejercieron en P. P.

Asimismo, deseamos rescatar algunos comentarios vertidos por profesionales en forma aislada como ser:

- dependencia del T. O. con el fisiatra
- cargos en escuelas con denominación de “maestra de labores”.
- empleo de metodologías y técnicas de otras profesiones.
- falta de conciencia de grupo entre los T.O.
- no creación de una Colegio de Terapistas Ocupacionales .
- amplitud de las áreas de práctica profesional.

CUADRO 16: Creencias del T. O. acerca del conocimiento que la sociedad posee respecto a la Terapia Ocupacional, según la categoría laboral.

| CATEGORÍA LABORAL | CONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD | | | | | FRECUENCIA |
|-------------------|-----------------------------|------------|------------|---------------|--------|------------|
| | NULO | ESCASO | SUFICIENTE | DISTORSIONADO | N/C | |
| T.O EN P.P | 23 44,23 | 18 34,61 | 5 9,61 | 6 11,53 | | 52 |
| NUNCA EN P.P | 4 (9,52) | 19 (45,23) | 9 (21,42) | 8 (19,04) | 2 4,76 | 42 |
| DEJO P.P | 10 18,18 | 22 40% | 5 9,09 | 18 32,72 | 1 1,81 | 55 |
| TOTAL | 37 24,83 | 59 39,59 | 19 12,75 | 32 21,47 | 3 2,01 | 149 |

Fuente: Elaboración propia

Según puede observarse, apenas el 12,75% de los encuestados cree que la sociedad posee suficientes conocimientos sobre T. O. contra un 24,83% que cree que **no posee** conocimientos al respecto. El 39,59 % cree que el conocimiento es parcial, mientras que el 21,47% cree que el conocimiento existente no se corresponde con la realidad (conocimiento distorsionado o erróneo). El 2,01% no contesta y corresponde a los T. O. que dejaron P. P. y a los que nunca han ejercido en la misma.

Cuadro 17: Sondeo en la sociedad para recabar el nivel de conocimientos que ésta posee respecto a la Terapia Ocupacional.

| CONOCIMIENTO | FRECUENCIA |
|---------------|------------|
| NULO | 23% |
| ESCASO | 22% |
| SUFICIENTE | 24% |
| DISTORSIONADO | 31% |
| TOTAL | 100% |

Fuente: Elaboración propia

El sondeo, cuyo resultado mostramos a continuación, no pretende en modo alguno reflejar fielmente el real nivel de conocimientos sobre T.O. que la sociedad pueda tener, puesto que, en 1er lugar no entra en las pretensiones de este estudio; en 2do lugar y dado el tamaño de la muestra sólo se buscó un parámetro o referencia (a falta de datos estadísticos hallados al respecto) para establecer un parangón confrontado lo estimado por los terapeutas encuestados (cuadro16) y lo detectado a partir de este sondeo en la sociedad. Dicho sondeo se realizó sobre una pequeña muestra (50 personas elegidas al azar), cuidando de mantener una diversidad de edades) y ocupaciones; se llevó a cabo en forma oral, en la vía pública, procediendo a inquirir sobre los conocimientos acerca de la Terapia Ocupacional (campos de acción, funciones) en el caso de respuesta negativa entonces se procedía a preguntar lo mismo sobre Psicología y Kinesiología para así confrontar si el desconocimiento era exclusivamente sobre T.O. o bien si respondía a una desinformación mayor y más generalizada del sujeto.

La población que resultó con conocimientos **nulos** sobre Terapia Ocupacional (23%) dio muestras de **algún conocimiento sobre otras profesiones** de la salud en un 74,07% mientras que el resto no logró precisar o no contestó sobre **ninguna de las profesiones** (T.O., Psicología, Kinesiología).

➤ Características de la población con conocimientos suficientes sobre T.O. (24%):

Edad promedio: 28,3 años

Ocupación: estudiantes secundarios; docentes; profesional jubilado; empleados.

Fuentes de información: por el colegio, UNMDP, contacto con profesionales, familiares o amistades estudiantes de T.O. ; por tener familiar discapacitado. Poseen conocimientos generales sobre el campo de acción del T.O. Rehabilitación física y Laboral.

➤ Características de la población con conocimientos escasos sobre T.O (22%)

Edad promedio: 30,7 años.

Ocupación: empleados, comerciantes, estudiantes terciarios, jubilados.

Fuentes de información: amistades con discapacidad o estudiantes de T.O. Poseen conocimientos muy escasos o inexactos sobre la función del T.O. y su campo de acción, básicamente se lo interpreta como un “entretenimiento para niños y ancianos.

➤ Características de la población con conocimientos nulos sobre T.O.(23%)

Edad promedio: 49,5 años

Ocupación: empleados, comerciantes, jubilados, estudiantes terciarios.

Fuentes de información: ninguna; en la mayoría de los casos las respuestas fueron

negativas o inexactas e incluso absurdas.

CUADRO 18: Análisis comparativo entre los cuadros 16 y 17

| CREENCIA DEL T.O ACERCA DEL CONOCIMIENTO QUE LA SOCIEDAD POSEE SOBRE T.O. | CONOCIMIENTO | NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE T.O. HALLADOS EN LA SOCIEDAD |
|---|---------------|---|
| 13% | NULO | 23% |
| 25% | ESCASO | 22% |
| 25% | SUFICIENTE | 24% |
| 37% | DISTORSIONADO | 31% |
| 100% | TOTAL | 100% |

Fuente: Elaboración propia

Al comparar los ítems se observa una simetría en los porcentajes que oscila entre un 1 y un 10 %. Las estimaciones de los T.O encuestados resultaron optimistas en los ítems “escaso y distorsionado” con márgenes muy ajustados mientras que en los ítems “nulo” y “suficiente” hubo mayor diferencia porcentual y a su vez denota una percepción negativa por parte de los encuestados.

CUADRO 19: Estimación cuanti-cualitativa del T.O./Lic. en T.O respecto al conocimiento que los médicos poseen acerca de la Terapia Ocupacional.

| CONOCIMIENTO | FRECUENCIA |
|--------------|------------|
| SUFICIENTE | 28 18,74 |
| INSUFICIENTE | 53 35,57 |
| ERRONEO | 46 30,87 |
| ACERTADO | 22 14,76 |
| TOTAL | 149 100% |

Fuente: Elaboración propia

El cuadro muestra que sólo el 18,79% de los encuestados cree que los médicos poseen **suficientes** conocimientos acerca de la Terapia Ocupacional; un importante índice (35,57%) cree que los conocimientos son **insuficientes** e incluso distorsionados (30,87%). Apenas un 14,76% cree que el conocimiento médico (parcializado en la mayoría de los casos) es **acertado**.

CUADRO 20: Creencias del T.O. acerca de las vías de adquisición del conocimiento médico respecto a la Terapia Ocupacional.

| | | | |
|---|---|-----|-------|
| CONOCIMIENTO ORIGINADO POR EL ROL ACTIVO DEL MEDICO | VALORACION QUE ASIGNA A T.O | 61 | 40,93 |
| | INTERES POR AUMENTAR SU INFORMACION | 52 | 34,89 |
| CONOCIMIENTO ORIGINADO POR EL ROL ACTIVO DEL T.O. | DIFUSION IMPLEMENTADA POR LOS T.O. | 122 | 81,87 |
| | INFORMACION BRINDADA AL PROFESIONAL DERIVANTE | 85 | 57,04 |

Fuente: Elaboración propia

Al observar este cuadro puede apreciarse que, según la mayoría de los encuestados, el conocimiento existente acerca de T.O. entre los médicos, se debe en mayor medida al **rol activo del T.O: difusión realizada por los T.O. (81,87%) e información que el T.O brinda al profesional derivante (57,04%)**. El 40,93% de los profesionales cree que el médico **se interioriza a medida que valora** el aporte del T.O.; el 34,89% manifiesta que el conocimiento, si lo hay, se produce a partir de la inquietud del médico por saber acerca de Terapia Ocupacional.

Otros comentarios que deseamos rescatar, puesto que se repitieron en gran número entre los encuestados son:

- “los terapeutas ocupacionales no crean la necesidad, no jerarquizan la profesión y ésta es reemplazada por otras profesiones”.
- T.O. está desprestigiada porque los médicos han tenido malas experiencias con algunos terapeutas ocupacionales”
- “la formación académica del médico es omnipotente”

CUADRO 21: Status de la Terapia Ocupacional en relación a otras profesiones según los terapeutas ocupacionales.

| PROFESIONES COMPARADAS | STATUS DE T.O EN RELACION A OTRAS PROFESIONES | | |
|------------------------|---|-------|--------|
| | MAYOR | IGUAL | MENOR |
| MEDICINA | | | 100% |
| PSICOLOGIA | | | 52,94% |
| PEDAGOGIA | | 69,11 | |
| TRABAJO SOCIAL | | 64,70 | |
| KINESIOLOGIA | | 53,23 | |
| ENFERMERIA | 57,80 | | |

Fuente: Elaboración propia

Según puede apreciarse, los encuestados atribuyen **mayor** status que a T.O. a las siguientes profesiones: Medicina (100%) y Psicología (52,94%). Consideran **igual** a T.O. al status de: Pedagogía (69,11%), Trabajo Social (64,70%) y Kinesiología (53,23%). Por último, identifican a Enfermería como la única profesión cuyo status es **inferior** al de T.O.(57,80%). Este resultado no coincidiría con lo hallado por Fernández y Fernández (op.cit.pág.125) en el cual los profesionales asignaron a T.O. un alto prestigio con tendencia a muy alto; por el contrario, sí coincide con los resultados hallados por Greensmith y Blumfield (Ver Marco Teórico) en el que los graduados manifestaron su malestar en relación al bajo status de la profesión.

3. PROBLEMATICAS DE LA PRACTICA PRIVADA

CUADRO 22: Aspectos negativos implicados en la Práctica Privada.

| CATEGORIA LABORAL | A | B | C | D | E | F | G | H | FRECUENCIA |
|-------------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|----------|----------|--------|------------|
| T.O EN P.P | 36 69,23 | 32 61,53 | 30 57,69 | 39 75% | 26 50% | 14 26,92 | 9 17,30 | 4 7,69 | 52 34,89 |
| NUNCA EN P.P | 33(78,57) | 27 (64,23) | 17(40,47) | 19 (45,23) | 10 (23,80) | 7(16,66) | 3 (7,14) | | 42 (28,18) |
| DEJO P.P | 51 92,72 | 46 83,63 | 49 81,09 | 34 43,63 | 18 32,72 | 10 18,18 | 9 16,36 | 2 3,63 | 55 36,91 |
| TOTAL | 120 80,53 | 105 70,46 | 96 64,42 | 92 61,74 | 54 36,24 | 30 20,13 | 21 14,09 | 6 4,02 | 149 100% |

Fuente: Elaboración propia

- A: Escasa derivación.
- B: Descreimiento y/o desconocimiento de médicos y sociedad.
- C: Bajos aranceles de obras sociales.
- D: Escasa rentabilidad.
- E: Difícil situación económica de los pacientes
- F: Baja valoración del tratamiento por parte de los pacientes.
- G: Miedo al robo de pacientes por parte de colegas.
- H: Usurpación del rol del T.O. parte de otros profesionales.

Al analizar esta variable se ha sondeado no sólo la opinión de quienes ejercen actualmente en P.P. sino también, por considerarlas de importancia, aquellas de quienes han pasado por la experiencia, y aún la de aquellos que, desde afuera, tienen su opinión formada a partir de su percepción de la situación.

El mayor obstáculo que identifican los T.O. es la **baja derivación** (80,53%), que alcanza el 92,72% de los T.O. que dejaron P.P. En 2do lugar, (70,46%), el **descreimiento y/o desconocimiento** de médicos y sociedad. Aquí el menor porcentaje se registra precisamente entre los T.O. en P.P. (61,53% contra el 83,63% de los que dejaron P.P.) lo que haría pensar que actualmente se está percibiendo cierto aumento en la difusión de la profesión, del rol e incumbencias del T.O. La desventaja por los **bajos aranceles** (62,42) es manifestada principalmente por los T.O. que dejaron P.P. (89,09%). **La escasa rentabilidad** (61,74%) registra valores muy similares entre los que nunca han estado en P.P. y los que dejaron P.P., pero los que ejercen en P.P. son quienes evidentemente más lo acusaron. Lo mismo ocurre con la **difícil situación económica de los pacientes** (36,24%) que trepó a un 32,72% entre los que dejaron P.P. y un 50% entre los T.O. en P.P. Nuevamente, quienes más resintieron de la **escasa valoración** fueron estas mismas categorías laborales. El **miedo al robo de pacientes** (14,09%) registra sólo el 7,14 % entre los que nunca estuvieron en P.P. ; pero, los T.O. que dejaron P.P y los que todavía ejercen en P.P. rondan el 17%. Finalmente, con un 4,02% de la población total, el malestar por la **usurpación del rol del T.O. por otros profesionales** registra 0% entre los T.O. que no ejercieron en P.P.

como **favorable**, contra el 24% que lo juzgó como **parcialmente favorable**. Sin embargo un considerable 28% declaró dicho resultado como **irrelevante**.

CUADRO 23: Factores que obstaculizan trabajar en P.P. según la categoría laboral

| CATEGORIA LABORAL | A | B | C | D | E | F | G | H | FRECUENCIA |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|---------|------------|
| T.O EN P.P | 49 94,23 | 47 90,38 | 41 78,84 | 27 51,92 | 21 40,38 | 26 50% | 9 17,30 | 3 5,76 | 52 34,89 |
| NUNCA EN P.P | 38 (92,85) | 34 (80,95) | 30 (71,42) | 17 (40,47) | 18 (42,85) | 14 (33,33) | 3 (7,14) | | 42 (28,18) |
| DEJO P.P | 48 87,27 | 40 72,22 | 38 69,63 | 23 41,81 | 28 50,90 | 19 34,54 | 15 27,27 | 9 16,36 | 55 36,91 |
| TOTAL | 136 91,27 | 121 81,20 | 109 73,15 | 67 44,96 | 67 44,96 | 59 39,59 | 27 18,12 | 12 8,05 | 149 100% |

Fuente: Elaboración propia

A: escasa derivación

B: gastos (aportes jubilatorios, contribuciones impositivas, alquiler del consultorio, etc.)

C: desconocimiento del rol e incumbencias profesionales del T.O.: bajos aranceles

E: descreimiento entre los médicos de la formación y/o eficacia del T.O.

F: mala situación económica del paciente

G: escasa difusión de la profesión

H: usurpación de pacientes de T.O. por otras profesiones

El cuadro muestra que la **escasa derivación** fue identificada como el mayor de los obstáculos a la hora de ejercer en P. P. para el 91,27 % de la población. En 2do lugar, para el 81,20% de los encuestados, figuran los **gastos** (aportes, contribuciones, alquiler del consultorio, etc.); el **desconocimiento** entre los médicos del rol e incumbencias profesionales del T.O. es denunciado por un importante 73,15% de los encuestados. En 4to lugar mencionan los **bajos aranceles** y el **descreimiento** de la formación y eficacia del T.O. (44,96% de la población). En 5to lugar identifican la **mala situación económica** del paciente (39,59%) como impedimento para costearse el tratamiento. La **escasa difusión** de la profesión es mencionada por el 18,12% de los encuestados y la usurpación de pacientes por otras profesiones (a causa de los médicos derivantes) es

CUADRO 22.1: Implementación de medios, por parte de los T.O. en P.P., para incrementar la derivación.

| IMPLEMENTACION DE MEDIOS | FRECUENCIA | |
|--------------------------|------------|-------|
| SI | 25 | 48,7 |
| NO | 19 | 36,53 |
| N/C | 8 | 15,38 |
| TOTAL | 52 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

El 48,07% de los profesionales manifestó **implementar** (o haber implementado) entre los potenciales derivantes (instituciones médicas, escolares, obras sociales como así también presentación de trabajos en congresos, etc.), distintos medios o recursos para lograr captar un mayor número de pacientes derivados.

El 36,53% optó por **no implementar** ningún medio y el 15,38% **no contestó** al respecto.

CUADRO 22.2: Estimación de la implementación de medios

| ESTIMACION | FRECUENCIA | |
|-------------|------------|--------|
| FAVORABLE | 12 | (48%) |
| PARCIAL | 6 | (24%) |
| IRRELEVANTE | 7 | (28%) |
| TOTAL | 25 | (100%) |

Fuente: Elaboración propia

Entre los profesionales que implementaron medios para incrementar la derivación, se investigó acerca del resultado obtenido y se halló que el 48% consideró su iniciativa

denunciada por el 8,05% de los encuestados. Las tres categorías laborales guardan simetría en los porcentajes en todos los ítems.

CUADRO 24: Condiciones requeridas para trabajar en P.P. según la categoría laboral del T.O. /Lic. en T.O.

| CONDICIONES REQUERIDAS PARA P.P. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|-------|---|------|------------|
| CATEGORIA LABORAL | A | | B | | C | | D | | E | | F | | G | | H | | FRECUENCIA |
| T.O EN P.P | 33 | 63,46 | 39 | 75% | 24 | 46,15 | 19 | 36,53 | 20 | 38,46 | 25 | 48,07 | 10 | 19,23 | 3 | 5,76 | 52 |
| DEJO P.P | 38 | 70,90 | 33 | 60% | 26 | 47,27 | 28 | 50% | 21 | 38,18 | 20 | 36,36 | 15 | 27,27 | 2 | 3,63 | 55 |
| DEJO P.P | 38 | (90,47) | 29 | (69,04) | 27 | (64,28) | 13 | (30,95) | 19 | (45,23) | 19 | (26,19) | | | | | 42 |
| TOTAL | 110 | 73,82 | 97 | 65,10 | 77 | 51,67 | 60 | 40,28 | 60 | 40,28 | 56 | 37,58 | 15 | 10,06 | 5 | 3,35 | 149 |

Fuente: Elaboración propia

- A: Lograr las conexiones necesarias
- B: Difundir la propia actividad entre los potenciales derivantes
- C: Mantener contacto con el profesional derivante (mediante informes evolutivos, etc.)
- D: Ser excelente profesional
- E: Utilizar lenguaje técnico con otros profesionales
- F: Poseer ética profesional
- G: Trabajar en equipo
- H: No contesta

En el cuadro aparece que el 73,82% de los encuestados identifica en 1er lugar la importancia de **lograr conexiones** para asegurar el éxito de en P.P. En 2do lugar, con el 65,10%, identifican la necesidad de **difundir y promocionar el propio quehacer entre las posibles fuentes de derivación**; en este caso los que nunca han estado en P.P. difieren en mayor grado con quienes están o han estado en P.P. La 3ra condición identificada sería la de **mantener contacto** o intercambio (a través de informes evolutivos, etc.) con el profesional derivante a fin de brindar una mejor imagen profesional y promover la relación profesional; así lo manifestó el 51,67% de la

población, con porcentajes cercanos para los T.O. en P.P. y los que dejaron P.P. En 4to lugar, el 40,28% manifiesta la importancia de ser un **excelente profesional** como "condición indispensable para mantenerse en P.P. a diferencia de lo que ocurre en la Relación de Dependencia" y manejarse rigurosamente con **lenguaje técnico** al intercambiar profesionalmente con otros miembros del Equipo Interdisciplinario a fin de demostrar una adecuada imagen y excelentes conocimientos; nuevamente la mayor similitud en porcentajes se evidencia entre los T.O. que están o han estado en P.P. En 5to lugar, con un valor del 37,58 % de la población total, aparece la importancia de la **ética profesional**, enfatizando en la imperativa necesidad de especializarse y ejercer dentro del área en la que se está capacitado. La última condición requerida para trabajar en P.P. sería, para el 10,06% de la población, (registrando el 0% entre los que nunca ejercieron en P.P) la de **trabajar en equipo**. Sin embargo, se destaca que en el estudio de Fernández y Fernández (op.cit.pág.86) este aparecía en 1er lugar, con un valor del 93,14% en la lista de *objetivos profesionales planteados durante el ejercicio profesional*.

4. MOTIVACION PARA TRABAJAR EN PRACTICA PRIVADA

CUADRO 25: Factores motivacionales para no haber trabajado nunca en P.P. según el área de práctica profesional

| CATEGORIA LABORAL | FACTORES POR LOS QUE NUNCA EN P.P | | | | | | FRECUENCIA |
|-----------------------|-----------------------------------|----------|----------|---------|---------|---------|------------|
| | A | B | C | D | E | F | |
| REHABILITACION FISICA | 4 80% | | 3 60% | 1 20 | | 1 20 | 5 11,9 |
| RETARDO MENTAL | 3 42,85 | 3 42,85 | 5 71,42 | 2 28,57 | | 1 14,28 | 7 16,66 |
| ADICCIONES | 2 66,66 | 1 33,33 | | 1 33,33 | 1 33,33 | | 3 7,14 |
| DOCENCIA | | 7 87,5 | 1 12,5 | | | 1 12,5 | 8 19,04 |
| GERONTOLOGIA | 3 60% | | 3 60 | 2 40 | 1 20 | | 5 11,9 |
| LABORAL | 2 25% | 5 62,5 | 2 25 | 2 25 | | 2 25% | 8 19,04 |
| PSIQUIATRIA | 6 100% | 3 50% | 5 83,33 | 1 16,66 | 1 16,66 | | 6 14,28 |
| TOTAL | 20 47,61 | 19 45,23 | 19 45,23 | 9 21,42 | 3 7,14 | 5 11,9 | 42 100 |

Fuente: Elaboración Propia

- A: Creencia de que los gastos (consultorio, aportes jubilatorios y contribuciones impositivas) superarían las ganancias.
- B: La escasa derivación a T.O.
- C: Falta de interés personal
- D: Falta de tiempo personal
- E: Falta de experiencia / antigüedad profesional.
- F: Falta de oportunidad

Altos porcentajes entre los T.O. en Rehabilitación Física (80%), Psiquiatría (100%) y Adicciones (66,66%) hablan de **gastos** como factor decisivo para

declinar la incursión en P.P; en 2do lugar, con el 45,23% de la población, argumentaron la preocupación por la **escasa derivación** y la **falta de interés personal** por la P.P. Este último se registra entre el 83,33% de los T.O. que ejercen en Psiquiatría.

Sin embargo nos parece importante rescatar el comentario (por cierto, presente en el

2,72% de los T.O. no interesados en P.P.) de que, de todos modos consideran a la **P.P. no rentable** por presumir escasa derivación y dificultad en costear los aportes y contribuciones.

La **falta de tiempo** por estar abocado en todo horario disponible al trabajo asalariado fue manifestada por el 21,42 del total de los encuestados, a excepción de los que ejercen en Docencia (0%). Los que no poseen una especialización aún (por tratarse de T.O. con antigüedad profesional inferior a los 3 años) manifestaron no haber incursionado en P.P. debido a que **no cuentan aún con experiencia profesional** pero sí manifestaron la inquietud de concretar el proyecto. Por último el 11,90% declaró no haber tenido oportunidad de incursionar en P.P.

CUADRO 26: Factores motivacionales para abandonar la P.P según el área de práctica profesional

| FACTORES POR LOS CUALES DEJARON P.P | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|--------|------------|
| AREA LABORAL | A | B | C | D | E | F | G | FRECUENCIA |
| REHABILITACION FISICA | 21 100 | 16 76,19 | 18 85,71 | 16 76,19 | 13 61,90 | 3 14,28 | | 21 |
| RETARDO MENTAL | 13 81,25 | 10 62,5 | 6 37,5 | 8 50 | 4 25% | | 2 12,5 | 16 |
| PSIQUIATRA | 8 100 | 8 100 | 6 75 | | 3 37,5 | | | 8 |
| GERONTOLOGIA | 4 100 | 3 75 | 4 100 | | 4 100 | 2 50 | | 4 |
| ADICCIONES | 6 100 | 6 100 | 5 83,33 | 5 83,33 | | | | 6 |
| TOTAL | 52 94,53 | 43 78,18 | 39 70,90 | 29 52,72 | 24 43,63 | 5 9,09 | 2 3,63 | 55 |

Fuente: Elaboración propia

- A: escasa derivación
- B: bajos aranceles
- C: discontinuidad en los ingresos
- D: mala situación económica de los pacientes
- E: gastos del consultorio, aportes y contribuciones impositivas
- F: interrupción del tratamiento por parte del paciente
- G: no contesta

Entre los motivos para abandonar P.P, el 100% de los T.O que se desempeñaba en las áreas de psiquiatría y adicciones consideraron como hechos determinantes a la **escasa derivación** y los **bajos aranceles**; los T.O en Rehabilitación Física se manifestaron por estos mismos ítems en un 100 y en un 76,19% respectivamente. La gran **fluctuación en los ingresos** de P.P. llevó a decidirse por un salario fijo a más del 70% los T.O., siendo el menor porcentaje registrado del 37,5% en el área de R. Mental. Los **bajos recursos económicos de los pacientes** para costear su tratamiento fue otro de los motivos que impulsó abandonar la P.P. en gran medida entre los T.O. en Adicciones, R. Física y R. Mental. Los **elevados gastos** propios de la P.P. alquiler del consultorio, aportes jubilatorios, contribuciones impositivas, sobre todo aparejados de ingresos inconstantes) fueron decisivos para el 43,63% de los T.O encuestados. El motivo de haber dejado la P.P. a causa de la **interrupción de los tratamientos** por parte de los pacientes, no fue registrado por los T.O. en R. Mental, Psiquiatría ni Adicciones.

CUADRO 27: Factores motivacionales para incursionar en P.P. según el área de práctica profesional

| AREA LABORAL | FACTORES POR LOS QUE INCURSIONARON EN P.P. | | | | | | FRECUENCIA |
|----------------|--|----------|----------|----------|----------|---------|------------|
| | A | B | C | D | E | F | |
| REHAB. FISICA | 24 82,75 | 14 48,27 | 13 44,82 | 10 34,48 | 6 20,68 | 3 10,34 | 29 |
| RETARDO MENTAL | 8 75,72 | 8 72,72 | 7 63,63 | 3 27,27 | 2 18,18 | | 11 |
| GERONT. | 5 83,3 | 3 50 | 4 66,66 | 4 66,60 | 1 16,66 | | 6 |
| PSIQ. | 4 100 | 2 50% | 4 100 | 3 75 | 2 50 | 1 25 % | 4 |
| ADICC. | 1 50 | 2 100 | 2 100 | | | 2 100 | 2 |
| TOTAL | 42 80,76 | 29 55,76 | 30 57,69 | 20 38,46 | 11 21,15 | 6 11,53 | 52 |

Fuente: Elaboración propia

A: Necesidad de aumentar los ingresos

B: Deseo de desarrollarse en la profesión

C: Interés por el proyecto laboral

D: Por petición de terceros (maestros, familiares de pacientes, médicos, etc.)

E: Deseos de autonomía para implementar criterios y metodologías de trabajo

F: Deseos de brindar una atención más personalizada al paciente

Como puede observarse, el 80,76% de los encuestados manifestó **motivos económicos** que los impulsaron a la P.P. El 55,76% vio en la P.P. una forma de **crecer en la profesión**, considerándolo incluso **un logro profesional**. El 57,69% de los encuestados, lo consideró como un “desafío” interesándose por el **proyecto laboral**. El 38,16 % incursionó en la P.P. a **solicitud de padres de pacientes, maestros y**

también miembros del Equipo Interdisciplinario. Para el 21,15 % revistió importancia el hecho de **poseer autonomía** en el manejo del tratamiento a implementar, criterios metodológicos y en la relación con el paciente, hechos más difíciles de lograr en la Relación de Dependencia. Nótese que esto coincide con el estudio de McClain - McKinney- Ralston (Ver Capítulo I pág. 8), quienes hallaron que los encuestados buscaban planificar el propio trabajo y además manejar la disponibilidad horaria.

5. ASPIRACION POR TRABAJAR EN PRACTICA PRIVADA

CUADRO 28: Grado de aspiración por incursionar en P.P. según la antigüedad profesional del T.O./Lic en T.O.

| GRADO DE ASPIRACION | | | | |
|---------------------|-----------|------------|------------|------------|
| ANT.PROFES. | ALTO | MEDIANO | BAJO | FRECUENCIA |
| 0 A 5 | 5 (100) | | | 5 (100) |
| 6 A 9 | 2 (33,33) | 4 (66,66) | | 6 (100) |
| 10 A 15 | | 5 (50%) | 5 (50) | 10 (100) |
| > 15 | | 5 (23,80) | 16 (76,19) | 21 (100) |
| TOTAL | | 14 (33,33) | 21 (50)% | 42 (100) |

Fuente: Elaboración propia

Puede observarse que la distribución diagonal de los porcentajes muestra que a **menor antigüedad, mayor deseo** de incursionar en P.P. y viceversa. Así mismo se destaca que, más del 70% de los que declararon **bajo o nulo interés** por trabajar en P.P. comentaron que consideran a ésta como “difícil de sostener al comienzo, debido a los gastos que demanda y a la escasa derivación”.

CUADRO 29: Grado de aspiración por incursionar en P.P. según el grado de especialización del T.O./ Lic. en T.O

| GRADO DE ESPECIALIZACION | GRADO DE ASPIRACION | | | |
|--------------------------|---------------------|------------|-----------|------------|
| | ALTO | MEDIANO | BAJO | FRECUENCIA |
| ALTO | 4 (30,76) | 5 (38,46) | 4 (30,76) | 13 (30,95) |
| MEDIANO | 2 (11,11) | 7 (38,38) | 9 (50%) | 18 (42,85) |
| BAJO | 1 (9,09) | 2 (18,18) | 8 (72,72) | 11 (26,19) |
| TOTAL | 7 (16,66) | 14 (33,33) | 21 (50) | 42 (100) |

Fuente: Elaboración propia

El cuadro muestra que la mayoría (38,46%) de los que poseen *alto grado de especialización*, manifiestan un grado **mediano** de aspiración por incursionar en P.P.

La mayoría de los que poseen *mediana y menor especialización* (50 y 72,72% respectivamente) aspira a la P.P. en grado **bajo o nulo**. Solo el 16,66% de la población manifestó un **alto** grado de aspiración por la P.P., y en su mayoría está compuesto por T.O. altamente especializados.

CUADRO 30: Grado de aspiración por incursionar en P.P. según el área de práctica profesional

| AREA LABORAL | GRADO DE ASPIRACION | | | |
|--------------|---------------------|------------|-----------|------------|
| | ALTO | MEDIANO | BAJO | FRECUENCIA |
| R. FISICA | 3 60 | 2 40 | | 5 100 |
| R.MENTAL | 1 (14,28) | 3 42,85 | 3 42,85 | 7 100 |
| PSIQ. | 1 (16,66) | 3 50 | 2 33,33 | 6 100 |
| GERONT. | 1 20 | 2 40 | 2 40 | 5 100 |
| DOC. | | 3 (37,5) | 5 (62,5) | 3 100 |
| ADICC. | 1 (33, 33) | | 2 (66,66) | 3 100 |
| LAB. | | 1 (12,5) | 7 (87,5) | 8 100 |
| TOTAL | 7 16,66 | 14 (33,33) | 21 50 | 42 100 |

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los que ejerce en R. Física aspira en **alto** grado a ejercer en P.P.; la mayoría de los que ejerce en Psiquiatría aspira en grado **mediano** a la misma mientras que los T.O. que ejercen en R. Mental y en Gerontología se distribuyen mayoritariamente entre los niveles de aspiración **mediano y bajo**.

6. SATISFACCION DE METAS PROFESIONALES EN PRACTICA PRIVADA

CUADRO 31: Expectativas logradas en P.P.

| A | B | C | D | E | FRECUENCIA |
|----------|----------|----------|----------|--------|------------|
| 45 86,53 | 31 56,91 | 16 30,76 | 15 28,84 | 3 5,76 | 52 100% |

Fuente: Elaboración propia.

- A: Desarrollo y crecimiento profesional
- B: Reconocimiento de colegas y otros profesionales de la salud
- C: Lograr una derivación satisfactoria
- D: Lograr una rentabilidad satisfactoria
- E: No contesta

Un muy alto porcentaje de los T.O. en P.P. manifiesta haber logrado **desarrollarse y crecer profesionalmente**; casi el 60% también cree haber logrado el **reconocimiento de colegas y de otros profesionales**. En menor medida, alrededor del 30% han alcanzado un caudal de derivación y una rentabilidad satisfactoria.

CUADRO 32: Satisfacción en P.P. según la antigüedad en la misma

| SATISFACCION EN P.P | | | | | |
|---------------------|----------|----------|---------|------------|--|
| ANTIG. EN P.P | NO | SI | PARCIAL | FRECUENCIA | |
| 0-5 | 11 47,82 | 9 39,13 | 3 13,04 | 23 44,23 | |
| 6--9 | 6 54,54 | 4 36,36 | 1 9,09 | 11 21,15 | |
| 10--15 | 6 60 | 1 10 | 3 30 | 10 19,23 | |
| MENOR 15 | 3 75 | 1 25 | | 4 7,69 | |
| P.P DISC. | 4 100 | | | 4 7,69 | |
| TOTAL | 30 57,69 | 15 28,84 | 7 13,46 | 52 100 | |

Fuente: Elaboración propia

El cuadro muestra que la población en P.P. que manifiesta **no estar satisfecha** con los logros alcanzados según su antigüedad en la misma, está compuesta por la mayoría de los T.O que poseen *10 o más años de antigüedad en P.P.* incluyendo el 100% de los T.O. que se desempeñan en P.P. discontinuamente.

Los encuestados cuya evaluación de la P.P. es **satisfactoria**, está compuesta en su mayoría por los T.O. con antigüedad en P.P. *inferior a los 6 años* seguidos por T.O. con antigüedad inferior a los 7.

CUADRO 33: Satisfacción de P.P. según el lugar de trabajo

| LUGAR DE TRABAJO | SATISFACCION EN P.P | | | |
|------------------|---------------------|----------|---------|------------|
| | NO | SI | PARCIAL | FRECUENCIA |
| CONSULTORIO | 12 52,17 | 8 34,78 | 3 13,04 | 23 44,23 |
| DOMICILIO | 9 81,81 | 2 18,18 | | 11 21,15 |
| AMBOS | 7 43,75 | 5 31,25 | 4 17,39 | 16 30,76 |
| N/C | 2 100 % | | | 2 3,84 |
| TOTAL | 30 59,69 | 15 28,84 | 7 13,46 | 52 100 |

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro vemos que, de la población que se considera **insatisfecha** con su P.P. la mayoría se desempeña en el *consultorio* (40%). Lo mismo ocurre con los que se consideran **satisfechos** (53,33%) aunque por un margen mayor.

Los que se desempeñan en *ambos* espacios son los que mayormente alcanzan el grado parcial de satisfacción en P.P.

CUADRO 34: Satisfacción en P.P. según el área de práctica profesional

| SATISFACCION EN P.P | | | | | | | |
|---------------------|----|-------|----|-------|---------------------|-------|------------|
| AREA LABORAL | NO | | SI | | PARCIAL U OCASIONAL | | FRECUENCIA |
| R.FISICA | 18 | 62,06 | 8 | 27,58 | 3 | 10,34 | 29 |
| R.MENTAL | 5 | 45,45 | 5 | 45,45 | 1 | 9,09 | 11 |
| GERONTOL. | 5 | 83,33 | | | 1 | 16,66 | 6 |
| PSIQ. | 1 | 25 | 2 | 50 | 1 | 25 | 4 |
| ADICC. | 1 | 50 | | | 1 | 50 | 2 |
| TOTAL | 30 | 57,69 | 15 | 28,84 | 7 | 13,46 | 52 100 |

Fuente: Elaboración propia

Aquí vemos que, entre los **no satisfechos**, la mayoría está compuesta por T.O. que ejercen en *gerontología* y, en 2do lugar, por los que ejercen en R. Física y R. Mental. Los que se manifiestan **satisfechos** están integrados mayoritariamente por los que ejercen en *Psiquiatría* y, en 2do término, R. Mental

La satisfacción parcial es alcanzada principalmente por los T.O. que ejercen en *adicciones*.

CUADRO 35 : Satisfacción en P.P. según el área de práctica profesional

| GRADO DE ESPECIALIZACION | SATISFACCION EN P.P | | | |
|--------------------------|---------------------|----------|---------------------|------------|
| | NO | SI | OCASIONAL O PARCIAL | FRECUENCIA |
| ALTO | 8 40% | 10 50 | 2 10 | 20 38,46 |
| MEDIANO | 12 85,71 | 1 7,14 | 1 7,14 | 14 29,62 |
| BAJO | 10 55,55 | 4 22,22 | 4 22,22 | 18 34,61 |
| TOTAL | 30 57,69 | 15 28,84 | 7 13,46 | 52 100 |

Fuente: Elaboración propia

Obsérvese que los T.O. que se manifiestan **insatisfechos** están integrados principalmente por profesionales **mediana**, y en 2do lugar, **escasamente** especializados. Los T.O. **satisfechos** en su P. P. están integrados en su mayoría por T.O. **altamente** especializados.

CUADRO 36: Satisfacción en P.P. según la implementación de medios para incrementar la derivación.

| IMPLEMENTACION | SATISFACCION EN P.P | | | |
|----------------|---------------------|----------|---------------------|------------|
| | NO | SI | PARCIAL U OCASIONAL | FRECUENCIA |
| SI | 14 56 | 10 40 | 1 4 | 25 48,07 |
| NO | 13 68,42 | 2 10,52 | 4 21,05 | 19 36,53 |
| N/C | 3 37,5 | 3 37,5 | 2 25 | 8 15,38 |
| TOTAL | 30 57,69 | 15 28,84 | 7 13,46 | 52 100 |

Fuente: Elaboración propia

El cuadro muestra que entre los T.O. satisfechos, la mayoría **ha implementado** medios para captar un mayor número de derivaciones. Por el contrario, entre los **insatisfechos**, la mayoría no lo hizo.

CUADRO 37: Satisfacción económica en P.P.

| SATISFACCION ECONOMICA EN P.P | | | |
|-------------------------------|----------|----------|------------|
| SI | NO | PARCIAL | FRECUENCIA |
| 8 15,38 | 32 61,53 | 12 23,07 | 52 100% |

Fuente: Elaboración propia

Al inquirir concisamente sobre la satisfacción económica de los ingresos provenientes de la P.P. sólo el 15,38% se manifestó **satisfecha**, contra un 61,53% que consideró insatisfactorios dichos ingresos.

INTERPRETACIÓN

- Las *problemáticas referentes a la profesión de T.O.* que fueron identificadas por los profesionales encuestados giran, en su mayoría, alrededor del **desconocimiento** de los profesionales de la salud y sociedad con respecto a Terapia Ocupacional (91,94) y de la **escasa promoción** de la profesión como los principales factores negativos. También creen en la existencia de cierto grado de **confusión** entre los mismos T.O. para definir y delimitar el rol profesional e incumbencias del T.O. Otras problemáticas denunciadas por la mayoría de los profesionales fueron el **bajo status** profesional (60,40) y el **descreimiento médico** acerca de la formación científica del T.O. y eficacia de sus tratamientos (52,34). Otros factores hallados que merecen destacarse por su estrecha relación fueron: la **falta de compromiso y cohesión de los T.O.** (39,59) y la **falta de Ley de Ejercicio Profesional y de Colegio** (36,91).
- Al investigar sobre *la opinión de los T.O. acerca del conocimiento que los médicos poseen sobre T.O.*, el 33,55% consideró dicho conocimiento **suficiente y acertado**, mientras que el 66,44% lo calificó como **erróneo e insuficiente**. Así mismo, consideraron que el conocimiento médico (sea cual fuere su nivel) está dado en mayor medida por la **difusión que hayan implementado los T.O.** más que por la iniciativa de los médicos en informarse.
- El *status* del que goza la Terapia Ocupacional es considerado, por la mayoría de los encuestados, **igual** al de profesiones tales como

Psicopedagogía (69,11), Trabajo Social (64,70) y Kinesiología (53,23); **inferior** con respecto a Medicina (100%) y Psicología (52,94) pero **mayor** que el de Enfermería (57,80).

- Dentro de las *cuestiones que afectan negativamente el desarrollo profesional del T.O.*, nuevamente, el **bajo status profesional** se halla en 1er lugar, seguido por otras problemáticas con las cuales está íntimamente relacionado (escasa difusión de la profesión por parte de los T.O., descreimiento/desconocimiento de los médicos, falta de Colegio de T.O., etc).

Al circunscribirnos dentro de la esfera de la Práctica Privada hallamos que:

- Los *factores negativos implicados en P.P.* identificados fueron la **escasa derivación** (80,53); nuevamente el **descreimiento médico** (70,46) enfocado desde la preferencia de los médicos por derivar a otras disciplinas³¹. Los **bajos aranceles** (64,42) estipulados en convenios y Obras Sociales a los cuales la gran mayoría de los T.O. en P.P. debe ajustarse (ya sea por cuestiones de competencia con colegas o por contemplar la situación económica del paciente). La **escasa rentabilidad** (61,74) siendo ésta dada por la derivación discontinua, los gastos obligatorios mensuales y los bajos aranceles.

³¹ Cabe destacar que muchos comentarios giran alrededor de la causa de este descreimiento en los cuales muchos T.O. coinciden en que, si muchos médicos desconfían del profesionalismo y eficacia de los T.O., sería causado por su contacto con Terapeutas poco profesionales y que lamentablemente esta mala impresión se generaliza perjudicando al resto de los profesionales adecuadamente especializados.

- Al indagar sobre la *iniciativa de los T.O. en P.P. por promocionarse* en su actividad se halló que la mayoría de ellos **implementó medios** para captar mayor derivación y en casi la mitad de los casos, el resultado fue positivo.
- Al explorar acerca de los *factores que obstaculizan trabajar en P.P.* los encuestados identificaron en 1er lugar la **escasa derivación** (91,27); los **gastos** mensuales obligatorios que implica la P.P. (alquiler y servicios del consultorio, aportes previsionales y contribuciones impositivas) difíciles de costear a raíz de lo anterior (81,21); el **desconocimiento médico** (73,15) que a su vez es una causa de la escasa derivación. También denuncian los **bajos aranceles** en Obras Sociales y el **descreimiento médico** (44,96% en ambos casos). Por último, influye negativamente en P.P. la **mala situación económica del paciente** (39,59) por lo visto a un nivel tan generalizado que forzosamente el T.O. se ve obligado a reducir sus honorarios pactando a cambio un tratamiento más prolongado³².
- El grado de *aspiración por incursionar en P.P.* entre aquellos que nunca lo hicieron, es **alto** sólo para el 16,66% de ellos; casi la mitad de los que nunca trabajaron, (28,18% del total de la población estudiada), **no están interesados** (sea por el motivo que fuere: tipo de especialidad, trayectoria laboral, etc.). El restante 33,33% está **medianamente interesado**.

³²Efectivamente, han sido numerosos los comentarios apuntando a este fenómeno: dada la situación económica general, dada la necesidad del paciente de costear tratamientos muchas veces de más de un profesional de la salud, ante la perspectiva de "perder" el paciente, los T.O., no todos ellos pero sí la mayoría, por no contar con el status o renombre necesarios, se han visto en la situación de rebajar los honorarios por sesión a tal punto que la necesidad de **fijar una suma mínima y digna no negociable** fue discutido oportunamente en la Asociación Marplatense de Terapeutas Ocupacionales exhortando a todos los profesionales a respetar dicho acuerdo a fin de resguardar la necesaria dignidad del profesional y de la profesión misma.

- Al indagar los *factores por los cuales algunos T.O. NUNCA trabajaron en P.P.* se halló que los impedimentos principales fueron prever **elevados gastos** (47,61) y suponer una **escasa derivación** (45,23). Esto sería para los T.O. que, habiéndose interesado por incursionar en P.P., declinaron finalmente la idea; el 45,23% de los T.O. que nunca trabajaron en P.P. manifestó **no estar interesado** en ello.
- A su vez, *los T.O. que DEJARON la P.P.* lo hicieron principalmente por la **escasa derivación** (94,53), los **bajos aranceles** (78,18) y los **ingresos discontinuos** (70,90); también incidió la **mala situación económica** del paciente (52,72) quien, según muchos T.O., ante una emergencia económica, prescinde en primer lugar del T.O., prefiriendo conservar el tratamiento médico, fonoaudiológico, etc. Al comparar los argumentos de los T.O. que nunca ejercieron en P.P. con los de aquellos que dejaron la actividad privada, se pudo comprobar que las dificultades previstas por los primeros coinciden con los obstáculos afrontados por los segundos
- Los *T.O. que trabajan en P.P.*, lo hicieron en 1er lugar para **engrosar sus ingresos** (80,76); en menor medida, por interés en el **proyecto laboral** (57,69) y por considerarlo indicador de **desarrollo profesional** (55,76). Sólo el 21,15% sintió la necesidad de mayor **autonomía**.
- Las *expectativas logradas en P.P.* en mayor medida fueron el **desarrollo profesional** y el **reconocimiento de colegas** (86,53 y 59,61% respectivamente). Alrededor del 30% percibe una **adecuada derivación** y, en menor medida, una **rentabilidad acorde**. Sin embargo, sólo el 28,84% de los T.O. en P.P. se declara **satisfecho** en su P.P. contra el

57,69% que manifiesta **no estarlo**. Cabe destacar que pudo observarse que a menor antigüedad en P.P. mayor satisfacción en la misma, posiblemente dada por el grado de entusiasmo propio de los comienzos de una actividad reciente o de la diferencia de visión del profesional que no se halla encasillado/mentalizado aún en la Relación de Dependencia, teniendo en cuenta que, según pudo observarse, a menor antigüedad profesional, mayor antigüedad en P.P.

Así mismo, la *satisfacción en P.P.* se da en mayor medida entre los T.O. **altamente especializados** (66,66) como así también, entre los que **implementaron medios** para captar mayor derivación (66,66). Sin embargo, la satisfacción en P.P. enfocada *exclusivamente en el factor económico*, revela que solamente el 15,38% de los T.O. en P.P. manifiesta haberla logrado.

CONCLUSIONES

Explorar cuáles son las principales **problemáticas de la profesión** es, a nuestro entender, la base necesaria previa al análisis de lo concerniente a la Práctica Privada, siendo ésta una de las dimensiones del Ejercicio Profesional.

Se identificaron cuestiones tales como: *bajo status profesional, desconocimiento de la profesión entre la Sociedad y entre los profesionales de la salud, escasa promoción de la profesión por parte de los T.O., falta de compromiso y cohesión entre los T.O. en pos de la profesión, confusión entre muchos T.O. para delimitar y definir el Rol Profesional.*

Dichos fenómenos nos parecen elementos de un proceso de retroalimentación en el cual cada uno desemboca o favorece la aparición del siguiente. Sin embargo es interesante observar el siguiente hecho: si se intenta ordenarlos con un criterio de causa-efecto (quién causa a quién), en nuestra opinión, un orden coherente sería el siguiente: falta de compromiso y cohesión ⇒ falta de un cuerpo teórico consensuado ⇒ confusión entre los T.O. ⇒ escasa promoción (al no saber muy bien qué difundir) ⇒ desconocimiento de terceros con respecto a T.O. ⇒ descreimiento hacia T.O. ⇒ bajo status profesional ⇒ no derivación de pacientes.

Pero el hecho es que, al observar los porcentajes logrados por cada uno de estos ítems³³ vemos que aquellos detectados en mayor medida son,

³³Ver pág. 113 cuadro N° 14: Falta de compromiso y cohesión 36,91%, confusión entre los T.O. 69,79%, escasa promoción de la profesión por parte de los T.O. 80,53% , desconocimiento de la profesión 91,94%.

precisamente, los que podrían considerarse el producto final o la consecuencia lógica de los anteriores, o como suele decirse, la punta del iceberg. Ahora bien, la importancia de esto es que si se desea resolver una problemática, evidentemente lo más efectivo será actuar desde el origen del problema y no abordar el síntoma o el producto del mismo.

Por ejemplo: dada la identificación de una falta de compromiso hacia la profesión y cohesión entre los T.O. ¿pueden considerarse estos factores causantes de otros problemas? acaso una falta de lineamientos o criterios consensuados que nucleen posturas a seguir, para así mostrar una imagen más clara en el ejercicio del rol profesional y más contundente en los objetivos terapéuticos.

¿Existe un ejemplo más claro del "escaso compromiso y cohesión del T.O." que no sea la no existencia de Colegios y Leyes de Ejercicio Profesional en casi todas las provincias del país? La responsabilidad es exclusivamente de los T.O., no cabe apelar a argumentos tales como que "motivos ajenos operan en contra imposibilitando logros..." tal como ocurrió (y ocurre) con la cuestión de los códigos de prestación ante el Ministerio de Salud y Obras Sociales.

Veamos otro caso concreto: "muchos médicos no poseen suficientes conocimientos sobre T.O." ¿corresponde o no que el T.O. salga a "vender" su servicio o debe esperar a que el otro se interese al fin? la respuesta tal vez se resuma en "quien más urgentemente necesita que la situación se revierta, será quien primero deba tomar la iniciativa". Tengamos en cuenta que, según los profesionales encuestados, los conocimientos que el médico posee acerca de

T.O., provienen en mayor medida de la movilización del T.O. por difundir la profesión (por ende su trabajo), más que por la iniciativa del propio médico.³⁴

¿Por qué entonces no hacemos cargo, como Terapeutas Ocupacionales, de nuestros problemas analizándolos y resolviéndolos? Suena hasta paradójico que el T.O., que basa su herramienta profesional en el "HACER" pregonándolo como el medio para curar, promover, etc. etc., precisamente el T.O." NO HACE", para impulsar y promocionar su propia profesión, sus propios intereses.

En lo concerniente a la Práctica Privada, pudo observarse que todas estas problemáticas socavan las posibilidades de recibir un adecuado flujo de derivaciones poniendo así en riesgo las posibilidades del T.O. de acceder y/o mantenerse en este ámbito laboral. Tanto es así que, a la luz de estos datos, vemos que el **grado de aspiración por incursionar en P.P.** (entre los T.O. que sólo estuvieron en Relación de Dependencia) es *bajo*, en su mayoría (50% de la población); sin embargo, un gran porcentaje de los no interesados en la P.P., precisamente, consideran a los gastos y a la escasa derivación como los principales obstáculos a enfrentar. Esta suposición se confirma si la relacionamos con los **motivos que llevan a abandonar la P.P.** entre los cuales prima no sólo la escasa derivación y los gastos (difíciles de costear sin continuidad en los ingresos) sino que también aparece la problemática de los *bajos aranceles* en las obras sociales, el monto es tan exiguo que se suele pactar con el paciente una suma extra y lograr así unos honorarios

³⁴También arribaron al mismo resultado en estudios precedentes, ver pág. 57

profesionales acordes. Pero paralelamente a ésto, la otra realidad existente es la situación económica del paciente o familias muchas veces sobreexigidas al costear tratamientos prolongados o multidisciplinarios, (lo que hace que deban interrumpir el tratamiento o seleccionar entre los profesionales según el grado de indispensabilidad de su especialidad). De modo que la combinación de estos factores, en muchos casos hace que los ingresos de P.P. se tornen fluctuantes poniendo en riesgo la continuidad del T.O. en P.P.

Al analizar el **grado de aspiración por la P.P.** se halló además que el factor *antigüedad profesional* incide sensiblemente: a medida que ésta aumenta, disminuye proporcionalmente el grado de aspiración por incursionar en P.P. y viceversa; por lo tanto se infiere que el profesional con menos años de recibido es quien más factiblemente se proponga incursionar en P.P. (a pesar de contar con menos experiencia o trayectoria e incluso conexiones interpersonales).

Con respecto a las *áreas de práctica laboral* se halló que quienes mayormente aspiran a la P.P. son aquellos T.O. que ejercen en Rehabilitación Física.

El **factor motivacional que impulsa a la P.P.** fue, en mayor medida, el *económico*: la P.P. vista como una posibilidad de aumentar los ingresos; en un segundo plano, como un medio de desarrollarse profesionalmente. Sin embargo, al contrastar estas motivaciones con las experiencias vividas por los T.O. en P.P., es decir, con las **expectativas logradas en P.P.**, vemos que precisamente el aspecto económico fue el que logró satisfacerse en menor

medida. Sí, en cambio, en casi todos los casos se logró alcanzar desarrollo profesional y reconocimiento.

Con respecto a la *rentabilidad* los datos hallados mostraron ciertas diferencias (en el cuadro N°31 "Expectativas logradas en P.P." el 28,84% de los T.O. manifiesta haber logrado una rentabilidad satisfactoria; sin embargo en el cuadro N°37 "Satisfacción económica en P.P." solamente el 15,38% considera sus ingresos como "satisfactorios"). En nuestra opinión, es necesario tener en cuenta la existencia de un factor, muy subjetivo por cierto, tal como pudimos constatar durante la recolección de datos, que es el parámetro que la persona utilice para calificar sus ingresos de P.P. y estimar si éstos son satisfactorios o no. Veamos a continuación:

Si el individuo considera que los ingresos provenientes de P.P. constituyen, dentro de su economía, un "extra", (suma variable y/o no considerable en relación a un sueldo, por ejemplo) éstos serán recibidos de buen grado como todo extra que complementa o engrosa los ingresos estables o "verdaderos".

Distinto es si, por otro lado, el profesional encara la P.P. no como un medio para redondear sus ingresos, sino como una fuente de ingresos propiamente dicha, que haga a su economía personal. En otras palabras, que pretenda obtener de la P.P. una ganancia mensual aceptable y acorde, no un simple redondeo, sino algo así como "un sueldo más". Entonces, bajo este parámetro, forzosamente no será calificada como satisfactoria a una suma fluctuante o por debajo de cierto margen razonable.

Debido a ésto es que creemos que, al inquirir exclusivamente sobre la satisfacción económica (abstrayéndose de todo otro tipo de logro de expectativas) es que los T.O. juzgaron más críticamente sus ingresos de P.P. por lo que el porcentaje de aquellos que consideran haber logrado ingresos satisfactorios alcanzó solamente tan reducido número (15,38%).

Por último, para determinar el perfil del terapeuta ocupacional que más probable y efectivamente alcanza el éxito en Práctica Privada, se destacan las siguientes características:

- *antigüedad profesional* (promedio): **6 a 9 años**
- *antigüedad en Práctica Privada* (promedio): **6 a 9 años**
- *área de práctica profesional* : **Rehabilitación Física**
- *grado de especialización*: **mediano - alto**
- *población atendida*: **niños**
- *lugar de atención*: **consultorio en clinicas o en consultorios asociados**
- *número promedio de derivaciones mensuales*: **3**
- *implementación de medios para promocionar su actividad*: **sí**
- *tipo de medios implementados*: **relaciones personales, entrevistas con profesionales potenciales derivantes, haber trabajado o trabajar en importantes instituciones (ej. hospitales).**

BIBLIOGRAFÍA

- AGREST, Alberto: *Problemas éticos en la práctica médica*. MEDICINA, (Buenos Aires) 55, 1995.
- ANJOS FURTADO, Eliana: *Percepção acerca da Terapia Ocupacional*. Revista de Terapia Ocupacional. Vol. 2, Nº 1, 1991.
- BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; CARMINO, M.: *Fundamentos históricos en la construcción de las relaciones del poder en el sector salud*. OPS, Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la OMS. Bs As 1991.
- BERGER, P.L.; LUCKMAN, T.: *La construcción social de la realidad*. Ed. Amorrortu, Bs As 1986, 5ª ed.
- BUSH, JoAnn; POWELL, Nancy; HERZBERG Georgiana: *Career self-efficacy in Occupational Therapy Practice*. AJOT, Oct 1993 Vol. 47, Nº 10
- CHINOY, Ely: *Introducción a la sociología*. Ed Paidós, Bs As 1986
- CUNIETTI, S.; LAURENTIS, C.; PERNICE, M.: *Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer*. Tesis de Licenciatura de la UNMDP, Mar del Plata, 1993.
- DAVIS, Keith: *El comportamiento humano en el trabajo*. 6ª ed. (1ª en español), McGraw-Hill, México 1983.
- DEITCH, Cathy; GUTMAN, Sharon; FACTOR, Stephanie: *Medical resident's education: Implication for referral*. AJOT, Nov-Dec 1994 Vol. 48, Nº 11.
- "De producción Nacional". *Materia Prima*, Año 0, Nº1 Jun.Ago 1996
- FAUST, Lawrence; MEAKER, Myra: *Private Practice Occupational Therapy in the skilled nursing facility: creative alliance or mutual exploitation?* AJOT, July 1991, Vol. 45, Nº 7.

- FERNANDEZ, Verónica; FERNANDEZ, Luisa: *Expectativas profesionales en Terapia Ocupacional*. Tesis de Licenciatura de la UNMDP, Mar del Plata 1995.
- FILLOUX, J.C.: *La personalidad*. EUDEBA, Bs As, 1985.
- FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P.: *Tratado de Sociología del Trabajo*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1963.
- HOPKINS, Helen L.; SMITH, Helen D.: *Willard/Spackman Terapia Ocupacional*. Ed. Médica Panamericana, 8ª edición, Madrid, España, 1998.
- LAZERFELD, P.F.; SEWELL, W.H.; WILENSKY, H.L.: *La Sociología de las profesiones*. Ed. Paidós Bs As, 1971.
- LEME BRITO, Luiz P.: *A afasia do Terapeuta Ocupacional*. Cadernos de T.O. da UFSCar, Ano I, Vol. 1, Nº 2, Janeiro 1991.
- LEY 5511, Ley de Ejercicio Profesional de T.O. de la Pcia de La Rioja.
- McCLAIN, Linda; McKINNEY, Julia; RALSTON, Julie: *Occupational Therapists in Private Practice*. AJOT, July 1992, Vol. 46, Nº7.
- "Occupational Therapy Code of Ethics". By AOTA, AJOT, Nov-Dec 1994, Vol. 48, Nº11
- "Occupational Therapy Roles. By AOTA. AJOT, Dec 1993 Vol. 47, Nº12.
- OIT: *Clasificación Internacional uniforme de ocupaciones. CIOU'88*. Ginebra Oficina Internacional del Trabajo, 1991.
- "Promotion as key to success" MAGAZINE O.T. Practice, Vol. I, Issue 2, Feb 1996 by AOTA.
- REED, Kathlyn L.; SANDERSON, Sharon N.: *Concepts of Occupational Therapy*. Williams & Wilkins, 3rd edition, Maryland 1992.

- ROGERS, Joan; HOLM, Margo: *Accepting the Challenge of Outcome Research: Examining the Effectiveness of Occupational Therapy Practice*. AJOT Oct 1994, Vol. 48, N° 10.
- SACH, Delia; LABOVITZ, Deborah: *The caring Occupational Therapists: Scope of Professional Roles and Boundaries*. AJOT, Vol. 48 Nov 1994.
- "Statement of Occupational Therapy Referral". By AOTA. AJOT, Nov 1994 Vol. 48, N°11.
- TODARO, Rosalba; HOLA, Eugenia: *Los mecanismos del poder en la empresa moderna*. EMECÉ, Bs As 1992.
- Universidad Nacional de Mar del Plata: *Estudio de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Sociología de una Universidad Argentina*. Mar del Plata, 1989.
- VAN DEUSEN Julia: *What is the Role of the Occupational Therapist in managed care?* AJOT, Vol. 49, N° 8, Set 1995.
- VAZQUEZ VIALARD, Antonio: *El trabajo humano*. EUDEBA, Bs As 1979.
- YERXA, Elizabeth J.: *Who is the Keeper of Occupational Therapy's Practice and Knowledge?* AJOT, Vol. 49, N° 4, 1995.

ANEXO

Questionario

(Por favor marque con una cruz las opciones elegidas y utilice letra clara.
Muchas gracias)

1. ¿Cuánto hace que se recibió?-----

2. Mencione el área de trabajo-----

3. Especialización realizada a través de:

-Cursos de post-grado-----

-Cursos: inferiores a las 8hs de duración-----

de 8 a 20hs de duración-----

superior a las 20hs de duración-----

-seminarios: expositor----- oyente -----

-Conferencias: expositor----- oyente -----

-Participación en grupos de estudio-----

Mencione el tema-----

-Participación en trabajos de investigación-----

Mencione el tema-----

-Consulta bibliográfica-----

-Consulta a profesionales referentes-----

-Pasantías: lugar: ----- tiempo de duración:-----

-Experiencia adquirida exclusivamente por la practica asistencial -----

4. ¿Cree que la sociedad posee conocimientos acerca de que es T.O y que hace un T.O ?

Si No

-Conocimiento nulo-----

-Conocimiento escaso-----

-conocimiento suficiente-----

-conocimiento distorsionado-----

5. ¿Cree que el grado de conocimientos que poseen los médicos acerca de T.O tiene relación con:

-El índice o frecuencia de derivaciones a T.O-----

-Grado de valoración asignado al rol profesional del T.O-----

-Grado de interés por parte de los médicos en informarse-----

-Grado de difusión de la profesión implementada por los T.O-----

-Grado de información dada a los profesionales derivantes acerca de los tratamientos realizados en T.O----

-Otro. Explique:-----

-Ninguno-----

5.1 . ¿ Cree que el conocimiento que los médicos poseen acerca de T.O sea:

-Suficiente----- - Erróneo-----

-Insuficiente----- -Acertado-----

5.2 . ¿ Cómo cree Ud. que el medico adquiere conocimientos acerca de T.O ?

-Por su propia iniciativa-----

-Según la valoración que asigne a T.O-----

- Por la difusión de la profesión que realizan los T.O.
- Por la información del T.O al profesional derivante

6. ¿ Existen factores que obstaculizan la posibilidad de trabajar en P.P?

- Descreimiento de los médicos acerca de la eficacia de los medios terapéuticos implementados en T.O.
- Descreimiento de los médicos acerca de la formación científica del T.O.
- Desconocimiento de los médicos acerca de las funciones, alcances e incumbencias del T.O.
- Bajo índice de derivaciones
- Escasa difusión de Terapia Ocupacional entre profesionales de la salud y sociedad en general
- Bajos aranceles de las obras sociales
- Por tratarse de una profesión relativamente nueva
- Otro. Especifique: _____

6.1 ¿ Cuales condiciones cree necesarias en un T.O para trabajar en P.P ?

7. Indique que problemáticas en T.O pueden influir negativamente en el desarrollo profesional del terapeuta:

- La difusión de las incumbencias y rol profesional pueden ser considerada: escasa
nula
- La delimitación de las incumbencias y rol profesional puede ser considerada: escasa
nula
- Existencia de terapeutas que atienden patologías pertenecientes a distintas áreas
- Escasa jerarquización de la profesión (ej. Por falta de ley de ejercicio profesional y de colegiatura)
- Necesidad de informar acerca de la profesión a la sociedad
- Necesidad de informar acerca de la profesión en el área de la salud
- Otro. Explique _____

8.¿ Cree que T.O esta jerarquizada en el campo de la salud?

8.1 El estatus de T.O es mayor (M) menor (m) o igual (=) en relación a los siguientes profesionales:

Medicina _____ Kinesiología _____ Psicopedagogía _____
 Psicología _____ Trabajo Social _____ Enfermería _____

9. ¿ Cuales condiciones considera necesarias para trabajar en P.P?

- Ser un excelente profesional
- Lograr las relaciones y conexiones necesarias
- Manejarse con lenguaje técnico con los otros profesionales de la salud
- Informar periódicamente al profesional derivante sobre la evolución del paciente
- Otro. Explique _____

10. Si Ud. trabajo en P.P y dejo de hacerlo, mencione los motivos:

11. Si Ud. Nunca trabajo en P.P señale los motivos:

- No le interesa---
- Su especialidad no lo permite---
- No posee especialización---
- Considera que hay escasa derivación a T.O---
- Los gastos de previsión social, impositivos etc. superarían las ganancias---
- No cuenta aun con la experiencia y/o formación necesaria---
- Otro. Explique_____

12.Si Ud. Trabaja en P.P ¿qué lo motivo?

13. Indique desde que año se desempeña en P.P_____

- En que area_____
- Atiende en : consultorio-- domicilio--
- Población: niños--- adolescentes--- adultos----- gerontes---
- Solo--- asociado a otros profesionales (mencione la especialidad)_____

14. Implemento o implementa algún recurso para captar mayor numero de derivaciones

Si--- No---

¿Cuál?_____

¿Con que resultado?_____

15.¿ De que manera se acercan a Ud. los pacientes?

-Derivaciones medicas-- Nombre especialidad_____

-Otra_____

-Aproxime un numero promedio de pacientes que mensualmente le son derivados_____

16. ¿Cuáles expectativas logro concretar en P.P?

- Rentabilidad satisfactoria---
- Numero de derivaciones-----
- Alcanzar el desarrollo y crecimiento profesional-----
- Ninguno de los mencionados---
- Otro. Expilque_____

16. 1. Sus ingresos provenientes exclusivamente de P.P satisfacen sus expectativas

Si--- No---

Cuestionario aplicado a Médicos

Fecha:

Especialidad Medica:

Antigüedad en la profesión:

Lugar de trabajo:

-¿Podría formular una definición de Terapia Ocupacional?

_Marque con una X los campos de acción en los cuales cree Ud. que puede desempeñarse un Terapeuta Ocupacional:

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Psiquiatría | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Estimulación Temprana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Educación Especial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Lesionados neuromotores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gerontología | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Rehabilitación por tracciones, onda corta, infrarrojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Rehabilitación laboral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

-¿Podría nombrar a modo de ejemplo algunas de las funciones específicas y concretas del Terapeuta Ocupacional?

-¿A través de que medio conoció la profesión de Terapia Ocupacional?

1. Por referencia de colegas u otro profesional
2. Le informo un Terapeuta Ocupacional
3. En charlas o conferencias
4. Por observación en el lugar de trabajo

-¿Ha trabajado o trabaja en un equipo interdisciplinario que incluya a un Terapeuta Ocupacional? Si No

-Si contesto **Si**. ¿Qué grado de importancia asigno o asigna a los aportes de Terapia Ocupacional? Muy importante Importante Poco imp. Irrelevante

-¿Deriva o ha derivado pacientes a Terapia ocupacional? Si No

-Si contesto **Si**. 1. ¿Deriva a algún Terapeuta en particular? Si No
2. ¿Deja a cargo del paciente la elección del Terapeuta? SI No
3. ¿Qué tipos de diagnósticos presentan los pacientes derivados?

-Si contesto **No**. 1. ¿A que otra profesión deriva?
2. ¿Qué tipo de diagnostico deriva?
3. ¿Por qué no deriva a Terapia Ocupacional?

Cuestionario aplicado a la sociedad

1. ¿Sabe que es T.? No Si Aproximadamente

Definición dada: _____

¿Y la Psicología? No Si Aproximadamente

¿Y la kinesiología? No Si Aproximadamente

¿Cuál es la fuente de información? _____

2. ¿Sabe de que se ocupa el T.O? No Si Aproximadamente

¿Qué funciones tiene? No Si Aproximadamente

Mencione: Campo de acción: _____
Funciones _____
Otros _____

3. Ocupación del encuestado: _____

Edad aproximada del encuestado: _____

TESISTAS

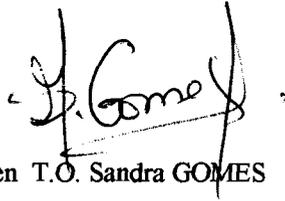


Alejandra Estela BIANCANI
DNI 14.565.065



Mariana Claudia LOZADA
DNI 18.614.920

PROF. GUÍA DE TESIS



Lic. en T.O. Sandra GOMES

REFERENCIAS DEL CAPITULO IV:

- (1) SCHEIN, E.A.: *Professional Education: some new directions*. New York, Mc-Graw-Hill 1972 pp.8-9. Citado por Reed y Sanderson, op. cit. p.245-246-
- (2) HOPKINS, Helen L.; SMITH, Helen D.: op.cit. Cap.7 , p.411.
- (3) REED & SANDERSON: op.cit. pp.243-244.
- (4) BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; CARMINO, M.: *Fundamentos históricos de la construcción de las relaciones de poder en el sector salud*. O.P.S. Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la O.M.S. Bs As, 1991.
- (5) AGREST, Alberto: *Problemas éticos en la práctica médica*. MEDICINA (Buenos Aires), 55: 173-178 (1995).
- (6) REED & SANDERSON: op.cit. Cap.III
- (7) BELMARTINO, S. et al. ; op. cit.
- (8) REED & SANDERSON: op. cit. Cap III
- (9) O.I.T.: *CIOU'88 Clasificación Internacional uniforme de ocupaciones* Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra 1991.
- (10) *Dirección de Estadísticas Universitarias*, Ministerio de Educación de la Nación.
Citado por SONNINO, S.; NOVICK, M.; BIANCHI, E.: *La Investigación en Salud en la Argentina*. OPS, publicación N° 36, 1993, p.145.
- (11) "Promotion as key to success" O.T. PRACTICE Magazine, Vol. I, Issue 2, February 1996 by AOTA.
- (12) REED & SANDERSON: op.cit. pp.245-346.
- (13) PERCIVAL LEME BRITTO: *A afasia do terapeuta ocupacional*. Cadernos de T.O. da UFSCar, Ano I , Vol. 1, N° 2, Janeiro 1991.
- (14) YERXA, Elizabeth J.: *Who is the keeper of Occupational Therapy's practice and knowledge?* AJOT, April 1995, Vol. 49, N°4.
- (15) HOPKINS, Helen L.; SMITH, Helen D.: op. cit. Cap 11, p.397.

- (8) CUNIETTI, S.; LAURENTIS, C.; PERNICE, M.: *Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer*. Tesis de Licenciatura, UNMDP, Mar del Plata, 1993.
- (9) PELCZARSKI, MARTA M.: *We cannot hang our hat on occupation alone* (carta al Editor). AJOT Jan-Feb 2000 Vol.53, N°1
- (10) FERNANDEZ, L.; FERNANDEZ, V.: *Expectativas profesionales en Terapia Ocupacional*. Tesis de Licenciatura, UNMDP, Mar del Plata, 1996.
- (11) "Sociología de una Universidad Argentina" Dtor del Equipo de Investigación Víctor Sigai, Arqto C.E en Sociología, UNMDP. 1989.