

2018

Análisis del autoconocimiento corporal en personal con diagnóstico de hemiplejía : una mirada de terapia ocupacional desde la educación postural activa

Di Carlo, Antonela

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/803>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

ANÁLISIS DEL AUTOCONOCIMIENTO CORPORAL EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE HEMIPLEJÍA

Una mirada de Terapia Ocupacional desde la Educación Postural Activa



Universidad Nacional de Mar del Plata

Tesis de grado para presentar en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social para optar al título de Licenciadas en Terapia Ocupacional

Por: Di Carlo, Antonela – Haag, Tamara Luciana - Mozo, Lourdes

MAR DEL PLATA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2018

ÍNDICE

Índice.....	2
Hoja de firmas.....	5
Agradecimientos.....	6
Introducción.....	14
Parte I: Estado del arte	
• Estado del Arte.....	18
Parte II: Marco conceptual	
★ CAPÍTULO I:	
Educación Postural Activa	
- De qué hablamos cuando hablamos de EPA.....	31
★ CAPÍTULO II:	
Cuerpo y Postura	
- Cuerpo.....	38
- Postura Corporal.....	43
★ CAPÍTULO III:	
Autoconocimiento Corporal	
- Auto-observación	49
- Senso-percepción	51
- Registro cortical	53
- Respiración consciente	55
★ CAPÍTULO IV:	
Hemiplejia post-ACV	
- Plasticidad neuronal	60
- Especialización de los hemisferios y lóbulos cerebrales.....	63
- Accidente Cerebrovascular	65
- Hemiplejía	67

- Trastornos perceptivos en la hemiplejía71
- Impacto en el Desempeño de la Actividades Básicas de la Vida Diaria..... 74

★ **CAPÍTULO V:**

Proceso Salud-Enfermedad

- La enfermedad como búsqueda de equilibrio78
- Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud 80

Parte III: Aspectos Metodológicos

• **Aspectos metodológicos de la Investigación**

- Problema de investigación84
- Objetivos de investigación84
- Variables de estudio85
- Dimensionamiento de la variable90
- Enfoque de estudio..... .96
- Tipo de estudio96
- Selección de Diseño de Investigación97
- Población.....97
- Muestra..... .98
- Método de la Selección de la Muestra98
- Criterios de Selección de la Muestra98
- Técnicas de recolección de datos99
- Procedimiento de recolección de datos..... 100

Parte IV: Análisis de los datos

- Presentación y análisis de los datos.....103
- Caracterización del universo poblacional.....104
- Nociones del autoconocimiento corporal109
- Desempeño de las ABVD118

Parte V: Conclusiones

- **Conclusiones**123

Bibliografía General..... .128

Anexos

- Anexo I: Hoja de Información y Consentimiento Informado.....137
- Anexo II: Evaluación del Autoconocimiento Corporal.....142
- Anexo III: Escala de Evaluación del nivel de Autoatención..... 147
- Anexo IV: Autorización de las autoras de ENA.....152
- Anexo V: Autorización del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur.....153

HOJA DE FIRMAS

Directora

Lic. en Terapia Ocupacional

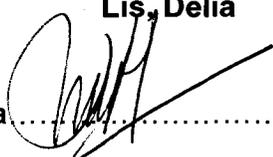
Porro, Sandra

Firma.....


Co-directora

Lic. en Terapia Ocupacional

Lis, Delia

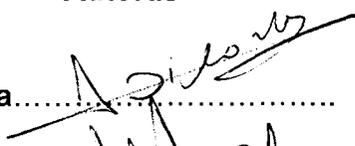
Firma.....


Asesoría Metodológica

Asignatura Taller de Trabajo Final

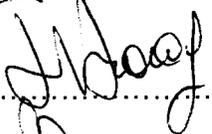
Autoras

Di Carlo, Antonela

Firma.....


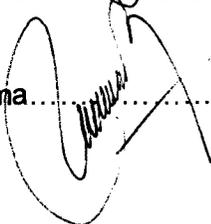
DNI: 34.092.564.

Haag, Tamara Luciana

Firma.....


DNI: 35.433.929.

Mozo, Lourdes

Firma.....


DNI: 33.387.660.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS DE ANTO, TAMI Y LU...

A nuestra directora de tesis, Lic. T.O. Sandra Porro, y a nuestra co-directora, Lic. T.O. Delia Lis, por compartir su tiempo, sus conocimientos, sus espacios. Nada de esto hubiese sido posible sin el apoyo que nos brindaron. Por ayudarnos a no bajar los brazos y por defender a la par nuestros ideales. ¡Infinitas gracias!

A INAREPS por abrirnos sus puertas, por confiar en nosotras y acompañarnos en el proceso. A todos los T.O. que nos brindaron un espacio ameno y confortable para realizar nuestra investigación, y a Marita, en especial, por estar siempre dispuesta a guiarnos.

A Norma Gordillo, por orientarnos en cada paso de nuestra investigación y por tu claridad al responder nuestras dudas.

AGRADECIMIENTOS DE ANTO...

Dedicado a mis tres estrellas.

Má, Abue Negrita y Agus...

Realizar la carrera de Terapia Ocupacional me permitió conocer muchísima gente hermosa que me enseñó mucho y que nunca voy a olvidar. Finalmente llegó el momento soñado, a las primeras personas que debo agradecer son a mis papás Claudia y Juan José, ellos me enseñaron el valor del esfuerzo y la perseverancia simplemente con su

ejemplo, me dieron todas las herramientas necesarias para defenderme y ante todo me dieron la vida, gracias Má y Pá. A mi hermano Agustín por soportarme con mis locuras, a mis abuelas Negrita y Clelia por darme consejos muy sabios y hacerme de modelo cuando estudiaba. A mis tíos Patricia y Fabián por acompañarme en este camino. A mi sobrino Benjamín y a su mamá Macarena, son muy importantes para mí.

Mi segunda familia, ellas son las mujeres de mi vida y me acompañaron desde el inicio. Antonela mi hermana del alma gracias por todo tu apoyo, sin vos hubiese sido aún más difícil este camino. Mi mamá postiza Graciela por aconsejarme y no dejarme nunca bajar los brazos, Tamara y Macarena dispuestas siempre a escucharme antes de rendir un final.

A Marlene mi hermosa amiga, la vida nos cruzó con una historia compartida y nunca más nos separó. Ella fue un apoyo muy importante, gracias amiga por esas noches de estudio y charlas que siempre me daban un empujón para seguir. Milena y Agostina amigas desde la infancia que siempre tenían la palabra justa para darme y unos mates para acompañar, en las buenas y en las malas siempre juntas, las adoro. A mis mejores amigos que nunca entendieron qué estudiaba ni porque me encerraba como una loca en casa, pero que siempre me acompañaron Leo, Ariel, Guido y Jonas. A mis queridas amigas de Montecatini, Miriam, Victoria, Giuliana, Florencia y Lorena por estar siempre y alentarme.

A lo largo de la carrera pude conocer gente maravillosa, pero hay dos personas que me fueron muy significantes por su filosofía de vida me ayudaron a calmarme y tomar las cosas de otra forma. Liona y Vanina las quiero gracias por estos años de amistad.

Llegando al final de este camino la vida me cruzo con una hermosa persona que me acompaño con mucho amor. Federico gracias por ser mi compañero y enseñarme otra interpretación de las cosas, tu energía, siempre pensando en positivo, Gracias.

A mis compañeros de Sol Creciendo por bancarme con mis distintos estados de ánimo, fueron seis años en la institución en los cuales conocí personas increíbles.

Para finalizar agradecer a Lourdes y Tamara, mis compañeras en este proceso de Tesis, creo que pasamos por todos los estados desde la euforia a la desesperación, pero si una se caía las otras dos estaban fuertes para levantarla. Disfrute mucho esta última etapa con ustedes, mañanas, tardes y noches compartidas que nunca me voy a olvidar. Las quiero mucho, gracias chicas.

Gracias a todas las personas que de una u otra forma estuvieron en este proceso y me ayudaron a crecer como persona.

AGRADECIMIENTOS DE TAMI...

Quiero agradecer en primer lugar a mi familia por apoyarme y alentarme en mi carrera, acompañando cada logro personal, tantas noches y días estudiando y dándoles las lecciones para rendir. Gracias por haberme escuchado y darme el espacio para seguir creciendo. Así que mi mayor agradecimiento es a ellos. Gracias María, Eduardo, Pablo y Jessica! Me gustaría dedicar especialmente unas palabras a mi gran compañera de vida Jessica, porque siempre me apoyó incondicionalmente en todos los buenos y no tan buenos momentos a lo largo de mi carrera, por brindarme un oído cuando más lo necesitaba, por darme siempre una palabra de aliento y por confiar en mí y en mis capacidades para superarme día a día. Y mis amadas mascotas por su amor incondicional, por levantarse conmigo en la madrugada cuando tenía que estudiar,

darme mimos, estar jugando con mis hojas para que les preste atención. Gracias More, Mithi, Mishina y Dido!

Quiero agradecerle con toda mi alma a Antonela por haberme elegido como su compañera de tesis y por ser el puente de unión con Lourdes para conformar nuestro grupo. Gracias chicas por ser parte de este gran proceso que fue el poder llegar acá. Porque nunca bajaron los brazos a pesar de los tropiezos que tuvimos. Porque siempre estuvieron dispuestas a defender lo que realmente queríamos hacer. Me alegra haberlas conocido y sacar de esta experiencia unas grandes personas y amigas!

Gracias a mi compañero Sebastián por apoyarme en este último periodo de mi carrera. Por brindarme un oído y tenerme paciencia cuando algo no me sale. Por alentarme día a día para que siga creciendo profesionalmente. Por recordarme que hay que disfrutar la vida y tomarse las cosas con calma. Que hay que mentalizarse en las cosas buenas y dejar que fluya la energía para lograr realmente lo que queremos en nuestras vidas.

No quiero dejar de agradecer a mis amados Ángeles y Arcángeles que me han acompañado toda mi vida y me han asistido cada vez que sentía que no iba a poder lograrlo. Sus mensajes me llenan el alma y me alientan a seguir adelante. No estoy nunca sola ya que ellos siguen mis pasos, me escuchan y me asisten si así lo deseo. Gracias por dejarme equivocarme y aprender de cada situación. Gracias al universo angelical y energético!

Por último y no menos importante, quiero agradecer a todas aquellas personas que fueron parte de mi aprendizaje en estos 10 años de carrera, entre ellos profesores/as, compañeros/as que guiaron mis pasos, me enseñaron a estudiar, a compartir, a aprehender, a crecer.

AGRADECIMIENTOS DE LU...

Se acerca el fin de este camino. Un camino que decidí empezar a transitar a mis 17 años, en Río Colorado, mi pueblo del sur. Un camino que sería mi primer camino. Recuerdo con claridad lo mucho que me costó subirme a ese auto y despedirme de mis afectos, de mi casa, de mis callecitas. Y lo mucho que también me costó transitar el primer año, lejos.

Hoy este fin del camino me encuentra diferente. Con el tiempo fui aprendiendo a crecer y caminar, y nada de ese camino, ningún tramo hubiese sido posible si no hubiese contado con todos los compañeros de ruta que transitaban siempre, o por momentos, estos años conmigo.

Para empezar, mi mamá y mi papá, que hicieron el esfuerzo desde el primer día, superando cada dificultad, para que hoy pueda estar acá, cerrando este ciclo. Alentándome y apoyándome para que siga caminando, confiando en mí y en mi fuerza, y tragándose las ganas de estar juntos para apostar a mi futuro. Nada de esto hubiese sido posible sin ellos.

A mis hermanos, Lorena, Juani y Joaquín, y a mi cuñada-hermana Erica. A ellos que me acompañaron desde el codo a codo, desde el sostén, insisténdome en que resistiera, en que siga, mostrándome día a día que ellos estaban ahí, caminando el proceso conmigo.

A mis sobrinos Fran y Matu, y a mi sobrina Cata, que me permitieron reencontrarme con mi niña y volver a jugar. Que me motivaron con sus mensajes de aliento y sus sonrisas siempre. Y que me hicieron más feliz...

A mi tía Silvana y mi tío Claudio, que fueron, desde su lugar, grandes trampolines que me impulsaban a avanzar, a creer en mí, a no tener miedo.

A mis amigas. ¿Qué decir de ellas? Mis amigas que son mi familia desde el primer día en que pisé la Facultad, aquel Marzo de 2006. Cuando todo era grande y asustaba. Cuando había que aprender a defenderse y a vivir en una ciudad enorme. Cuando había que aprender a estudiar, a cocinar. Mis amigas con las que compartí todos mis cumpleaños, tantos días de la madre, del padre, en los que no podíamos viajar a nuestros pueblos. Mis amigas con las que compartí cada instante de estos años, con las que compartí mis logros, mis tropiezos, mis miedos, mis alegrías. Mis amigas, las sogas de las que me agarraba cada vez que tenía que volver de mi pueblo y tanto me costaba. Las llaves que me salvaron todos estos años, como cuenta Benedetti.

A Marcos, mi compañero de vida, con el que camino desde 2009. Creo que nunca me alcanzarían los agradecimientos para él. Marcos fue el abrazo cotidiano diciéndome que confíe en mí, que me recordaba que yo podía. Fue el que estaba al lado, codo a codo, haciéndome el aguante cuando ya no tenía más ganas. Fue el que me preguntaba, desde adentro, cómo estaba, y me prestaba su oreja. Marcos nunca me dejó flaquear, me sostuvo y contuvo siempre, me alivió las cosas para que pueda dedicarme a estudiar, disfrutó mis logros y compartió, mano a mano, las difíciles. Esta meta es compartida totalmente con él, mi compañero.

A la familia de Marcos, mi familia de acá. ¡Gracias! Mi suegra Norma, mis cuñados-amigos Luifa y Ceci, mi abuela Antonia y mi tío Jorgito, y a todos los demás, que supieron alentarme a seguir siempre y acompañarme en el proceso. Y a Oscar, mi suegro, que hace unos años se transformó en brisa y viene a acariciarme la cara cada vez que lo necesito, viene a recordarme que tengo que confiar en mí y meterle siempre para adelante, y que, como él siempre me decía "A todo juego que tiene revancha, no hay que tenerle miedo".

La vida en Mar del Plata fue presentándose otros amigos y amigas fuera de la facultad, que han hecho este camino aún más lindo. A ellos también les agradezco, porque ellos también han sido mi motor y me han brindado siempre su apoyo y su sostén. Espero poder seguir caminando juntos siempre...

A Anto y a Tami, mis compañeras en este último paso, mis compañeras de Tesis. Quiero agradecerles el gran empuje que tienen, la garra enorme que pusieron para que todo esto salga bien. Quiero agradecerles el hermoso equipo que logramos formar, que fue mucho más allá de este proyecto que teníamos en común, que supo siempre salir adelante a pesar de todo. Gracias chicas, son personas muy lindas.

Y por último, y no menos importante, a esta Facultad, a esta carrera. Que me han regalado los mejores años de mi vida. A la Educación Pública que me permitió estar hoy acá, a tantos kilómetros de mi pueblo, estudiando la carrera que elegí. A mis docentes, a mis queridos docentes, que han sabido transmitir lo que aprendieron y lo que viven día a día con tanta pasión y tanto amor. Y acá es donde no puedo dejar de nombrar a Mariana Soria, que sembró tanto pero tanto en mí. Me hubiese encantado que hoy esté acá, subir la escalera de la Facultad y encontrármela ahí, en el pasillo, como siempre, y fundirnos en un abrazo. Porque sé que festejaría este logro tanto como yo. Pero sé que donde sea que esté, lo está haciendo y está feliz por su "Pichón Riviere para principiantes". Gracias Mariana por enseñarme a mirar, a escuchar, por enseñarme que mi tarea está en atender la necesidad subjetiva, por enseñarme que nada tiene sentido sin involucrarse realmente. Gracias por mostrarme a la T.O. que quiero ser.

Este es el fin de un proceso muy lindo, de años de lectura y de crecimiento, donde aprendí que los obstáculos se encarán, que las dificultades se asumen, que la confianza en uno mismo es la clave para avanzar, que hay que querer para poder, que a los miedos hay que enfrentarlos porque así se achican. Y también es el comienzo de un

camino nuevo, inquietante, desconocido, que nos encuentra con una gran variedad de herramientas para trabajar por la Terapia Ocupacional que queremos. ¡Gracias a todos por ser parte de este momento tan esperado!

INTRODUCCIÓN

Para finalizar nuestra Formación de grado de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, nos proponemos llevar a cabo una investigación con el objetivo de conocer *Autoconocimiento Corporal* que presentan las personas adultas con diagnóstico médico de Hemiplejia post accidente cerebrovascular y su impacto en el desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

De este modo, todo el planeamiento y desarrollo de nuestra Tesis se fundamenta en estos interrogantes que dan sentido y forma a nuestro Rol como Profesionales de la Salud.

El estudio se aborda desde el medio terapéutico Educación Postural Activa, desarrollado y llevado a cabo por la Licenciada en Terapia Ocupacional Sandra Porro, a partir del cual tuvimos el primer acercamiento al concepto de Autoconocimiento Corporal. La EPA tiene como objetivo incrementar la toma de conciencia del propio cuerpo a través de la escucha atenta y minuciosa de los procesos somáticos que facilitan el camino del autoconocimiento corporal. Desde una mirada holística e integral, entendemos al autoconocimiento corporal como resultado de un proceso reflexivo, que se desarrolla a medida que la persona participa activamente en la continua interacción entre los procesos orgánicos del cuerpo, el entorno y las intenciones.

El ritmo de vida acelerado y vertiginoso, tan común en estos tiempos, se presenta como una de las mayores dificultades al momento de detenerse a observar y percibir las necesidades del propio cuerpo, amenazando con nuestra salud, con nuestro equilibrio interno, "siendo el estrés uno de los mayores factores psicosociales causales de

accidente cerebrovascular, enfermedad neurológica cada vez más frecuente”¹, cuya secuela visible es la *Hemiplejia*.

Las personas con hemiplejia post-accidente cerebrovascular, sufren, no solo secuelas físicas, sino cognitivas, sensoriales y emocionales, distorsionando de manera brusca las nociones previas de las que su cuerpo se valía, consciente o inconscientemente, para ser autosuficiente en su desempeño cotidiano.

Considerando estos aspectos, planteamos la intervención de la Educación Postural Activa en personas con hemiplejia post accidente cerebrovascular desde la Promoción de la Salud en Terapia Ocupacional. Entendiendo a la Promoción de la Salud como un proceso continuo de desarrollo y cambio que involucra a la persona en su totalidad y al entorno que lo rodea. Dentro de este campo, la Terapia Ocupacional debe proveer herramientas para que las personas logren responsabilizarse y tener mayor control sobre su salud. Cabe la importancia de destacar que cuando hablamos de Promoción de la Salud no solo hacemos referencia a la misma en situaciones de salud ideal, sino sostenemos que, aún en la enfermedad, debe promoverse la salud en términos de mejoramiento de la calidad de vida de la persona, haciendo énfasis en sus potencialidades y no centrándonos en sus dificultades.

El cuerpo de la persona hemipléjica es un cuerpo difícil de habitar. Se trata de un cuerpo nuevo y medicalizado; un cuerpo residual; un cuerpo que es sentido a partir del dolor y la limitación; un cuerpo que sufre. Un cuerpo que no siente placer, un cuerpo que no se luce, no se muestra. Un cuerpo, en la mayoría de los casos, deshabitado.

Sentir el cuerpo, percibir cada una de sus partes, moverlo, preservarlo y cuidarlo, ayudan a reconocerlo. Se trata de habitar el cuerpo, habiendo previamente admitido que tenemos un cuerpo, que somos un cuerpo. Lograr una representación del propio cuerpo

¹ Pereyra Girardi, C., & Milei, J., & Stefani, D. (2011). *Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 225. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2819/281922826004/>. [Consulta: 24 de Octubre de 2017].

a partir del placer y el goce. Reconocerse en el propio cuerpo enfatizando las posibilidades y reforzando el deseo. Sentirlo y sentirse a partir de una profunda mirada hacia adentro, hacia sí mismo.

La Educación postural Activa conducirá a ese camino de re-descubrimiento, de conciencia y de escucha a las “nuevas necesidades” que se generan a partir del ictus y que impulsan a la persona a transitar este proceso dinámico, registrando atenta y minuciosamente sensaciones, posturas, movimientos, percepciones y emociones. El pasaje por ese proceso de introspección corporal le permitirá ubicarse y redefinirse como ser único y responsable de su salud, bienestar y calidad de vida.

“Descubre que su cuerpo es él, y que va más lejos, que es más rico y profundo que las palabras.

Descubre que puede detener ese monólogo continuo que constituye su pensamiento y obtener la prueba de su existencia a través de sus sensaciones”. (Thérèse Bertherat)

PARTE I

Estado del Arte

ESTADO DEL ARTE

Las búsquedas bibliográficas se efectuaron en la Biblioteca central de la UNMDP (Hemeroteca), en la Biblioteca de la Universidad Fasta, en el Centro Médico de la Ciudad de Mar del Plata, en la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales (AMTO) y en el buscador Google académico.

Los trabajos hallados brindan una aproximación a la investigación en cuestión, contribuyendo, a la misma, de manera directa o indirecta. Se decide así distinguir dos columnas de investigación pertinentes (Autoconocimiento corporal - Accidente Cerebrovascular), y de este modo proporcionar un mayor entendimiento al estudio.

- *Autoconocimiento corporal*

En 2012, en la Universidad de la Sabana, Colombia, se presentó la Tesis de Grado “Efectos del Método Feldenkrais en el tratamiento de Patologías de origen Mecánico de la Columna Vertebral: revisión de la literatura 2000-2012” con el objetivo de describir teóricamente los efectos del Método Feldenkrais en el tratamiento de patologías de origen mecánico de la columna vertebral encontradas en la literatura en el periodo 2000-2012.

El diseño de investigación de tipo documental, buscó proveer al Fisioterapeuta encargado de la rehabilitación de estas patologías, de un documento sólido y metodológicamente acorde a sus necesidades científicas en la práctica clínica.

En los resultados descritos por los estudios analizados, se encontró que los autores postulan al Método Feldenkrais como una intervención de abordaje efectivo y seguro en el tratamiento de las patologías de origen mecánico de la columna vertebral.

Los estudios encontrados muestran mayor enfoque en los efectos producidos por el Método Feldenkrais en el manejo del dolor. Dos artículos muestran el abordaje en la actitud postural y uno de estos refiere tener mejoras. Por otra parte no se evidenciaron artículos que relacionen la imagen corporal y el Método Feldenkrais².

En 2013, las autoras Gutiérrez M. Fernanda, Preckel Bárbara de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su Tesis de Grado: "Conocimiento y aplicación de la Educación Postural Activa en Adultos Mayores" realizaron una sistematización de una experiencia de campo de un taller de EPA en el cual se analizó la adquisición de autoconocimiento corporal necesario para el cuidado de la propia salud en un grupo de Adultos Mayores en el contexto del programa "talleres rotativos" de PAMI, en el centro de jubilados "Volver a vivir" de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo marzo-mayo del año 2012.

La investigación se corresponde con un estudio de tipo exploratorio con el fin de analizar y describir como la participación en un taller de EPA contribuye a la adquisición de autoconocimiento corporal (necesario para el cuidado de la propia salud) en las personas implicadas en el estudio.

² Meléndez, Y., Ñustes, D., & Ramírez, S. (2012) *Efectos del Método Feldenkrais en el tratamiento de Patologías de Origen Mecánico de la Columna Vertebral: Revisión de la literatura 2000-2012*. (Tesis de grado). Recuperado de: <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/8146>.

La observación participante, los cuadernos de campo y las entrevistas individuales posteriores a la implementación del taller, fueron las técnicas de recolección de datos empleadas en dicha investigación.

Al finalizar el trabajo de investigación, los resultados arrojados del análisis de datos, permiten afirmar, a modo de conclusión, que la aplicación de la EPA, posibilitó la adquisición de Autoconocimiento corporal (necesario para el cuidado de la propia salud) entendido como un proceso de aprendizaje, el cual depende de los implicados que el proceso sea sostenido y reforzado en el tiempo.

La aplicación del taller fue altamente beneficiosa para los adultos mayores, en tanto y en cuanto, logró abrir interrogantes acerca del autoconocimiento corporal y de esta manera se iniciaron en un proceso de autoconocimiento que les dio la posibilidad de estar más abiertos, receptivos, disponibles, a los mensajes que emite el cuerpo; además de apropiarse de herramientas que permitieron ampliar sus posibilidades de potenciar el control sobre su propia salud y que contribuyeron con un estilo de vida más saludable.³

En 2014, la autora Paolinelli, Natalia de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su Tesis de Grado: "Un análisis de la Actividad Tango desde Terapia Ocupacional. Entre giros y enrosques una posibilidad para el Autoconocimiento" investigó, mediante un cuestionario autoadministrado, cuales son los aspectos que promueven el autoconocimiento corporal, necesario para el autocuidado corporal en la vida cotidiana, en las personas que tomaron clases de tango salón en el espacio "Menesunda", de la ciudad de Mar del Plata en el mes de marzo.

³ Gutiérrez, M. & Preckel, B. (2013). *Conocimiento y Aplicación de la Educación Postural Activa en Adultos Mayores*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.

La investigación corresponde a un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, de campo y transversal. Empleó como técnica de recolección de datos, un cuestionario autoadministrado anónimo conformado por preguntas abiertas y cerradas.

Al finalizar su trabajo, concluyó que, en términos generales, las personas que toman clases de tango salón en Menesunda, presentan un concepto corporal adecuado de los aspectos que se trabajan en el tango. No fue posible afirmar la existencia de un registro “consciente” del propio cuerpo, debido a que el estudio se llevó a cabo en un único momento, y que el proceso de autoconocimiento requiere un periodo de tiempo particular para cada persona.

La actividad de tango facilita el camino al autoconocimiento y al desarrollo de la conciencia corporal y funcionamiento del propio cuerpo, por lo cual podría ser utilizado como medio terapéutico en todos los niveles de atención de la salud, con el propósito de promover una salud integral.⁴

En 2014, las autoras Ithurralde, V; Veloso, M. de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su Tesis de Grado: “El autoconocimiento corporal del Violinista en la Interpretación Musical. Un Análisis desde Terapia Ocupacional”, investigaron los aspectos que promueven el autoconocimiento corporal, necesario para el mejoramiento de la postura en el desempeño ocupacional en las personas que ejecutan el instrumento violín, en la ciudad de Mar del Plata en el mes de octubre.

La investigación corresponde a un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, cuyo diseño fue no experimental, transversal, descriptivo. Se trabajó con 16 personas que

⁴ Paolinelli, N. (2014). *Un Análisis de la Actividad Tango desde Terapia Ocupacional. Entre giros y enrosques una posibilidad para el autoconocimiento.* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina.

ejecutan el instrumento violín en el Centro de Estudiantes del Conservatorio de Música “Luis Gianneo”. Como instrumento de recolección de datos, utilizaron un cuestionario auto administrado por cada una de las unidades de análisis anónimamente.

Los resultados arrojados del análisis de datos, permiten afirmar que, en términos generales, las personas que interpretan el instrumento violín, poseen un escaso nivel de cuidado de sus cuerpos por falta de herramientas para decodificar los mensajes del cuerpo.

Los violinistas, en su mayoría, pudieron identificar la tensión o contractura tanto al ejecutar el instrumento como en la vida cotidiana, reconociendo diversas causas que lo provocan. Sin embargo no atienden las necesidades del cuerpo.

Ninguno de los encuestados dice presentar lesiones diagnosticadas, derivadas de la ejecución, por lo que consideran que su problema es leve y no realizan consultas médicas al respecto.

Las autoras concluyeron que los problemas físicos, están directamente relacionados con la cantidad de años de ejecución, la frecuencia semanal y las horas diarias dedicadas. Además, puede verse influido por la falta de una práctica regular de ejercicios de calentamiento, estiramiento, pausas en el estudio, conciencia corporal, que podrían contribuir a la reducción de las posibles patologías asociadas a la práctica musical. No obstante, más allá que la mayoría identifica los correctos apoyos y descarga de pesos, no son conscientes de la verdadera postura que adquieren al ejecutar el instrumento violín. Reconocen y definen correctamente la posición del violín y de su cuerpo al tocar pero manifiestan que no logran sostener la postura en el momento de la ejecución.

No fue posible afirmar que las personas que participaron de esta investigación, tengan un registro “consciente” de su cuerpo ya que se necesita sostener en el tiempo

cierta disponibilidad, responsabilidad y compromiso para lograr un nivel de autoconocimiento propio.⁵

En 2016, la autora Paganelli Castrignano, Yanina de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su Tesis de Grado: “Cartografías Corporales. Una mirada del abordaje corporal en Terapia Ocupacional”, desarrolló, desde la noción de cartografía, aportes conceptuales que permiten la construcción de otras modalidades de investigación, producción y abordajes corporales en el campo de la Terapia Ocupacional.

La investigación teórica se enmarca en un estudio de tipo exploratorio. Su método se basa en la recopilación documental de fuentes secundarias, en donde procedió a la lectura crítica de la bibliografía y a su tratamiento teórico. El mismo fue producto de la recolección, selección y relación de conceptos y nociones de diversas áreas (Terapia Ocupacional, Filosofía, Epistemología, Antropología etc.) del conocimiento a partir de las cuales construyó y propuso aportes y herramientas conceptuales para la creación de una modalidad de abordaje corporal desde TO.

La muestra fue representada por todos los textos significativos que constituyen el fundamento conceptual de este estudio, desarrollados y analizados en el cuerpo de la investigación.

El trabajo de campo está basado en la exploración y tratamiento de la documentación en sí misma, considerando a la investigación bibliográfica como una experiencia. Al nutrirse de las diferentes lecturas, que van entrando en conexión con otras; se transforma y produce conceptualmente, creando un campo, un territorio posible de ser recorrido, reconocido y explorado.

⁵ Ithurralde, V., & Veloso, M. (2014). *El Autoconocimiento Corporal del Violinista en la Interpretación Musical. Un Análisis desde Terapia Ocupacional*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.

La autora concluyó, que el desarrollo y entrelazado de los conceptos y nociones desplegadas en su trabajo de investigación podrán servir como “cama elástica” en donde cada salto propone nuevas formas de intervención, nuevas maneras de crear y recrear entrevistas iniciales, nuevas selecciones de actividades, nuevas formulaciones de metas, nuevas escuchas, nuevas sensibilidades en el encuentro; que cada rebote permita combinar ideas, observaciones, experiencias y vivencias, que cada rebote permita ir más lejos en los descubrimientos y que cada rebote facilite flexibilizar ideas y encontrar nuevas posturas, entramar y transformarnos.

Una Terapia Ocupacional Cartográfica como modalidad de abordaje corporal que se piense vibrátil y artesanal, que se autodefina sensible y siempre en curso⁶.

- *Accidente Cerebrovascular (ACV)*

En 2010, la autora Galizio, Florencia de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su Tesis de Grado: “Estudio sobre la Percepción acerca del Estado de Salud al momento del Alta de Pacientes Crónicos que sufrieron un Accidente Cerebrovascular y presentan Secuelas Motoras”, analizó la percepción sobre el estado de salud al momento del alta de pacientes crónicos que sufrieron ACV y presentan secuelas motoras, que fueron tratados en el área de Terapia Ocupacional, del Servicio Interdisciplinario de Rehabilitación del Hospital Municipal Dr. Ángel Pintos de la Ciudad de Azul, entre los años 2006 y 2009.

⁶ Paganelli Castrignano, Y. (2016). *Cartografías Corporales. Una mirada del abordaje corporal en Terapia Ocupacional*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.

La investigación corresponde a un estudio de tipo exploratorio-descriptivo. La muestra quedó constituida por nueve pacientes crónicos de ambos sexos. Utilizó como instrumento de recolección de datos, la recopilación documental de historias clínicas y legajos de pacientes con ACV así como también datos referidos al abordaje del tratamiento desde distintas disciplinas. Además, administro una entrevista semiestructurada basada en el cuestionario de Salud SF-36, la cual detecta tanto estados positivos como negativos, así explora la salud física y mental.

Al finalizar el trabajo, los resultados del análisis de datos arrojados, refieren un total desconocimiento de la patología respecto a la vivencia del paciente en relación al diagnóstico y el momento de ser comunicado, atribuyendo el impacto del diagnóstico a la falta de información recibida.

Respecto al Servicio de Rehabilitación, destacó la escasa, parcial o incompleta información que recibe el paciente al ingresar al Servicio sobre el diagnóstico, el pronóstico, las distintas fases del tratamiento y la posibilidad de secuelas. Por lo que el paciente con ACV establece de manera errónea una relación causa-efecto entre desempeño autónomo y logros en el área motora.

La autora sugiere, para futuras investigaciones, estudiar la percepción de/los familiares a cargo, sobre el estado del paciente crónicos con ACV dado de alta del área de TO y cómo esta influye en el tratamiento y en la propia percepción del paciente. Además de la importancia de un programa de prevención del ACV, la educación y la concientización de la población en general acerca de la patología⁷

⁷ Galizio, F. (2010). *Estudio sobre la Percepción acerca del Estado de Salud al momento del Alta de Pacientes Crónicos que sufrieron un Accidente Cerebrovascular y presentan Secuelas Motoras*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.

En 2013, la autora Lino, María Belén de la universidad Fasta presentó su Tesis de Grado de la Lic. en Kinesiología: "Efectividad del tratamiento del Control Postural utilizando la Nintendo Wii en pacientes hemipléjicos Adultos post ACV" con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento del control postural a través de un abordaje terapéutico que complementa el tratamiento kinésico convencional con la utilización de la Nintendo Wii en pacientes hemipléjicos Adultos post ACV de una institución de Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata.

El tipo de Investigación corresponde a un estudio de tipo correlacional, experimental puro, preprueba-postprueba y grupo control. Se trabajó con 20 pacientes pertenecientes a una institución de rehabilitación.

La distribución de la población fue aleatoria de dos grupos: uno al que se le aplicó el tratamiento kinésico convencional y otro llamado grupo Nintendo Wii y además recibió la terapia de rehabilitación a través del dispositivo virtual.

Como método de recolección de datos, llevó a cabo un análisis de la historia clínica de los pacientes donde recolectó al iniciar el trabajo los datos acerca de: nombre, edad, sexo, tipo de ACV, lado hemipléjico, utilización de dispositivos ortésicos, tiempo de evolución después del ACV, grado de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria según el Índice de Barthel y el logro máximo de independencia a nivel motriz. Confeccionó fichas personales tanto para las sesiones de kinesiología convencional como para las de rehabilitación virtual. Todos los pacientes fueron evaluados al inicio y al final del tratamiento a través de la Escala de Equilibrio de Berg (EB).

Los resultados obtenidos demostraron que para el tratamiento del Control Postural en pacientes hemipléjicos adultos post ACV, la rehabilitación a través del

dispositivo virtual Nintendo Wii es de gran eficacia. Por ello se la considera una herramienta válida en el área de la neurorehabilitación con la que cuenta el Kinesiólogo al momento de realizar su labor.

El constante avance de las tecnologías y las continuas investigaciones permiten una evolución en el proceso de rehabilitación y una posibilidad para brindar una mejor calidad de vida a los pacientes. Por lo que la autora, basándose en los resultados obtenidos en el presente estudio y corroborando las investigaciones consultadas, demostró que el programa Wii Fit debe ser considerado como un recurso interactivo y lúdico para el área de la rehabilitación, logrando además una motivación durante las sesiones de la terapia. La rehabilitación convencional mantiene su importancia ya que el grupo sometido sólo a ésta también registró resultados de progreso, en consecuencia la rehabilitación a través del dispositivo virtual incorporada al tratamiento kinésico convencional es importante de considerar.

Lino sugiere, como reflexión final, que deben continuar investigando acerca de esta innovadora terapia, siendo interesante el análisis de los resultados que se obtendrían en poblaciones mayores, que no difieran en cuanto al tiempo post ACV y en individuos que se encuentren en la etapa de sinergia.⁸

En 2014, Jorge Prieto Echave, de la Escuela Universitaria Gimbernat Cantabria, España, presentó su Tesis de Grado: "Análisis del Esquema Corporal en personas con lesión cerebrovascular de la Asociación de familiares de pacientes con daño cerebral adquirido de Cádiz (ADACCA)", con el objetivo de demostrar que dichos pacientes

⁸ Lino, M. (2013). *Efectividad del tratamiento del Control Postural utilizando la Nintendo Wii en pacientes Hemipléjicos Adultos post ACV*. (Tesis de grado). Universidad Fasta de Mar del Plata. Facultad de Ciencias Médicas, Buenos Aires, Argentina.

presentan una alteración del esquema corporal y analizó al mismo tiempo si las diferentes pruebas realizadas sirven para objetivar el estudio.

Se trató de un estudio transversal realizado en pacientes con lesión cerebrovascular. La muestra estuvo conformada por 15 pacientes con lesión cerebrovascular del centro ADACCA, y 15 controles con rango de edad comprendidas entre los 24 y 72 años. Todos ellos fueron sometidos a tres pruebas (Figuras solapadas, Autorreconocimiento y valoración de la propiocepción) de forma individual para comprobar si existía una alteración del esquema corporal.

Los resultados son relevantes, ya que son muy pocas las pruebas que valoran el impacto que tiene el ictus en el esquema corporal.

En este trabajo se desarrollaron dos pruebas para evaluar el esquema corporal, ambas se mostraron ser estadísticamente significativas en lo que respecta a su tarea. De las dos pruebas presentadas, Autorreconocimiento y Propiocepción, esta última se destacó por su fácil reproducibilidad, rapidez y bajo costo. Al mismo tiempo que permite al profesional obtener una visión muy concreta de la pérdida kinestésica de la movilidad. Son muchas las variables que se podrían extraer de dicha herramienta y son necesarias más investigaciones, no solo como herramienta de evaluación en pacientes con ictus, sino también en otras patologías neurológicas.

Tras el análisis estadístico, concluyó, que las muestras realizadas son sensibles para la detección de la alteración del esquema corporal, a la vez se comprobó que dicho esquema está alterado en los pacientes con ictus.

El hecho de que las diferencias hayan sido significativas en la extremidad superior, abre otro frente interesante a la hora de investigar. Por otra parte, expresa que quedan cuestiones en el aire, como por qué parece estar más afectado el esquema

corporal en miembros superiores que en miembros inferiores. Sería asimismo, interesante ver como el propio esquema corporal del paciente varía a lo largo del proceso de tratamiento e inclusive, comparar cómo las distintas técnicas de la fisioterapia afectan dicho esquema.

El autor considera que la investigación fue original y realizó aportes muy diversos, tanto a la hora de abordar el problema generando nuevas herramientas para evaluar el esquema corporal, como planteando nuevas líneas de investigación, a la vez que profundizo en un tema donde hace falta más investigación.⁹

⁹ Prieto Echave, J. (2014). *Análisis del Esquema Corporal en Personas con Daño Cerebral Adquirido*. (Tesis de grado). Recuperado de: <http://eugdspace.euq.es/xmlui/handle/123456789/56>.

PARTE II

Marco Conceptual

CAPÍTULO 1: EDUCACIÓN POSTURAL ACTIVA

DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE EPA...

Para comprender la Educación Postural Activa (EPA)¹⁰ es necesario definir los conceptos de los cuales se compone:

- Educación: entendiendo la educación en salud como el proceso de educación permanente orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que lo rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y saludable.¹¹
- Postural: La postura se determina y mantiene mediante la coordinación de los diferentes músculos que mueven los miembros, mediante la propiocepción (sentido que informa al organismo sobre la posición de los músculos, tendones y articulaciones) y también mediante el sentido del equilibrio. Está influenciada por factores culturales, hereditarios, profesionales, hábitos (pautas de comportamiento), modas, aspectos psicológicos, fuerza, flexibilidad, etc.
- Activa: En todo proceso de cambio se necesita de un compromiso de participación activa para realizar acciones que conduzcan a mejorar la salud y el bienestar. Debemos responsabilizarnos por

¹⁰ Abreviatura de Educación Postural Activa que será utilizada a lo largo de la investigación.

¹¹ Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. España: Díaz de Santos, p.28.

nuestras acciones, registrar todo tipo de sensaciones y el darse cuenta en el aquí y ahora nos permitirá efectivizar los cambios necesarios para estar mejor. Por lo que es totalmente necesario que la persona esté dispuesta a tener ese contacto. La conciencia del cuerpo hay que conquistarla y la conquista únicamente, el que se lo permite.

La EPA se sustenta tanto en el modelo de intervención de Anderson, en el que la educación de la persona es el objetivo primordial, como en otras disciplinas que tienen en común la concepción holística de la salud y el concepto del cuerpo, tales como Medicina Ayurveda, Psicología Gestáltica Corporal, Osteopatía, entre otras. A su vez, este medio terapéutico tiene sus cimientos en diferentes marcos teóricos que abordan las técnicas de concientización corporal, tales como Método Mézières, Rolfing, Feldenkrais, Antigimnasia, Eutonía, Reeducción Postural Global y Stretching Global Activo.

La EPA se fundamenta en la concepción de facilitar la creación de un proceso de aprendizaje en el cual el deseo y las ganas de aprender surgen de la propia persona que está motivada y estimulada en concordancia con sus propias posibilidades reales. La educación da la habilidad de percibir mejor las cosas. El fin de la educación es incrementar la toma de conciencia, adquirir el conocimiento permite liberarse del interlocutor y así empoderarse del propio cuerpo.

Tal vez si nos “educáramos” no deberíamos más tarde tener que “re-educarnos”.¹² El tomar conciencia del propio cuerpo, conduce al descubrimiento de vicios posturales o vicios de función y a la búsqueda de una postura armónica, flexible y libre de tensiones.

¹² Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro, S., Villar, G.,...Lis, D. (2016) *Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa*. En S. Porro. (1° ed), *Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional* (pp. 58). Miramar, Buenos Aires, Argentina: Editorial M.B.

Un cuerpo perfecto es sencillamente un cuerpo sin rigideces grabadas, por lo tanto no es más que la forma natural del cuerpo, la saludable, la que permite una continua adaptación a los cambios que la vida propone. Es la historia personal de cada persona la que va inscribiéndose en el cuerpo.

De esta manera inconscientemente la musculatura acumula tensiones en forma de corazas musculares que se van alojando en el cuerpo actuando primero como mecanismos defensivos para la supervivencia psicofísica de la persona y luego, con el tiempo y su persistencia, como frenos y limitaciones en el desempeño autónomo de su vida diaria influyendo esto directamente sobre su calidad de vida.

Se entiende por “corazas” a la cantidad de energía acumulada por la contractura muscular consecuencia de conflictos y situaciones de tensión cotidianas. Estas corazas actúan como una defensa ante el dolor pero conllevan inexorablemente a rigideces y deformidades. Rigideces que van rompiendo poco a poco la armonía y obligan a compensaciones posturales.

El sistema de equilibrio somático está constituido por todo el cuerpo en su conjunto, todas sus partes colaboran en la estructura postural, desde los pies hasta la cabeza. Siempre que haya un problema postural aunque el síntoma más relevante se manifieste en una zona determinada, todo el resto del cuerpo se ve afectado y tratará de, aún involuntariamente, resolver el problema como pueda. De esta manera todo el soma se compromete en compensar el desequilibrio estructurándose de una manera determinada.

Todos los profesionales de la salud que de una u otra manera enfocan su visión en el sistema músculo esquelético como sostén de la postura, reconocen que gran porcentaje de las personas utiliza sus músculos superficiales para el sostén y mantenimiento de su postura en lugar de utilizar la musculatura profunda.

El objetivo de la Educación Postural Activa se basa en dos pilares:

- *Acompañar a la persona en el re-descubrimiento de su cuerpo:*

El terapeuta en esta modalidad de abordaje acompaña y guía al sujeto en su experiencia, pone a su disposición conocimientos basados en su formación académica y en su experiencia clínica como así también su creatividad, cuando el devenir del vínculo terapéutico lo requiera y sea necesario para sostener el proceso de trabajo con el sujeto.

La observación atenta y minuciosa de los procesos somáticos a través de todos los sentidos facilita el camino del autoconocimiento y desarrolla la conciencia corporal. De esta manera la persona inicia un proceso de aprendizaje en el cual comenzará a tomar conciencia del funcionamiento de su propio cuerpo: patrones habituales de movimientos, modo de distribuir las tensiones musculares, alineamientos y /o desviación de los ejes óseos, el estado de los tejidos, etc.

- *Actuar sobre el sistema músculo-esquelético:*

Existe una verdad por ahora irrefutable que habla de la supremacía de la musculatura posterior, consecuencia de nuestra “bipedestación”, concepto básico acuñado por Françoise Mézières, fisiatra francesa creadora de la metodología de trabajo corporal global, que considera como una de las causas fundamentales de deformación corporal al acortamiento de la musculatura posterior. Esta cadena muscular está concebida no solamente para asumir una gran parte de los esfuerzos del cuerpo sino que su entretejido hace que el conjunto de los músculos posteriores se comporte como uno sólo y así, cualquier acción localizada provoca el acortamiento de la cadena entera. Con su gran potencial tracciona de sus inserciones óseas desalineando las articulaciones y deformando el cuerpo de mil maneras.

Para recuperar la fluidez perdida, la EPA apela a la movilización de todos los músculos del cuerpo a través de pequeños movimientos precisos que corresponden a la fisiología muscular intentando flexibilizar las compensaciones sin forzar nunca la amplitud articular. Es así como cada persona observa sus zonas vulnerables a la tensión y al dolor y a través de estos movimientos precisos e inteligentes aprende a disolverlas recobrando la movilidad y la vitalidad de los músculos consiguiendo un equilibrio saludable.

La elongación muscular es una de las herramientas de la EPA. A través de auto posturas de elongación de las diferentes cadenas musculares estáticas o posturales, se promueve la flexibilización de la musculatura superficial originalmente mejor preparada para el movimiento, dejándola libre de esfuerzos innecesarios procurando al cuerpo una experiencia de placer y bienestar que con el correr del tiempo es incorporada al esquema corporal.

La EPA tiene en cuenta que las movilizaciones corporales provocan movilizaciones emocionales, el cuerpo es un todo que no deja de lado las emociones. Las personas a través de los movimientos pueden liberar las historias que se fueron inscribiendo en su cuerpo y que quedaron aprisionadas bajo la forma de “corazas musculares”. Es imposible no observar estas manifestaciones teniendo en cuenta que el cuerpo nos habla de las emociones y sentimientos. El organismo es como un “entretejido”, y todos los factores externos e internos inciden, interactúan, y afectan al cuerpo de una u otra manera.

Modalidad de abordaje

La persona que desea ser acompañada desde este abordaje corporal es entrevistada en forma individual con dos propósitos fundamentales, por un lado recabar información de su historia corporal y expectativas de logros; y por otro para que la persona comprenda que este abordaje requiere de voluntad y deseo de enfrentar un proceso de cambio, que necesitará inevitablemente de un compromiso de participación activa en el proceso terapéutico.

Cada persona podrá responsabilizarse de su propio proceso de autoconocimiento mediante una participación activa. Cada movimiento, o postura de los que se realizan cobra sentido cuando pasa a estar integrado de manera natural en los “esquemas” (corporales-emocionales) que conforman el modo de “estar” y “moverse” y esto no será posible sin la experiencia vivenciada, que permitirá incorporarlo de manera natural, a la vida diaria.

Durante las sesiones se trabajan distintas partes del cuerpo para poder finalmente englobar al conjunto considerando al ser humano como un ser indivisible, complejo y único...y no a la suma de las partes.

Es así como cada persona recorre todos los “rincones” de su cuerpo intentando despertar todas las zonas que conforman la estructura somática, palpándose los músculos y tomándose el tiempo necesario para darse cuenta de lo que uno realmente siente. Se empieza entonces a conocer el cuerpo de una forma más amplia que basándose únicamente en el testimonio de los ojos.

Este abordaje se adapta a todas las edades y estados físicos, ya que considera al cuerpo como materia lábil, maleable y modificable. No importa la edad, las tensiones pueden ceder, las malformaciones desaparecer y el equilibrio restablecerse.¹³

Es un trabajo que requiere de paciencia, voluntad y del deseo de enfrentar un proceso de aprendizaje y cambio que se irá dando milímetro a milímetro. El cuerpo con sus sensaciones y también con sus enfermedades continúa siendo el canal principal de conexión con la totalidad de nuestro ser.¹⁴

¹³ Bertherat, T. (2013). *El cuerpo tiene sus razones. Autocura y antigimnasia*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós, p. 35.

¹⁴ Risiga, M., Pradolini, V., Daneri, S., Westman, S., Porro, S., Villar, G.,...Lis, D. (2016) Educación Postural Activa: Una manera diferente de pararse en la cornisa. En S. Porro. (Ed), *Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional* (pp. 51 - 63). Miramar, Buenos Aires, Argentina: Editorial M.B.

CAPÍTULO 2: CUERPO Y POSTURA

CUERPO

Existen dos formas de ver al ser humano: desde el exterior o desde el interior. Observados desde el exterior, los seres humanos son muy diferentes de los seres que parecen ser cuando se observan a sí mismos desde su interior.

Lo que se puede observar desde un punto de vista externo, desde una tercera persona, es siempre “un cuerpo”. Lo que un individuo ve desde su punto de vista interno, desde una primera persona, es siempre un “soma”. *Soma* es una palabra griega que tiene el significado de “cuerpo viviente”. Esta percepción, proveniente del interior, viva y consciente de uno mismo, es radicalmente distinta de la percepción que proviene del exterior de lo que llamamos un “cuerpo”.¹⁵

Thomas Hanna considera al ser humano, no sólo como un cuerpo externo sino también como un soma. Lo que hace único al hombre es ser simultáneamente sujeto y objeto. El ser humano es un sujeto que tiene consciencia de sí mismo, se siente a sí mismo y se mueve a sí mismo, mientras que, al mismo tiempo, es un objeto que puede ser observado y manipulado.

Desde una perspectiva holística, el individuo es su cuerpo. Este constituye la puerta de entrada al conocimiento de sí en tanto es el espacio en que se interconectan todas las experiencias vitales del sujeto, emociones, recuerdos, sensaciones, pensamientos, sentimientos, movimientos y experiencias con todo el ser. La palabra

¹⁵ Thomas, H. (1988). *Somática. Recuperar el Control de la Mente sobre el Movimiento, la Flexibilidad y la Salud*. (1ª ed.). México: Editorial YUG, p. 36.

“holística” deriva del vocablo griego “holos”, que significa “completo, entero”. La “holística” es una filosofía, una manera de mirar al ser humano según una determinada escala de valores que consiste en entenderlo como una unidad de cuerpo, mente, energía, espíritu, vínculos, medio ambiente, cultura, historia personal y todo aquello que lo conforman tal cual “es”.¹⁶

Según Alicia López Blanco, el cuerpo no es “algo natural” ni preexistente, sino que se construye a lo largo de un proceso basado en la interacción de los aspectos constitutivos de la persona con el entorno. Las experiencias derivadas de este intercambio se inscriben en el cuerpo y, al mismo tiempo lo van conformando como tal. El cuerpo es, de este modo, significado por las palabras que se le dedican, las formas de contacto con las que se lo aborda y la calidad y cantidad de sensaciones que le provee el medio físico que lo rodea.¹⁷

La autora sostiene que el cuerpo es un mensajero, que comunica, traduce, explica, muestra los diferentes mensajes que refieren a la persona como totalidad, es decir, “aquello que pasa en el cuerpo está pasando sincrónicamente en otro plano de la persona”. Sus distintas maneras de expresarse pueden llegar a poner en evidencia el mayor o menor grado de coherencia interna de la persona.

El cuerpo se expresa en un lenguaje sencillo al que López Blanco llama “lenguaje niño”. El registro consciente de los mensajes que el propio cuerpo emite, favorece y promueve el autoconocimiento. Ese conocimiento o saber acerca de uno mismo facilita procesos de cambio y sanación.¹⁸

¹⁶ López, Blanco, A. (2004). *El cuerpo tiene la palabra*. (1ª ed). Buenos Aires, Argentina: Editorial Robinbook S.A, p. 21.

¹⁷ *Ibíd*, p 86.

¹⁸ *Ibíd.*, p.12.

Estas palabras revelan la importancia de entender, que el cuerpo además de ser un instrumento facilitador para desarrollarse y desenvolverse cultural y subjetivamente, es un medio de comunicación muy eficaz cuando se aprende su lenguaje propio. Es el mapa físico de la conciencia, es decir, refleja la manera de funcionar en la vida.

Ida Rolf interpreta que el cuerpo humano funciona como un todo en el que cada una de sus partes está relacionada con las demás, de manera que una sola no funciona sin tener repercusión en el resto. El cuerpo de la persona está compuesto no sólo por lo físico, sino también por lo emocional, las creencias y los patrones de conducta. La fuerza de gravedad moldea el cuerpo porque es el espacio concreto en el que se mueve la persona. El equilibrio general del cuerpo está determinado por la forma de moverse de cada persona y por las experiencias que atraviesa a lo largo de su vida.

El cuerpo es la primera casa que cada persona posee y habita, es decir, “nuestro cuerpo es nosotros mismos. Él es nuestra única realidad aprehensible. No se opone a la inteligencia, a los sentimientos, al alma. Los incluye y los alberga. Por ello, tomar conciencia del propio cuerpo significa abrirse el acceso de la totalidad del ser, porque cuerpo y espíritu, lo psíquico y lo físico, incluso la fuerza y la debilidad, representan, no la dualidad del ser, sino su unidad”.¹⁹

De esta manera, en la medida en que cada persona se anime a descubrir su propio cuerpo, y comience a hacerse cargo de sí mismo, podrá tener una mirada integral de su ser, y será capaz que restablecer el equilibrio y de este modo poder sanar y liberarse al fin, de sus propias limitaciones.

¹⁹ Bertherat, T. (2013). *El cuerpo tiene sus razones. Autocura y antigimnasia*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós, p.13.

El cuerpo y su experiencia...

El conocimiento que adquiere todo el tiempo nuestro cuerpo de acuerdo a lo que hemos vivenciado de manera única e irrepetible, nos marca y nos deja huellas en nuestra vida. La dimensión corporal toma características externas e internas que permiten dar forma al “cuerpo vivido”.

Para muchos autores, el cuerpo es el lugar sagrado que sostiene toda la historia personal, almacena y permite acceder a cualquier evento que se haya vivido, incluso la concepción. Sostiene y cuida la energía individual, el vínculo con la vida y con el mundo.

Alexander Lowen, quien desarrolla la teoría bioenergética, sostiene que el cuerpo es la base para el funcionamiento en la realidad. Por lo tanto, cualquier mejora en el contacto con el mismo produciría un cambio significativo para la persona en su autoimagen, en la calidad de sus sentimientos, en su creatividad y capacidad de trabajo, en sus relaciones interpersonales y en su disfrute de la vida.

La bioenergética tiene como fundamento la proposición de que el individuo es su cuerpo, es decir que la forma en que el cuerpo desarrolla su energía propia influye definitivamente en el modo como la persona siente, piensa y actúa. Los trastornos en procesos energéticos vitales del cuerpo afectan tanto a la salud mental como a la física. “No tenemos cuerpo, sino que somos cuerpo y es en este, donde nuestros conflictos y bloqueos psicológicos van imprimiendo su huella y poco a poco, se va configurando nuestra coraza muscular en función de nuestras vivencias”.²⁰

Por su parte, desde el enfoque Gestáltico, James Kepner sostiene que “el sí mismo o <yo> es tanto corporal como mental. Existimos, amamos, trabajamos y

²⁰ Núñez, A. (2005). *Integración Cuerpo, Emoción y Mente: El Enfoque Bioenergético de A. Lowen*. Recuperado de: <http://psicologoslaureanocuesta.org/articulos/bioenergetica.pdf>
[Consulta: 18 de Abril 2017]

satisfacemos nuestras necesidades siempre cambiantes a través de nuestro ser físico y de nuestras interacciones con el mundo. La experiencia del cuerpo es experiencia del sí mismo, igual que el pensamiento, la imaginación y las ideas”.

Para el autor nuestro ser corporal es intrínseco a la relación con nuestro mundo y forma una base para el contacto con nuestro entorno tanto físico como especialmente humano, de modo que podamos satisfacer nuestras necesidades y crecer.

La separación entre el cuerpo y el sí mismo, y por extensión, la separación entre el cuerpo y la mente, es una adaptación a los sucesos perturbadores de la vida que se experimentan físicamente.

La persona es un todo, pero ha llegado a vivir la experiencia de sí misma como si estuviera constituida por partes separadas. La enfermedad es el resultado de esta escisión del sí mismo en partes y la mala identificación de una parte como el todo. Sólo puede ser curada por una terapia que vea a la persona como un todo y que no identifique, a su vez, el problema como si ocurriera tan solo en una parte.²¹

De este modo, escuchar, comprender y satisfacer las necesidades de nuestro cuerpo nos acerca a estados cada vez más sanos y emocionalmente más positivos y, por el contrario, prescindir del cuerpo y su sabiduría nos aleja de la realidad y nos deja en manos de lo mental. Así contempla la incorporación del cuerpo, la Psicoterapia Gestáltica y la Bioenergética.

Estas interpretaciones holísticas mencionadas acerca del cuerpo, permiten comprender cuan tan eficiente puede ser el propio cuerpo visto como un todo. El cuerpo es un tema del que se habla mucho, del que se dice mucho, como única manera de

²¹ Kepner, James I. (1999). *Proceso Corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. (1ª ed). Distrito Federal, México: Editorial El Manual Moderno, pp. 30, 49, 50.

poder enterarnos de lo que le pasa. Al permitirse detenerse, al menos un instante a escucharse, a percibir esas sensaciones y sentimientos, aquello que se piensa y no se dice y en consecuencia queda reprimido, se comprendería al fin, lo que el cuerpo quiere decir. Es en ese momento, en el cual la persona logra una mirada integral del propio ser, se comienza a transitar y explorar un cuerpo nunca visto antes, una nueva “identidad corporal”.

POSTURA CORPORAL

Una aproximación al concepto de postura...

Con el término *postura* se hace referencia a la posición del cuerpo en el espacio, lo que incluye tanto la postura que asume con respecto al entorno y a la superficie de apoyo, como la relación espacial entre los distintos segmentos del esqueleto.

La postura, es por tanto, el modo de estar de la persona y de relacionarse con todo lo que le rodea. En la adopción de una postura intervienen complejos mecanismos neurofisiológicos y biomecánicos así como factores físicos, relacionales y sociales.

El Sistema Postural está constituido por una especie de “central operativa” (el Sistema Nervioso Central) que tiene la capacidad de regular el equilibrio y la posición del cuerpo mediante los músculos posturales. A esta central operativa, llegan las informaciones de los receptores específicos situados en distintas partes del cuerpo, especialmente en los pies, los ojos, la boca y los dientes, el sistema vestibular (en el oído interno), la piel, los músculos y las articulaciones.

Los factores psíquicos, sociales y relacionales tienen también una importancia fundamental, porque la postura tiene un alto valor comunicativo y, además, porque son estímulos que pueden influir en el tono muscular, por ejemplo los estresantes.²²

La postura corporal podría definirse, según Alicia López Blanco, como “la manera en que una persona dispone su estructura ósea en el espacio y la calidad de su tono muscular al disponerlo”. Esta forma de colocar el cuerpo es rica en información acerca de características de la personalidad tanto como del funcionamiento del organismo. “La postura puede ser fija (la manera fija de estar en el mundo) o coyuntural según la mayor o menor plasticidad de la persona para cambiarla”.²³

Ida Rolf considera que las posturas físicas son manifestaciones inconscientes de las experiencias vividas, del estado anímico actual de la persona y de la influencia del exterior. Todos estos factores conforman la creencia corporal, que a su vez está determinada por la estructura del cuerpo, la coordinación de los movimientos, la relación entre los cinco sentidos y las reacciones físicas que generan, y la interpretación que cada uno da a sus posturas.

A lo largo de la vida, el cuerpo va adquiriendo su forma a partir de la relación con el medio familiar, escolar, laboral, con las enfermedades y accidentes que padece y con los patrones culturales, ya los adopte o los rechace. Según el método Rolfing, conocer el cuerpo propio es comprenderse a uno mismo.

²² Gattoronchieri, V. (2016). *La postura Correcta. Consejos y ejercicios para mantener la posición correcta de pie, sentados y en movimiento*. Recuperado de: <https://books.google.com.ar/>.

²³ López, Blanco, A. Op.Cit., p.102.

¿Qué es una postura correcta?

Andújar y Santonja (1996) definen postura correcta como "toda aquella que no sobrecarga la columna ni a ningún otro elemento del aparato locomotor", y postura viciosa "la que sobrecarga a las estructuras óseas, tendinosas, musculares, vasculares, etc., desgastando el organismo de manera permanente, en uno o varios de sus elementos, afectando sobre todo a la columna vertebral".

En nuestra cultura, la buena postura muchas veces se asocia con la idea de "estar derecho", y algunas personas interpretan esto como llevar los hombros atrás, el pecho adelante, la cabeza arriba y sostener la respiración. Pero, ¿cuánto tiempo es posible mantener esta postura? Lo inherente al ser humano es la acción, y no la quietud, por eso para Moshe Feldenkrais la postura humana es un equilibrio dinámico y estable.

Una buena postura, o *actura* como diría Feldenkrais, (una palabra que tiene más que ver con la acción que con el mantenimiento de una posición) involucra la flexibilidad y la estabilidad, no el estatismo y posiciones rígidas, permitiendo la alineación en las curvas naturales de la columna vertebral. Una buena *postura* entonces es aquella desde la cual el organismo puede moverse en cualquier dirección sin preparación previa²⁴.

Para Feldenkrais "la postura correcta es una cuestión de aprendizaje y desarrollo sentimental; el primer aprendizaje consiste en examinar las posibilidades del cuerpo de moverse y actuar. En la multitud de contracciones musculares indiferenciadas, se aprende a reconocer configuraciones que tienen pertinencia, sentido o relación con el mundo exterior del que el cuerpo forma parte".²⁵

²⁴ Kaufman, L. (2012). *Guía teórica: El cuerpo consciente con el método Feldenkrais*. Recuperado de: <http://www.leakaufman.com/wp-content/uploads/2012/05/guia-teoirica-el-cuerpo-consciente.pdf> [Consulta: 13 de Junio 2017].

²⁵Romano, D. (2013). *Introducción al Método Feldenkrais. El arte de crear conciencia a través del movimiento*. (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen, p. 59.

La descripción que Mézières hace del cuerpo normal coincide con la escultura griega del período clásico. Sostiene que la única morfología normal corresponde a la relación que presentan las proporciones de las diversas partes del cuerpo que caracterizan al arte griego del período clásico. Este arte es el único que ha podido representar al cuerpo humano tal como debería ser, es decir, como podría ser si realizase su verdadero potencial. El artista griego trataba de expresar una unidad corporal y moral, no utópica sino realizable, hacia la cual todo ser humano debería tender por respeto a sí mismo. La célebre serenidad que sella las obras de la gran época griega es la expresión de esta unidad consumada y de la perfecta salud física del sujeto, ya que para los griegos, no existía la belleza sin salud. Y no existía la salud sin la belleza de las justas proporciones.²⁶

Basándose en los fundamentos de Mézières, Thérèse Bertherat define como postura correcta aquella que vista de frente y estando de pie, con los pies unidos y con los brazos colgando, pueda ser descripta del modo siguiente:

- La clavícula derecha y la izquierda están en el mismo nivel, la una en relación con la otra.
- Las puntas de los pezones están en el mismo nivel.
- Las dos crestas ilíacas, es decir la parte superior del hueso de la pelvis que se advierte en la caderas, están en el mismo nivel.
- En los costados, los contornos, desde las axilas hasta las crestas ilíacas, son rectilíneos e idénticos.
- Las piernas unidas se tocan sólo en cuatro puntos: en lo alto de los muslos, en las rodillas, en lo alto de las pantorrillas y en los tobillos.

²⁶ Bertherat, T. (2013). *El cuerpo tiene sus razones: Autocura y antigimnasia*. (2° ed.) Barcelona, España. Editorial Paidós, p. 99.

- Los maléolos, es decir, los tobillos, están en equilibrio en relación con el eje vertical, pero el lado interno es más alto que el de afuera.
- Los pies se tocan desde el talón hasta la punta del dedo gordo. Son más anchos adelante que atrás. Sus bordes son rectilíneos.
- No se ven más que los arcos internos, visibles a pesar de los pies unidos.²⁷

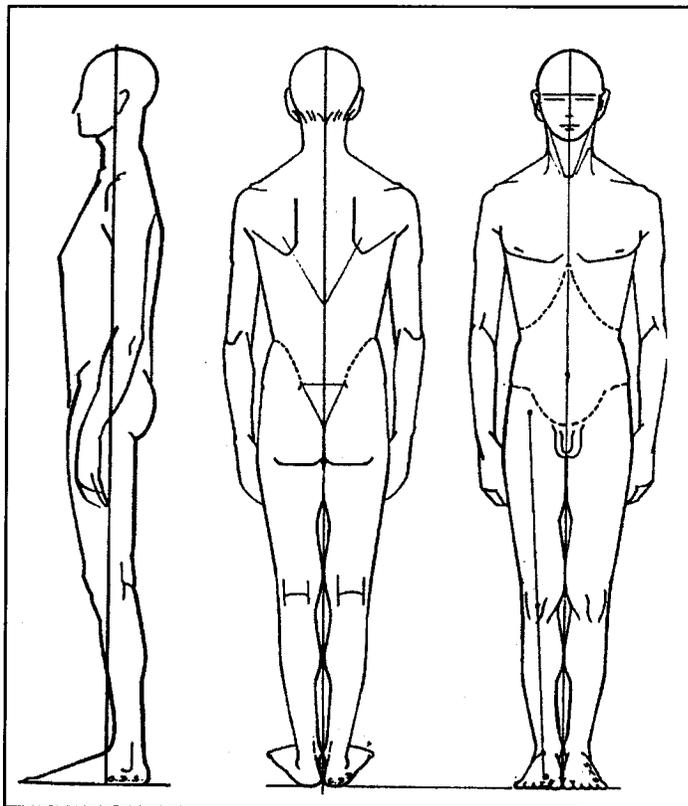


Figura N° 1: Postura correcta

²⁷ Bertherat, T. (1992). *La guarida del tigre*. Barcelona, España: Editorial Paidós, p. 68.

CAPÍTULO 3: AUTOCONOCIMIENTO CORPORAL

Aprender a saber cómo se actúa, es ser capaz de hacer lo que se quiere. Es hacer lo involuntario voluntario, lo desconocido conocido, lo imposible posible de realizar.

(Moshe Feldenkrais)

Nuestra manera de hablar, caminar, cantar y nuestra postura, nos caracterizan y reflejan nuestra conducta, actitudes y comportamientos. A menudo creemos que estas maneras de actuar más o menos eficientes, son las que más nos convienen y dejamos de aprender, limitando nuestro desarrollo y frenando la expansión de nuestro potencial y recursos verdaderos.

Ahora bien, gracias a la capacidad de aprendizaje del sistema nervioso, el cual evoluciona constantemente a partir de nuestra experiencia personal, podemos modificar nuestra manera de movernos y desarrollar nuevas habilidades, cuando efectuamos nuestros movimientos.²⁸

Sin embargo, muchas veces no prestamos atención a las sensaciones corporales, no es posible detectar las presiones que se ejercen sobre el propio cuerpo, dando por sentado aquí que el dolor, la postura incorrecta, la pérdida de energía y de vitalidad son inherentes a nosotros mismos, siendo estas en realidad señales de alarma que envía el cuerpo. Estas señales son las que debemos aprender a escuchar, dado que ésta es la manera de anunciar que “algo anda mal” y que no estamos siendo capaces de descifrar.

De esta manera nos “encontramos” a nosotros mismos de un modo fragmentado, parcializado. Thérèse Bertherat asegura que “una percepción parcial del cuerpo, es

²⁸ Ramón, S. (2016). *El Método Feldenkrais de Educación Somática*. Barcelona, España: In Puls Recuperado de: <http://www.metodofeldenkrais.com/metodo-feldenkrais/> [Consulta: 16 de Noviembre 2016].

aquella que se basa principalmente en el testimonio de los ojos, en las sensaciones de dolor y en el tacto para informarnos sobre nosotros mismos”.²⁹ De este modo, no se estarían reconociendo como propias aquellas otras manifestaciones corporales, percepciones, pensamientos, que también nos brindan conocimiento de nuestro cuerpo.

Entonces negarse a tomar conciencia del propio cuerpo ¿no significa negarse a aceptar una responsabilidad mucho mayor de la que tenemos con respecto a nosotros mismos?. No se trata simplemente de asumir “la carga”, sino más bien se trata de tomar las riendas de nuestras vidas, de aceptar y hacerse cargo de que lo que llamamos “cuerpo” es un todo integral, unidad que alberga alma, cuerpo y mente.

Para un mejor entendimiento acerca del autoconocimiento corporal, es preciso desglosar una serie de conceptos que forman parte del mismo y a su vez lo definen:

AUTO-OBSERVACIÓN

“La impaciencia me distrae del descubrimiento de ser yo misma la que puede”.

(Kesselman, Susana)

A través de la auto-observación es posible captar la conducta en el cuerpo y también el grado de sensibilidad disponible para esta captación.

Es la receptividad que cada persona posee para darse cuenta de las sensaciones que le llegan de los sentidos. Sensaciones que son la base de emociones, de pensamientos y de acciones en el interior de sí mismo y hacia el entorno.

²⁹ Bertherat, T. (2013). *El cuerpo tiene sus razones: Autocura y antigimnasia*. (2° ed.) Barcelona, España. Editorial Paidós, p. 68.

La observación de la conducta, instrumento privilegiado para el desarrollo de las ciencias del hombre, transforma a cada uno en un investigador de sí mismo, en un curioso de los comportamientos y sus consecuencias. Es la posibilidad de ejercer y desarrollar una vida más libre de hábitos inútiles, de comportamientos sin sentido, y de construir con libertad nuestro modo de ser, al menos de construirnos a nosotros mismos con un poco más de libertad.³⁰ Se trata de un “despertar corporal”, permitiendo agudizar y profundizar la capacidad de auto-observación.

Conocer- conocerse es un proceso de auto-observación, en el cual la persona experimenta una relación completamente con su propio ser. Observación de uno mismo, que lleva a descifrar los mensajes del cuerpo, a través de la lectura de las sensaciones, tanto conscientes, como también de aquellas hasta el momento “desconocidas”.

La observación de la propia conducta "corporal" se nutre de la observación de la conducta en el cuerpo de otras personas es decir, esta observación se refiere a varios aspectos del movimiento y del cuerpo, y puede, igual que la auto-observación, efectuarse por la observación, en el sentido más tradicional del término “lo que nuestros ojos ven” o en un sentido más amplio.

La auto-observación permite ser “observador” de las experiencias y sensaciones corporales relacionadas a las emociones que tienen que ver con la realidad interna de cada persona. Es una función natural del ser humano como respirar pero muchas veces la falta de atención a uno mismo, no deja ver con claridad lo que el cuerpo expresa en su hacer diario.

³⁰ Kesselman, S. (1990). *El pensamiento Corporal*. (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidós, p. 23.

SENSO-PERCEPCIÓN

*Siento los pies en el suelo
a veces abiertos, a veces cerrados.
Siento el suelo debajo de los pies
a veces frío, a veces lejano.
Mis pies y el suelo tienen un viejo diálogo
que a veces se repite,
que a veces se renueva.
(Susana Kesselman)*

Ser el cuerpo. Poner el cuerpo. Estar en el cuerpo. Hacer con el cuerpo. Sentir el cuerpo. Escucharlo, observarlo, respirarlo. Habitar el cuerpo. Reconocerse en el propio cuerpo. Hacerse cargo de él, como algo que pertenece, que no es ajeno, sobre el cual tenemos una gran responsabilidad.

El cuerpo, a través de los sentidos, adquiere un potencial de conocimiento, y la sensación se convierte así en la posibilidad de aprendizaje que el hombre tiene desde su propio cuerpo.

Siendo la auto-observación y la observación instrumentos privilegiados para el conocimiento del comportamiento humano y para su transformación, el grado de sensibilidad influirá en la calidad de lo observado. La capacidad de ser receptivos, de *estar presentes* en la sensación, multiplicará las potencialidades de una auto-observación más plena y más sensible.³¹

La representación del propio cuerpo se configura por una asociación estructurada de sensaciones que provienen de los sentidos. Por intermedio de esta representación,

³¹ *Ibíd.* p. 29.

*esquema e imagen corporal*³² son integrados en la conducta, en el movimiento, en la postura, pasando por los diversos centros nerviosos que aportan diferentes calidades, o distintas experiencias emocionales.

Las sensaciones que alimentan la representación provienen de los sentidos más ortodoxos - vista, oído, tacto, gusto, olfato - pero también desde otros menos conocidos. Hay una sensibilidad superficial y una profunda. La sensibilidad superficial abarca sensaciones térmicas, táctiles, dolorosas. La profunda se refiere a la sensibilidad en relación con sensaciones vinculadas a la presión, al peso, vibratorias, al sentido del movimiento, al sentido de la posición, a las sensaciones dolorosas profundas, viscerales. Sensaciones que llegan desde el interior del cuerpo, de los receptores, de las articulaciones.

También sensaciones que provienen de otros cuerpos. La mirada, la postura, el cuerpo de los otros, nos van construyendo la representación. Sin el conocimiento del cuerpo del otro, sería imposible el conocimiento de nuestro propio cuerpo y la estructuración de su representación dentro de cada uno.

“Aprendemos el movimiento a través de la sensación de movimiento” (K. Bobath). Esto indica la necesidad casi ineludible de proporcionar una sensación de movimiento normal para lograr un movimiento normal. Esto es así debido a que nos movemos porque sentimos, y sentimos porque nos movemos.

En fin, se entiende por *sensación* al resultado del registro de la realidad a través de los sentidos. El punto de partida de la consciencia tanto del propio cuerpo, como del mundo externo.

³² “No hay que confundir imagen del cuerpo con esquema corporal. El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie: es, en principio, el mismo para todos. La imagen del cuerpo, en cambio, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Soporte del narcisismo, es eminentemente inconsciente. Es la encarnación simbólica del sujeto deseante.” Françoise, Dolto. *La imagen inconsciente del cuerpo*.

La *percepción* es una estructura compleja donde se integran los resultados de los registros sensoriales, los aportes de la zona de la memoria y los contenidos emocionales. Por lo tanto la *senso-percepción* puede ser definida como un conjunto de experiencias hacia el conocimiento de uno mismo y el desarrollo de un lenguaje corporal propio.

Se podría decir que para modificar lo que nos provoca malestar o dolor corporal, tenemos que partir de lo más cercano a nosotros mismos, que no son más que las sensaciones que recibimos a través de nuestros propios sentidos (tanto externos como internos). Luego, la interpretación (*percepción*) de eso que hemos sentido.

REGISTRO CORTICAL

Desde la *Neuropsicología*, Luria entiende que la actividad mental guarda lugar con el trabajo concentrado de distintas estructuras cerebrales y que conforman Sistemas Funcionales Complejos que actúan como un todo.

El primer concepto para Luria es entender que los procesos mentales no están “localizados”, sino que son posibilitados por la integración de distintas estructuras que actúan concertadamente conformando “sistemas”. Diferencia tres grandes Sistemas Funcionales Complejos: el primer sistema regula el tono, la vigilia, los niveles de conciencia y estados mentales. Para esto, estructuras del tronco encefálico y diencefalo seleccionan la información y activan la corteza.

El segundo sistema, recibe, analiza y almacena la información que proviene del medio interno y externo. Comprende las regiones posteriores del cerebro, y su organización es jerárquica, desde lo menos específico a lo más complejo. Posee áreas

primarias altamente específicas para el análisis de la información, y secundarias para la síntesis y reconocimiento (gnosias). La mayor complejidad se alcanza en áreas terciarias donde se integran los distintos analizadores y se posibilita la conversión de la percepción concreta al pensamiento abstracto. Además permite la organización espacial y simultánea, y el desarrollo de procesos simbólicos con significación verbal.

El tercer sistema, posibilita la programación, regulación y verificación de la acción y se ubica en las regiones frontales del cerebro. Finalmente la corteza motora primaria constituye el canal de salida final de la información (homúnculo motor) que demanda de un programa concentrado de contracciones y estiramientos de músculos agonistas y antagonistas en la producción del movimiento propio de toda expresión corporal.³³

Otros modelos desarrollados sugieren que los aportes de los sistemas funcionales sean interpretados como progresivos niveles de integración de la información, que se van apartando de estructuras anatómicas concretas y perdiendo su modalidad específica. Thacher y John (1977) intentan definir niveles de análisis más complejos:

- *Sensaciones* o patrones espacio-temporales de información que llegan al Sistema Nervioso Central.
- *Percepciones*, o interpretaciones del significado de las sensaciones en el contexto de la información almacenada en experiencias anteriores.
- *Conciencia*, que representa un estado momentáneo de la circulación de la información en el seno de la actividad nerviosa.
- *Experiencia subjetiva*, derivada de la información de la conciencia y reorganizada en un episodio aislado de experiencia.
- *La autoconciencia*, que representa la percepción de experiencias subjetivas actuales, en relación con experiencias subjetivas previas.

³³ Luria, A.R. (1974). *El cerebro en Acción*. (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Fontanella. S.A, p. 146.

Al percibir cada movimiento, sensación y al tener un “registro cortical consciente” la persona puede detenerse, observarse y analizarse en la forma de ejecutarlo, permitiéndose la perfección del mismo, mejorándolo cada vez más y haciéndolo más fácil y minimizando el esfuerzo, como lo asegura Feldenkrais (1977): “un cuerpo bien organizado se mueve con el mínimo de esfuerzo y el máximo de eficiencia”.

Ahora bien, ya profundizados los diferentes conceptos que forman parte de la noción de autoconocimiento corporal, entendemos que éstos no son suficientes para definir la misma, ya que ninguno de estos procesos podría llevarse a cabo sin la función esencial y primaria de nuestro cuerpo: *respirar*.

La respiración es el puente entre el cuerpo y la mente, es el punto de partida en la toma de conciencia de nuestro cuerpo. Una herramienta primordial para conectarnos con el aquí y ahora. Según Alexander Lowen “Quien no respira profundamente reduce la vida de su cuerpo. Si no se mueve con libertad, restringe la vida de su cuerpo. Si no siente plenamente, limita la vida de su cuerpo. Y si está constreñida u obstaculizada la expresión de sí mismo, queda disminuida la vida de su cuerpo”.

RESPIRACIÓN CONSCIENTE

Cada vez que sentimos un interés, nos sorprendemos, nos asustamos, dudamos, efectuamos un esfuerzo o intentamos hacer algo, nuestra respiración se modifica. Lo

hace en distintas formas, que van desde contener el aliento por completo, hasta respirar tan rápidamente y con tan poca profundidad que nos parece quedarnos sin aire.

La mayor parte de las personas no utilizan toda la vitalidad que puede obtenerse de una respiración plena y regular, concordante con la estructura nerviosa y física del hombre, en la mayoría de los casos, ni siquiera saben lo que esa respiración significa.³⁴

Un pulmón saludable es capaz de inhalar más de 3,7 litros de aire, pero no puede expulsar el último medio litro ni siquiera mediante un esfuerzo consciente. Como en estado de reposo esa respiración parcial es suficiente, resulta fácil advertir que un ligero aumento del volumen respirado mejorará todo el proceso de oxigenación y el metabolismo en general.

Cuando se habla de una respiración completa o total se hace referencia al concepto de *respiración consciente*. La misma es entendida como una correcta respiración, normal y automática controlada como reflejo no condicionado por el centro respiratorio situado en el encéfalo. Interviniendo el ser humano de manera voluntaria consciente en determinados momentos, siendo ésta voluntariedad y conciencia la que lleva a la consecución de una respiración correcta, sana y consciente.

Respirar correctamente supone aprender a utilizar el diafragma de forma apropiada siendo este un músculo plano situado entre el estómago y los pulmones cuyo fin esencial es favorecer la respiración.

La respiración que se efectúa normalmente es la definida como torácica, localizada en la zona media y superior de los pulmones, no llegando a usarse en la gran mayoría de los casos la zona inferior de los mismos, la cual es la de mayor extensión. Debido a ello se necesita un mayor número de ciclos respiratorios para proveer al organismo del oxígeno que necesita, aumentando el ritmo cardíaco y conllevando no

³⁴ Moshe, Feldenkrais. (1992). *Autoconciencia por el movimiento: Ejercicios fáciles para mejorar tu postura, visión, imaginación y desarrollo personal*. (10ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidós, pp. 177-178.

realizar una respiración económica ni óptima (mayor cantidad de aire y menos esfuerzo).

El uso del diafragma aumenta el volumen de oxígeno que llega a los pulmones debido al descenso de este hacia la zona abdominal, facilitando que el aire descienda hasta la parte baja de los pulmones y ocupando de forma racional todo el espacio de almacenaje de los mismos de manera progresiva, primero se llena la parte más baja de los pulmones (fase abdominal), luego la parte intermedia (fase torácica) y por último la más alta (fase clavicular) realizando una respiración total.

La respiración completa o consciente es el mejor ejercicio de respiración que existe, puesto que sólo ella permite utilizar todo el aparato respiratorio con el máximo rendimiento. Hacer consciente este proceso supone activar el uso voluntario de los músculos abdominales y de los músculos auxiliares de la respiración del tronco.

Aprendemos a respirar a partir de la respiración misma. Se aprende a conectar la respiración interna con la respiración externa. Cuando integramos el proceso completo en la mente y en el alma entonces ya hemos logrado el aprendizaje de la respiración. Por eso, lo llamamos *respiración consciente* porque estamos plenamente atentos a la conexión totalitaria del ritmo respiratorio. Corregir, reeducar y reprogramar los hábitos respiratorios es, en última instancia, volver a los orígenes de nuestra existencia, retomar las riendas y ser conscientes de quiénes somos y hacia dónde nos orientamos.

Todos los conceptos que hemos desarrollado hasta aquí, nos permiten definir al *Autoconocimiento Corporal* como la toma de conciencia sobre el propio cuerpo o mejor dicho como “una actitud de escucha hacia sí mismo, de atención interna, que se

desarrolla a medida que el individuo participa activamente en la continua interacción entre los procesos orgánicos del cuerpo, el entorno y las intenciones”.³⁵

Esta noción de conciencia se acerca más a lo entendido como conocimiento, diferenciándose de la noción de conciencia que usualmente se identifica con el estado de vigilia. La diferencia se puede apreciar en la siguiente cita de Feldenkrais: "Puedo subir la escalera de mi casa, con plena consciencia de lo que lo estoy haciendo, y sin embargo ignorar cuántos escalones he subido. Para saber cuántos hay, debo subir por segunda vez, prestar atención, centrarme y contarlos".³⁶ La conciencia somática es darse cuenta de lo que se hace, se piensa y se siente cuando se está despierto. De este modo, "la toma de conciencia de lo que el cuerpo expresa promueve el autoconocimiento y la autocuración".³⁷

"Contactar-se y aprender a interpretar los mensajes que el cuerpo emite a través de síntomas y sensaciones estimula el desarrollo de la capacidad de escucharse y atender a las propias necesidades".³⁸

El cuerpo relata las experiencias vividas a través de posturas, gestos, calidad de movimiento, formas de tacto y contacto, síntomas y enfermedades. Todos estos signos conforman un verdadero lenguaje que posee una sintaxis y una semántica. "La escucha atenta de sus frases, oraciones y párrafos facilita la ampliación de la conciencia y ofrece una sólida base de sustentación para la evolución y trascendencia del ser humano".³⁹

Coincidiendo con lo expresado por Bertherat (2013) "la toma de conciencia del cuerpo constituye un trabajo preliminar... Como un pintor prepara su tela, un alfarero la

³⁵ Carvajal, J. C., & Rodríguez, M. U. (2010). *La educación somática: un medio para desarrollar el potencial humano. Educación física y deporte*, 20(1), 31-43. Recuperado de: <http://www.metodofeldenkrais.com/wp-content/uploads/2014/09/EDUCACION-SOMATICA.-pdf.pdf>.

³⁶ Moshe, Feldenkrais. (1992). *Autoconciencia por el movimiento: Ejercicios fáciles para mejorar tu 1postura, visión, imaginación y desarrollo personal*. (10ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidós, p. 58.

³⁷ López Blanco, A. Op. Cit, p.143.

³⁸ *Ibíd*, p. 73.

³⁹ *Ibíd*, p. 92.

tierra, debemos preparar nuestro cuerpo antes de servirnos de él, antes de esperar resultados satisfactorios. Es el estado a priori del cuerpo el que determina la riqueza de la experiencia vivida. Una vez despierto, el cuerpo toma iniciativas, ya no se contenta con recibir, con padecer, con <encajar>. Al tomar conciencia de nuestro cuerpo, le concedemos una influencia sobre la vida".⁴⁰

El autoconocimiento es, entonces, producto de un proceso reflexivo en que la persona adquiere noción del conocimiento propio, aprende a percibir las funciones internas y a mejorar el control que ejercen sobre las funciones somáticas. Atravesar este proceso para conocer nuestras manifestaciones, necesidades, habilidades y debilidades, nos conducirán indispensablemente a entender y percibir el cuerpo como una unidad.

⁴⁰ Bertherat, T. (2013). *El cuerpo tiene sus razones: autocura y antigimnasia*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós, p. 85.

CAPÍTULO 4: HEMIPLEJÍA POST-ACV

El campo de las Neurociencias se ha encargado de estudiar el proceso de reorganización cerebral después de una lesión, los beneficios de la rehabilitación temprana aun a largo plazo y los cambios funcionales/organizacionales del cerebro a través de los años.

Se han descubierto diferentes formas de crear conexiones neuronales apropiadas aprovechando la forma en que el cerebro normalmente lo hace a través del aprendizaje. Esta evidencia indica que los circuitos neuronales del cerebro continuamente se remodelan para codificar nuevas experiencias y ser capaces de producir cambios en el comportamiento.⁴¹ Uno de los mecanismos responsables de generar estos cambios es la *Plasticidad Neuronal*.

PLASTICIDAD NEURONAL

Se conoce como plasticidad neuronal “a la capacidad cerebral para minimizar los efectos de las lesiones a través de cambios estructurales y funcionales, lo que permite al cerebro reaccionar o ajustarse a cambios ambientales internos y externos bajo condiciones fisiológicas o patológicas”.⁴²

A lo largo de los años y gracias a distintas investigaciones se han podido identificar diferentes mecanismos que se consideran son la base de la plasticidad

⁴¹ López Roa, L.M. (2012). *Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación*. *Revista Universidad y Salud*, 14 (2), pp. 197-204. Recuperado de: [://www.researchgate.net/publication/262669391](http://www.researchgate.net/publication/262669391) Neuroplasticity and its implications for rehabilitation. [Consulta: 25 de Agosto de 2017].

⁴² *Ibíd.*

cerebral. Cada uno de ellos realiza un aporte importante y significativo para obtener como resultado la compensación cerebral ante la lesión. Dentro de los más significativos se encuentran:

- Sinaptogénesis reactiva: crecimiento de un cuerpo celular hacia otro como consecuencia de su crecimiento normal.
- Compensación conductual: después de un daño cerebral pueden desarrollarse nuevas combinaciones de conductas; un paciente puede usar diferentes grupos de músculos u otras estrategias cognitivas.
- Desenmascaramiento: se entiende como aquellas conexiones neuronales en reposo que están inhibidas en el estado normal y que pueden activarse, después de un daño cerebral.
- Colateralización: hace referencia al crecimiento que ocurre a expensas de axones sanos que pueden provenir de neuronas no afectadas por la lesión o de ramas colaterales de los mismos axones dañados que la lesión no llegó a afectar.
- Sinapsinas y neurotransmisores: las sinapsinas son fosfoproteínas que aglutinan vesículas sinápticas y las unen al citoesqueleto de las membranas, los neurotransmisores además de mediar una información transináptica pueden inducir efectos de sinaptogénesis y reestructuración neuronal.
- Potenciación a largo plazo: este es un proceso cerebral de aprendizaje y memoria que involucra la plasticidad sináptica.

Diferentes estudios consultados durante nuestra búsqueda bibliográfica ratifican los siguientes conceptos: a fines del siglo XX, “en trastornos como la enfermedad cerebrovascular, se consideraba que los tres primeros meses eran los críticos para

lograr el restablecimiento funcional del paciente afectado; investigaciones han demostrado recuperación funcional cuando se aplican las medidas de neurorehabilitación apropiadas, aun años después de padecida la lesión neurológica”.⁴³

En otro orden de ideas, varios estudios realizados sobre personas con hemiplejía demuestran que en la recuperación funcional a través de la rehabilitación, “los mecanismos de plasticidad difieren dependiendo de la cronología respecto a la lesión”. Pueden llevarse a cabo de dos formas: plasticidad rápida y plasticidad a largo plazo.⁴⁴

La plasticidad de aparición rápida, a los pocos minutos tras la lesión, se debe a cambios inducidos en la corteza motora, facilitados por el ejercicio (rehabilitación) y se basa en el desenmascaramiento de sinapsis latentes. Mientras que en la plasticidad tardía, se generan cambios permanentes en la corteza cerebral, en la mayoría de ocasiones aparecen nuevas vías motoras que arrancan de la corteza motora del hemisferio sano y se dirigen de forma ipsilateral al hemicuerpo afectado.⁴⁵

Una vez desarrollado el concepto de plasticidad neuronal consideramos indispensable que para comprender la patología en cuestión y todas sus múltiples implicancias desde lo motor, cognitivo, perceptivo, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones anatomofisiológicas que hacen a un mejor entendimiento de la misma.

⁴³ Ibid.

⁴⁴Hernández-Muela, S., Mulas, F., Mattos, L. (2004). *Plasticidad neuronal funcional*. Revista de Neurología, 38 (Supl 1), pp. 58-68. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/plasticidad2.pdf>. [Consulta: 25 de Agosto de 2017].

⁴⁵ Ibid.

ESPECIALIZACIÓN DE LOS HEMISFERIOS Y LÓBULOS CEREBRALES

Los hemisferios cerebrales forman la mayor parte del encéfalo y están separados por una misma cisura sagital profunda en la línea media: la cisura longitudinal del cerebro. La cisura contiene un pliegue de la duramadre y las arterias cerebrales anteriores. En la profundidad de la cisura, se encuentra una gran comisura formada por un conglomerado de fibras nerviosas blancas denominada *Cuerpo Calloso* que conecta los dos hemisferios a través de la línea media, transfiriendo información de un lado a otro.⁴⁶

Los hemisferios del cerebro son muy diferentes en cuanto a su organización funcional y especialización⁴⁷: “El *hemisferio izquierdo* se especializa en actividades verbales, escritura, numeración, el pensamiento lógico-matemático, análisis de información, razonamiento y es el encargado de recordar los nombres de las cosas y de controlar la mano derecha; mientras que el *hemisferio derecho* se encarga de la percepción tridimensional, sentido artístico, imaginación, sentido musical, intuición, controla ciertos movimientos (ej. mano izquierda), se encarga de la síntesis, en la comprensión y comunicación de las emociones, de memorizar y del ritmo”.⁴⁸

Cada hemisferio cerebral puede dividirse en cuatro *lóbulos* que se denominan de acuerdo a los huesos craneanos debajo de los cuales se ubican:

⁴⁶ Gaytan, J. L. (11 de septiembre de 2013). *Especialización Hemisférica y Lóbulos. Psicología*. [Blog post]. Recuperado de: <http://joseluisgaytan.blogspot.com.ar/2013/09/especializacion-hemisferica-y-lobulos.html>. [Consulta: 25 de Agosto de 2017].

⁴⁷ Se considera especialización hemisférica a las diferencias atómicas, bioquímicas y funcionales del hemisferio derecho con respecto al hemisferio izquierdo, estas diferencias de cada hemisferio contribuyen de manera complementaria para lograr una unidad.

⁴⁸ *Ibid.*

- *Lóbulo frontal.* Situado en la parte anterior, por delante de la cisura de Rolando. Se relaciona con el control de los impulsos, el juicio, la producción del lenguaje, la memoria funcional (de trabajo, de corto plazo), funciones motoras, comportamiento sexual, socialización y espontaneidad, también asiste en el razonamiento, en la planificación, resolución de problemas, coordinación, control y ejecución de las conductas.
- *Lóbulo parietal.* Se halla por detrás de la cisura de Rolando y por encima de la cisura lateral; por detrás limita con la imaginaria cisura perpendicular externa. Tiene un importante papel en el procesamiento de la información sensorial procedente de varias partes del cuerpo, el conocimiento de los números y sus relaciones y en la manipulación de los objetos.
- *Lóbulo occipital.* Es el casquete posterior cerebral, reside la corteza visual y por lo tanto está implicado en nuestra capacidad para ver e interpretar lo que vemos.
- *Lóbulo temporal.* Localizado frente al lóbulo occipital, situado por debajo y detrás de la cisura de Silvio, aproximadamente detrás de cada sien. Las principales funciones que residen en el lóbulo temporal tienen que ver con la memoria, el lóbulo temporal dominante está implicado en el recuerdo de palabras y nombres de los objetos mientras que el lóbulo temporal no dominante, por el contrario, está implicado en nuestra memoria visual (caras, imágenes,...). Está encargado de la audición, equilibrio y coordinación. Es el «centro primario del olfato» del cerebro. Regula emociones y motivaciones como la ansiedad, el placer y la ira.⁴⁹

Cuando se produce un daño cerebral focal, las deficiencias que se produzcan van a depender de la localización de la lesión así como también de la mitad o hemisferio del cerebro comprometido.

⁴⁹ *Ibíd.*

Cuadro comparativo⁵⁰

Daño cerebral en Hemisferio Derecho	Daño cerebral en Hemisferio Izquierdo
<ul style="list-style-type: none"> ● Deficiencia de la percepción del espacio; ● Deterioro de la percepción auditiva compleja; ● Deterioro en la producción de respuestas auditivas; ● Agnosia; ● Anosognosia; ● Deficiencias de la memoria no verbal; ● Negligencia del lado izquierdo del espacio; ● Deterioro de las funciones sensoriales simples; ● Deterioro en el desempeño motor del lado izquierdo; ● Cambios emocionales; ● Llanto reflejo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Deterioro del lenguaje; ● Apraxia; ● Acalculia; ● Deficiencia de conceptualización; ● Deficiencia de memoria verbal; ● Deficiencia de atención; ● Deterioro de funciones sensoriales; ● Deterioro en el desempeño motor del lado derecho; ● Cambios emocionales.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

“El accidente cerebrovascular (ACV)⁵¹, es un déficit neurológico súbito, habitualmente focal, causado por disturbios en la circulación sanguínea cerebral”.⁵²

Existen factores de riesgo asociados al ictus, los cuales se pueden agrupar en: *factores no modificables*: edad, género, raza y factores genéticos; y *factores modificables*: hipertensión arterial, exposición al humo de cigarrillos, diabetes, síndrome

⁵⁰Mosso, J. (16 de junio de 2010). *Descripción y tratamiento kinésico de la Hemiplejía*. [Blog post]. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/search/slideshow?searchfrom=header&q=hemiplejia> [Consulta: 25 de Agosto de 2017].

⁵¹ Abreviatura de accidente cerebrovascular que será utilizada a lo largo de la investigación. El término en inglés para describir el ACV es "stroke". En español, muchos autores comúnmente utilizan los términos "ataque cerebral" o "derrame cerebral".

⁵² Casas Parera, I. et al. (2004). *Manual de Neurología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Grupo Guía S.A, p. 19.

metabólico, abuso de alcohol, abuso de drogas, mala alimentación, sedentarismo, obesidad, entre otros.⁵³ Por otra parte, se asume la importancia del estrés psicosocial como uno de los principales factores de riesgo para la ocurrencia de dicha enfermedad. Existe evidencia suficiente que sugiere que niveles elevados de estrés aumentan el ritmo cardíaco y la presión arterial.⁵⁴

Existen dos tipos de ACV: *isquémico* y *hemorrágico*. Los mecanismos básicos de isquemia son: por un lado, la trombosis vascular in situ que da por resultado la reducción de la luz del vaso y limitación del flujo, y por otro la fragmentación y el desprendimiento de un trombo en el corazón o en un vaso que lleva a la oclusión embólica distal del vaso cerebral. A través de uno de estos mecanismos se produce un infarto cerebral, cuando la reducción del flujo cerebral en el territorio afectado alcanza niveles críticos.

En el ACV hemorrágico, el sangrado puede ocurrir en el encéfalo en cuyo caso se denomina hemorragia intraparenquimatosa, el espacio subaracnoideo, el sistema ventricular, la glándula hipófisis y, con menos frecuencia, en los espacios extradural y subdural⁵⁵. Los ictus hemorrágicos pueden mostrarse clínicamente más graves y con una recuperación mayor, pero más lenta, que los originados por un infarto”.⁵⁶

Ahora bien, que el ictus sea isquémico o hemorrágico no influye por sí mismo en el pronóstico funcional. Investigaciones acerca del pronóstico de recuperación funcional en personas que sufrieron un ACV, indican que “los supervivientes al año de un ictus hemorrágico no evidencian ni mayor discapacidad ni menor calidad de vida respecto de

⁵³ Martínez Plaza, C.A. (2007). *Riesgos psicosociales. Repercusión neurológica del estrés*. Recuperado de: http://neurologiadeltabajo.sen.es/pdf/drplaza_2007.pdf. [Consulta: 11 de enero de 2018].

⁵⁴ Pereyra Girardi, C., & Milei, J., & Stefani, D. (2011). *Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 225. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2819/281922826004/>. [Consulta: 24 de Octubre de 2017].

⁵⁵ Casas Parera, I. Op. Cit., p. 19.

⁵⁶ Sánchez Blanco. et al. (Junio de 2000). *Pronóstico de recuperación funcional en personas supervivientes de un ictus*. *Revista Rehabilitación*, 34 (6), p. 415. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-pronostico-recuperacion-funcional-personas-supervivientes-10018773>. [Consulta: 29 de septiembre de 2017].

los supervivientes de ictus isquémicos. La estancia hospitalaria aumenta con la gravedad inicial del ictus y en personas que no viven en pareja, sin que influya de forma independiente la morbilidad asociada como diabetes, hipertensión, claudicación, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, tabaquismo, consumo de alcohol, o el tipo de lesión de ictus (hemorrágico/infarto)". De este modo, se concluye que no existe evidencia clara de que ictus con diferentes mecanismos etiopatogénicos tengan una evolución diferente, a igualdad de presentación clínica.⁵⁷

Independientemente del tipo de ACV y en relación al tiempo transcurrido a partir del mismo, se afirma que "luego de seis meses de evolución los pacientes con ACV continúan mostrando pequeños cambios hacia la recuperación funcional. Estos cambios son estadísticamente significativos hasta los doce meses".⁵⁸

HEMIPLÉJIA

Luego de un ACV, la pérdida de la motilidad voluntaria puede ser total o parcial. En el primer caso todos los movimientos están abolidos y existe una *plejía*. En el segundo caso existe solo una disminución de la fuerza muscular con disminución de la amplitud de los movimientos. Esta situación se denomina *paresia*.⁵⁹

⁵⁷Ibid.

⁵⁸ Rodríguez, L., Álvaro, E. & Ortíz, F. (Abril-Junio 2016). *Cambios en la recuperación de la función motora en pacientes con accidente cerebrovascular crónico*. *Revista Iatreia*, 29 (2), p.130. Recuperado de: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/21881>. [Consulta: 2 de Octubre de 2017].

⁵⁹ Villanueva, V. J. (2002). La motilidad. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, (117), pp. 22-31. Recuperado de: <https://med.unne.edu.ar/revista/revista118/paralisis.html>. [Consulta: 22 de Septiembre de 2017].

La *Hemiplejía* “es la parálisis completa o incompleta que afecta a una mitad del cuerpo, en su totalidad o parcialmente”.⁶⁰ En forma general es la afección de la mitad del organismo.

Además de la pérdida del control voluntario, se produce una pérdida de la información de retorno que nos ayuda a conocer, por ejemplo, cómo es nuestra postura en un momento determinado. Se produce una alteración del tono postural, hipertonia o hipotonia del hemicuerpo afecto, según la persona se encuentre en una u otra fase del desarrollo de la hemiplejía. Esto será originado por el predominio del sistema extrapiramidal sobre el lesionado sistema piramidal.⁶¹

Variedades topográficas

Para que se produzca una hemiplejía es necesario una interrupción total o parcial de la vía piramidal en un punto en que dicha vía agrupe a todos los conductores de la motilidad que van a una mitad del cuerpo (trayecto encefálico de la vía piramidal).

El haz piramidal, a medida que desciende, se va desprendiendo de fibras por lo que la afectación a niveles bajos da lugar a hemiplejías incompletas. Así mismo, la lesión, según la altura a la que se encuentre, afectará a otras formaciones como son los núcleos grises de la base, los núcleos de los pares craneanos o los haces sensitivos dando lugar a variedades de hemiplejías complejas.⁶²

Las *hemiplejías directas* son aquellas en que toda la parálisis se encuentra en la misma mitad del cuerpo y en las que la vía piramidal está afectada antes de que haya comenzado su decusación o bien una vez que esta decusación se haya efectuado por

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ *Ibíd.*

⁶² Fustinoni O. (1999). *Semiología del Sistema Nervioso Central*. Barcelona, España: Editorial El Ateneo, p. 131.

completo. Según el punto donde se produzca la lesión estas hemiplejías directas pueden ser: cortical, subcortical, capsular, talámica y piramidal-extrapiramidal.

Las *hemiplejías alternas* son las que combinan la parálisis de un miembro superior, inferior y hemitronco de un lado (por lesión de la neurona motora superior), y la parálisis de uno o más pares craneales del lado opuesto al de la parálisis del hemicuerpo (por compromiso de la neurona motora inferior). Con frecuencia hay alteraciones sensitivas, cerebelosas y extrapiramidales por contigüidad. Las hemiplejías alternas se clasifican en: pedunculares, protuberanciales, bulbares y espinales.⁶³

Una vez desarrollados los conceptos de ACV y hemiplejía, concluimos, en concordancia con Ruskin (1982) que “cuando cualquier porción del cerebro se daña, no solamente se ven afectadas las funciones de la región implicada, sino todo el cerebro se ve perjudicado por la pérdida de comunicación con la porción dañada. Las porciones normales del cerebro que quedan se ven privadas de la entrada del área dañada, de modo que también están subyugadas a los mensajes anormales y a la desinformación generada como resultado de la lesión”.⁶⁴ Parece ser que no se trata únicamente de un simple ACV que cursa sólo con hemiplejía.

La persona con lesión cerebrovascular tiene problemas con ambos hemicuerpos, y esas dificultades se extenderán en parte a todas las funciones del cerebro. De este modo, en cualquier intervención terapéutica que realicemos, se debe tener en cuenta estos conceptos que aluden a la interacción dinámica del cerebro como un todo.

⁶³ *Ibíd.*, p. 132.

⁶⁴ Davies, P.M. (2008). *Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía*. (2ª ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, p. 1.

A partir de los conceptos de cuerpo y postura “normales” desarrollados en el capítulo N°2, nos preguntamos ¿Cómo se ve afectado, luego de una lesión cerebral, el comportamiento postural y motor de la persona?

Resulta complejo responder a este interrogante, ya que implica diferenciar cuáles son las alteraciones causadas por la lesión de base, cuáles son las compensatorias y cuáles son lesiones secundarias. Hay que considerar los mecanismos de actividad refleja postural normal ya que constituye la base requerida tanto para realizar los movimientos normales como para las habilidades funcionales.

Según Paeth “las reacciones posturales comprenden movimientos activos, con la característica de ser automáticos y a la vez de ser controlados subcorticalmente”.⁶⁵ Existen tres grandes grupos de reacciones posturales normales que son importantes tanto en la evaluación como en el tratamiento de personas con hemiplejía y son las reacciones de enderezamiento, equilibrio y las de adaptación autonómicas de los músculos a los cambios de postura.

En las personas con lesiones del SNC, se observa la reaparición de la actividad refleja de forma exagerada que consiste en reflejos posturales anormales. En estas personas se encuentra, a menudo, una postura típica resultado de la alteración de músculos específicos producida por la espasticidad, esta postura puede dificultar la realización de actividades cotidianas, e incluso afecta la marcha normal.

A nivel del miembro superior predomina un patrón flexor, en el miembro inferior por el contrario, la contractura predomina en los extensores, esto hace que el mismo quede recto permitiendo que la persona pueda adoptar la posición de pie y caminar. Además los flexores menos paralizados, pueden contraerse y relajarse, pero la marcha es característicamente anormal; el individuo no eleva totalmente el miembro inferior que

⁶⁵ Paeth Rohlfs, B. (2012). *Experiencias con el concepto Bobath: Fundamentos, tratamientos y casos*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, p. 25.

está alargado sobre todo por flexión plantar, de modo que roza el suelo, y el juego de los rotadores del muslo y los glúteos produce un movimiento semicircular o de circunducción al miembro sano.⁶⁶

TRASTORNOS PERCEPTIVOS EN LA HEMIPLEJIA

Las alteraciones en la forma en la que las personas con hemiplejia post-ACV perciben su propio cuerpo, el mundo que los rodea y la interacción entre ambos, pueden provocar una gran variedad de problemas y en distintos niveles. A continuación, se expondrán algunos de los déficit relacionados al esquema e imagen corporal y a los trastornos perceptivos.

Desórdenes en el esquema e imagen corporal

- *Somatognosia*. Es una alteración en el esquema corporal, es la falta de reconocimiento del esquema corporal y la dificultad para reconocer partes del cuerpo y las relaciones entre sí. Una persona que tiene tal déficit, tiene además dificultades en su punto de referencia con el mundo exterior, puede tener problemas con el uso de sus miembros contralaterales, puede confundirse los lados del cuerpo y no diferenciar apropiadamente las partes de su propio cuerpo ni la de los demás.
- *Negligencia unilateral*. Es la incapacidad de integrar y usar percepciones del lado afectado del cuerpo. Este déficit puede ocurrir independientemente de déficit

⁶⁶ Villanueva, V. J. (2002). La motilidad. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, (117), pp. 22-31. Recuperado de: <https://med.unne.edu.ar/revista/revista117/motilidad.html>. [Consulta: 22 de Septiembre de 2017].

visuales. La persona con negligencia unilateral puede haber disminuido la sensación en su lado afectado, de ese modo “olvida ese lado”.

- *Anosognosia*. Es una forma severa de negligencia en la que el paciente tiene dificultad para reconocer la gravedad de su parálisis. Anosognosia puede ser simplemente “una incapacidad de darse cuenta de la incapacidad” (Anosodiaforia) o, en el otro extremo, ser una completa negación de la afección. Personas que han sufrido una lesión cerebral usualmente describen que sienten que un miembro no está o no pertenece a su cuerpo. Cuando un hemisferio está paralizado y no puede moverlo en respuesta a sus esfuerzos, el paciente suele referir que su miembro “está cansado”, o “es siempre un brazo perezoso”.
- *Discriminación derecha- izquierda*. Un déficit en la discriminación derecha e izquierda provoca una inhabilidad para entender y usar conceptos de derecha e izquierda.⁶⁷

Algunos problemas asociados con el Trastorno Perceptivo

Es importante destacar que los problemas de percepción afectan a la totalidad del cuerpo y no de forma unilateral, como parecen indicar los déficits motores que se manifiestan.

- *Hipertonía*. Si el paciente no recibe información adecuada sobre su cuerpo, sobre los sutiles cambios sensoriales que ocurren en él, intentará intensificar lo que siente. Una de las formas que tiene de hacerlo es aumentando la tensión en los músculos, lo que en este caso concreto se presenta como hipertonía.

⁶⁷ Zoltan, B., Siev, E., & Freishtat, B. (1986). *The Adult Stroke Patient. A Manual for Evaluation and Treatment of Perceptual and Cognitive Dysfunction*. (2° ed.). New Jersey, Estados Unidos: Editorial: Slack, pp. 51-70.

- *Adopción de posiciones articulares al final de la amplitud articular.* Intentando sentir con más exactitud la posición de las extremidades, la persona puede mantener algunas articulaciones en el límite de su amplitud mecánica, percibiendo así una resistencia total que le proporcionará información más inequívoca en cuanto a la posición existente.
- *Excesiva presión contra superficies de apoyo.* Si el paciente tiene dificultad para saber dónde está, empujará con manos y pies contra superficies de apoyo duras.
- *Demasiado esfuerzo empleado en la realización de actividades sencillas.* Cuando se le pida que realice actividades fáciles, el paciente utilizará una cantidad inapropiada de esfuerzo, tensando los músculos y conteniendo la respiración.
- *Incapacidad para llevar a cabo tareas incluso cuando la actividad muscular es adecuada.* El paciente puede haber recuperado movimiento selectivo de manera considerable en las extremidades afectadas, pero todavía es incapaz de utilizarlas funcionalmente.
- *Aparente pérdida de motivación.* Al ser incapaz de llevar a cabo tareas relativamente simples con autonomía, el paciente dará excusas, olvidará indicaciones y no podrá iniciar movimientos. En este sentido, es habitual que se le catalogue injustamente como falta de motivación y colaboración.⁶⁸

Una vez desarrollados los trastornos perceptivos que resultan de una lesión cerebral, nos preguntamos ¿De qué modo repercute en la persona, dichas alteraciones, en relación al desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)⁶⁹?

⁶⁸Davies, P.M. (2003). *Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejia.* (2° ed.). España, Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 4-9.

⁶⁹ Abreviatura de Actividades Básicas de la Vida Diaria que será utilizado a lo largo de la investigación.

IMPACTO EN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Las ABVD “son aquellas actividades fundamentales y orientadas al cuidado del propio cuerpo que permiten la supervivencia y el bienestar. Incluyen: actividades de higiene, alimentación, vestido y movimiento funcional”.⁷⁰

Las personas que sufren daño cerebral pueden presentar déficit neurológicos, neuromusculares, sensitivos, cognitivos y del lenguaje. La disfunción de los mismos suelen interferir subsecuentemente en las ABVD. A continuación citaremos algunos ejemplos, según Gillen y Burkhardt, que dan cuenta de estas alteraciones:

Higiene y aseo personal

Estas actividades comprenden varias tareas, por ejemplo, lavarse la cara y el cuerpo, bañarse o ducharse, lavarse los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, aplicarse desodorante o perfume, entre otras.

- Una parálisis o debilidad muscular podría conllevar una dificultad, por ejemplo, en el lavado del brazo o axila con el miembro superior afectado y en el cepillado de dientes (dificultad al abrir el dentífrico).
- Los problemas con la sensación táctil, la propiocepción o la estereognosia, afectan la manipulación de objetos. Una persona con tales problemas, que no sufre de inatención o negligencia, intentará compensarlos, por ejemplo, usando la visión para un feedback sensorial.
- Una persona con somatoagnosia no podrá diferenciar entre la imagen del espejo y sí mismo.

⁷⁰ Willard & Spackman. (2005). *Terapia Ocupacional*. (10ª Ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A., p. 318.

Vestido

El desempeño del vestido incluye las actividades de vestido de la parte superior del cuerpo, incluyendo ponerse ropa interior, remeras, sweaters, camisas o vestidos; ponerse pantalones, medias y calzado; y manipular cremalleras, cordones o velcros.

- Un defecto en la percepción puede resultar en desorden en las relaciones espaciales como distinguir entre delante y atrás, adentro y afuera, y la parte de arriba y la de abajo en una prenda de vestir.
- La desorientación derecha-izquierda puede relacionarse con problemas visuoespaciales; por ejemplo, una persona puede ponerse el zapato derecho en el pie izquierdo.
- La somatoagnosia puede manifestarse como un intento del paciente de vestir el brazo de una terapeuta en lugar del brazo propio, o al intentar colocar sus piernas dentro de los orificios de una remera. Esto no es solamente un problema en las relaciones espaciales, sino también un defecto en la imagen corporal.

Alimentación

Pueden verse afectadas la masticación y la deglución, el beber de un vaso o una taza, comer con tenedor o cuchara, usar un cuchillo para cortar o untar, o comer sin cubiertos.

- La sensación táctil y propioceptiva en el brazo y la mano afectada puede ser defectuosa debido a un daño en las funciones sensoriales. Todos estos defectos pueden afectar a las actividades de alimentación que requieren

equilibrio en sedente e integración bilateral de ambos brazos (por ejemplo: al estabilizar un trozo de carne mientras se lo corta).

- La persona con negligencia unilateral puede comenzar a comer pan usando su mano izquierda, “olvidar” que el pan está en su mano, y proceder a comer otros alimentos con la mano derecha mientras sostiene ese pan con la mano izquierda. Además también puede no atender a objetos o comida que estén en el campo visual afectado. Por ejemplo, puede no advertir un tenedor en el campo visual izquierdo e intentar resolver el problema tomando el tenedor de la persona que esté a su lado, ubicado junto al plato en el campo visual derecho.

Movilidad funcional

Incluye las actividades de rolado e incorporación en cama, traslado desde una habitación hacia otra, y transferencias hacia y desde la cama, hacia y desde una silla, hacia y desde el inodoro, hacia y desde una bañera o ducha.

- Las disfunciones en el componente perceptual pueden resultar en desórdenes en las relaciones espaciales, en los que la persona puede calcular mal las distancias: puede estacionar una silla de ruedas demasiado lejos de la cama o la silla para transferirse.
- Una persona con negligencia unilateral puede golpear su brazo afectado contra un mueble. Cuando se transfiere de la cama a la silla, puede mover solamente el hemicuerpo no afectado hacia la silla, dejando el lado afectado en la cama o fuera de la silla.

- Puede presentarse desorientación espacial, en la que la persona tiene problemas visuoespaciales o problemas de memoria para recordar sitios: no sabe el camino hacia diferentes sitios familiares como el baño, el comedor, o la habitación.⁷¹

La lesión cerebrovascular “interrumpe de manera brusca e inesperada la trayectoria vital de la persona y de su entorno a causa de las secuelas físicas, cognitivas, sensoriales, emocionales y de comunicación”⁷², es decir, la *integridad del ser*. Dichas secuelas son variadas y complejas, distorsionando de manera brusca las nociones previas de las que su cuerpo se valía consciente o inconscientemente para ser autosuficiente en su desempeño cotidiano.

⁷¹ Gillen, G. & Burkhardt, A. (2004). *Stroke Rehabilitation. A Function-Based Approach*. (2da ed.). Missouri, Estados Unidos: Editorial Mosby, pp. 400-410.

⁷² Carrión Téllez, V. & Pastor Zaplana, J. (Julio 2015). *Intervención desde terapia ocupacional en hemiplejía hipotónica*. *Revista TOG*, 12 (10), p. 81. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/suple/num10/hipotonica.pdf>. [Consulta: 2 de Octubre de 2017].

CAPÍTULO 5: PROCESO DE SALUD- ENFERMEDAD

LA ENFERMEDAD COMO BÚSQUEDA DE EQUILIBRIO

“Uno no enferma, uno se desliza lentamente hacia la enfermedad” de ahí, la necesidad de tomar conciencia del propio cuerpo, mientras se halla relativamente sano.

(Thérèse Bertherat)

El concepto de salud está asociado a la percepción que cada persona tiene respecto a su estado de mayor o menor bienestar. La salud podría definirse como “el estado, frecuente y relativamente estable, de equilibrio dinámico y bienestar en los planos del cuerpo, la mente, el quehacer, los vínculos, sentimientos y emociones”.⁷³

Thérèse Bertherat (2013) asegura que la salud no depende de tratamientos procedentes del exterior, sino del empleo apropiado del cuerpo mismo. “El cuerpo tiene sus estaciones. Tiene estaciones para descansar, para activarse; hay estaciones para recordar, para cuidarse y para sanar. Todo cuerpo no es sino movimientos internos, pulsaciones silenciosas, de los que no sabe casi nada. El sistema nervioso vela para que todo esté coordinado, frena en el momento adecuado y acelera si es necesario, para seguir el ritmo, es decir, en buen estado de salud”.⁷⁴

Por otra parte, se encuentran los síntomas somáticos, entre los que se incluyen las llamadas tradicionalmente “enfermedades”. Se entienden como síntomas somáticos a “todas aquellas manifestaciones corporales que la persona registra como

⁷³ López Blanco, A. Op. Cit, p. 67.

⁷⁴ Bertherat, T. (1992). *Las estaciones del cuerpo. Cómo observarse y mantenerse en forma a través de la antigimnasia*. (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidós, p. 29.

desequilibrio”.⁷⁵ Si este estado de desorganización es circunstancial, podría dar lugar a síntomas funcionales y, si persisten en el tiempo y se cronifica, podría derivar en trastornos estructurados. Los síntomas del cuerpo implican un estado de desequilibrio del organismo que afecta en mayor o menor medida su desenvolvimiento y el desarrollo de sus capacidades.

Como sistema, el cuerpo continuamente se esfuerza por equilibrarse a sí mismo usando los síntomas como camino para reestablecer el equilibrio o autocuración (Latorre, 2000). Así, el síntoma, lejos de ser una pieza disfuncional que debe erradicarse para alcanzar la buena salud, es un comunicador que señala la vía de la sanación.

La mirada holística de la salud intenta promover en las personas el reequilibrio de las dimensiones emocionales, sociales, físicas y espirituales. Entiende al abordaje terapéutico como un estímulo al propio proceso de curación. Resalta, además, la importancia del registro personal para el logro del propio bienestar y la salud.⁷⁶

Esta mirada motiva el tratamiento del organismo como un todo más que como partes individuales. Observa las variables biológicas, personales, culturales, sociales y ambientales implicadas en los procesos de salud-enfermedad.

Considera a la enfermedad como un desequilibrio en el que intervienen todos los factores mencionados. Ve al síntoma como emergente de relaciones poco eficientes entre el organismo, la historia personal, el estilo de vida, la carga genética, la escala de valores, las creencias y postura ante la vida en general y las relaciones con el contexto.

Las “enfermedades” desde el punto de vista holístico, podrían ser consideradas como movimientos del organismo en la búsqueda de la integración y el equilibrio. Lo que

⁷⁵López Blanco, A. Op. Cit, p. 67.

⁷⁶Ibíd, pp. 21, 22, 25.

la enfermedad viene a mostrar es que, en algún aspecto, la persona está alejada de sí misma, hay “algo” a lo que no le está prestando atención. Los factores de riesgo modificables como sedentarismo, tabaquismo, obesidad, estilo de vida estresante, son señales de alarma que pueden desencadenar en un ACV. El desequilibrio le propone a la persona que asuma la responsabilidad de su cuerpo y accione lo que sea necesario para encontrar su propio bienestar.⁷⁷ El trabajo corporal, desde el autoconocimiento, permite la toma de conciencia en relación a aquellos aspectos o señales que el cuerpo manifiesta, logrando el registro de los mismos y la posibilidad de actuar para recuperar el equilibrio, facilitando así la reinserción a una vida activa.

TERAPIA OCUPACIONAL EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Terapia Ocupacional surge como una disciplina que resuelve los problemas generados por una disfunción en el estado de salud, entendiendo la salud como el concepto negativo de esta, es decir la ausencia de enfermedad.

El paso a una visión positiva de la salud, ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. En esta definición se asume que la persona busca no solamente no estar enfermo sino que, además se orienta a encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con la familia, la educación, la tranquilidad y en general todos aquellos aspectos que no necesariamente se refieren al bienestar físico.

⁷⁷ *Ibíd.*, p.68.

Se puede afirmar hoy que Terapia Ocupacional es “una disciplina del área de la salud cuyo propósito es facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio, en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo de vida”.⁷⁸ Se entiende por Desempeño Ocupacional, a las “distintas maneras en que los seres humanos abordan su quehacer diario en los ámbitos del: Autocuidado, de las Actividades de la Vida, de las Actividades Productivas y de Tiempo Libre”.⁷⁹

Siguiendo a Pellegrini, M. (2004), podemos enunciar que la Terapia Ocupacional como parte del campo de la Promoción de la Salud, brinda la posibilidad de gestionar, diseñar y aplicar dispositivos destinados a fomentar la salud, favorecer el funcionamiento psicológico, el bienestar, la participación social y prevenir la enfermedad.

Entendemos a la Promoción de la Salud como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud" (OMS, 1986). Dentro de este campo, el Terapeuta Ocupacional debe proveer herramientas para que las personas hagan su proceso de hacerse cargo, de ayudarse a sí mismas y tener mayor control sobre su salud. Se trata de un proceso continuo de desarrollo y cambio que involucra a la persona en su totalidad y al entorno que lo rodea, contribuyendo de esta manera, a un camino de compromiso.

En este sentido, la EPA resulta un medio terapéutico promotor de la salud. La misma “se basa en el fundamento pedagógico de la Terapia Ocupacional, toma y refina principios de diversas disciplinas que tienen en común el trabajo corporal consciente y global, con el propósito de brindar a las personas la posibilidad de aprender acerca de la importancia del cuerpo y su cuidado. Propone acompañar y guiar a la persona durante el

⁷⁸ Pellegrini, M. (Diciembre, 2004). *Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria. Terapia-Ocupacional. Com.* Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>. [Consulta: 3 de Octubre de 2017].

⁷⁹ *Ibíd.*

proceso de búsqueda de su propio equilibrio, brindando herramientas que contribuyan a desarrollar su potencial, a descubrir un camino basado en la experimentación activa y continua, lo cual permite no solo mantener la calidad de vida, sino también mejorarla”.⁸⁰

Se puede concluir, entonces, que la Terapia Ocupacional basa sus intervenciones desde el concepto de Promoción de la salud, tomando a la EPA como medio de abordaje terapéutico. La práctica se centra en la persona como un ser íntegro y único responsable de su salud y bienestar, promueve la escucha atenta y minuciosa de los procesos somáticos con el fin de atender a las propias necesidad físicas, cognitivas, perceptivas y emocionales que influyen en el desempeño óptimo de las actividades de la vida diaria.

⁸⁰ Bertocchi, J. & Gasparri, N. (2013). *Una manera diferente de posicionarse en la vida: Un abordaje desde Terapia Ocupacional en Educación Postural Activa*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina.

PARTE III

Aspectos Metodológicos

ASPECTOS METODOLÓGICOS

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las nociones del Autoconocimiento Corporal y cómo son aplicadas en el desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria por las personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post accidente cerebrovascular atendidas en el Servicio de Terapia Ocupacional del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur de la ciudad de Mar del Plata en el período agosto-septiembre del año 2018?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Conocer cuáles son las nociones del Autoconocimiento Corporal y cómo son aplicadas en el desempeño de las ABVD por las personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV atendidas en el Servicio de Terapia Ocupacional del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS)⁸¹ de la ciudad de Mar del Plata en el período agosto-septiembre del año 2018.

⁸¹ Abreviatura de Instituto Nacional de Rehabilitación psicofísica del Sur que será utilizada a lo largo de la investigación.

Objetivos Específicos

- Identificar las nociones del autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV.
- Determinar el nivel de desempeño en las ABVD de las personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV.
- Conocer el modo en que aplican sus nociones del autoconocimiento corporal en el desempeño de las ABVD.

VARIABLES DE ESTUDIO

- 1) Autoconocimiento corporal en personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV.
- 2) Desempeño en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Variable 1: "Autoconocimiento corporal en personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV"

Definición Conceptual:

Es resultado de un proceso reflexivo en el que la persona adquiere noción del conocimiento propio, aprende a percibir las funciones internas y a mejorar el control que ejercen sobre las funciones somáticas. Este proceso permite tomar conciencia sobre el propio cuerpo, tener una actitud de escucha hacia sí mismo, de atención interna, que se desarrolla a medida que el individuo participa activamente en la continua interacción entre los procesos orgánicos del cuerpo, el entorno y las intenciones.

Definición Operacional:

Noción que cada persona posee con respecto a su propio cuerpo. Comprende la auto-observación de los diferentes segmentos corporales que integran la totalidad del cuerpo así como también el modo en que se perciben los mismos y la relación que se establece entre uno y otro, permitiendo detectar posibles necesidades. La significación que la persona le brinde al conocimiento de su propio cuerpo para desenvolverse y desempeñarse en las ABVD, es también un elemento fundamental de este proceso.

La variable se operacionaliza teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Dimensión: Propiocepción

Entendida como sensibilidad artrocinética, posicional o profunda, por la que la persona conoce la posición en la que se encuentran las articulaciones de su cuerpo y le permite construir su esquema corporal.

Para su evaluación se utilizará una adaptación del Test de Propiocepción de Prieto Echave, empleado en su Tesis de Grado: *Análisis del esquema corporal en personas con lesión cerebrovascular de la "Asociación de Familiares de Pacientes con Daño Cerebral Adquirido de Cádiz"*.

Para su medición se solicitará a la persona que adopte una posición sedente y se le explicará que le colocaremos el miembro superior del lado afectado en tres posiciones y el miembro inferior del lado afectado en otras dos; que deberá permanecer con los ojos cerrados durante toda la evaluación y que cuando se le indique deberá reproducir la posición que sienta en el miembro de su lado afectado con el miembro de su lado sano.

Las posiciones en las que se colocarán los miembros son las siguientes:

Miembros superiores

- Mano en bandeja:
 - Articulación glenohumeral: Flexión 45°; Abducción 45°; Rotación externa 90°.
 - Articulación de codo: Flexión 90°; Supinación 90°.
 - Articulación de muñeca: Extensión 45°.
- Brazo en jarra:
 - Articulación glenohumeral: Flexión 0°; Abducción 45°; Rotación interna 45°.
 - Articulación de codo: Flexión 45°; Pronación 90°.
 - Articulación de muñeca: Extensión 45°.
- Señalando un punto:
 - Articulación glenohumeral: Flexión 45°; Abducción 90°; Rotación neutra.
 - Articulación de codo: Flexión 0°; Pronación 90°.
 - Articulación de muñeca: Extensión 0°; Desviación cubital.

Miembros inferiores

- Pisar el freno:
 - Articulación de cadera: Flexión 90°; Abducción 20°; Rotación externa 20°.
 - Articulación de rodilla: Flexión 45°; Rotación externa 0°.
 - Articulación de tobillo: Extensión 15°; Desviación externa.
- Pie en la piscina:

- Articulación de cadera: Flexión 90°; Adducción 15°; Rotación interna 20°.
- Articulación de rodilla: Flexión 90°; Rotación interna 0°.
- Articulación de tobillo: Flexión 45°; Desviación interna.

Se considera *Logra*: adopta la posición de cada articulación interviniente; *Logra parcialmente*: adopta la posición de al menos una de las articulaciones intervinientes; *No logra*: no adopta la posición de ninguna de las articulaciones intervinientes.

Dimensión: Auto-observación

Entendida como la receptividad que cada persona posee para darse cuenta de las sensaciones que le llegan de los sentidos.

Para su evaluación se colocará un espejo de pie delante de la persona. Los indicadores que se considerarán para su posterior medición son los siguientes:

- *Alineación postural*: conciencia que se tiene de la orientación de los distintos segmentos corporales entre sí y/o de un segmento corporal respecto a otro.

Determinada por la alineación:

- *A nivel de Cabeza*: posición del segmento superior de la estructura corporal respecto al eje medio sagital del cuerpo.
- *A nivel de Hombros*: posición que presenta la articulación glenohumeral en el espacio, así como la nivelación de ambos segmentos entre sí.
- *A nivel de Cadera*: incluye por un lado, la nivelación de los puntos altos y más prominentes situados en la cresta ilíaca. En

bipedestación, las mismas deben estar en la misma línea horizontal. Por otro lado, la posición de la pelvis en el espacio.

- *Simetría postural*: conciencia que se tiene de la similitud o diferencia de longitud de un segmento corporal respecto al otro. Determinada por la simetría:
 - *A nivel del Tronco*: distancia en centímetros que existe desde el tercio externo de la cara anterior de la clavícula hasta la espina iliaca antero-superior (del mismo hemi-tronco) con respecto al hemi-tronco contralateral.

Dimensión: Respiración Consciente.

- *Modos de inhalar y exhalar aire*: capacidad que tiene la persona de percibir su ciclo respiratorio.

Dimensión: Responsabilidad con respecto al cuidado de su cuerpo previo al ictus

- *Hábitos saludables*: conductas y comportamientos asumidos como propios y que inciden en el bienestar físico, mental y social.
 - *Actividades corporales*: implican cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos. Se pueden incluir actividades deportivas, recreativas y/o expresivas.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

Variable 1: “Autoconocimiento corporal en personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV”

DIMENSIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Propiocepción	Reproduce posición de MS afectado con MS sano	Mano en bandeja
		<ul style="list-style-type: none"> • Logra • Logra parcialmente • No logra
		Brazo en jarra
		<ul style="list-style-type: none"> • Logra • Logra parcialmente • No logra
		Señalando un punto
		<ul style="list-style-type: none"> • Logra • Logra parcialmente • No logra
	Reproduce posición de MI afectado con MI sano	Pisar el freno
		<ul style="list-style-type: none"> • Logra • Logra parcialmente • No logra
		Pie en la piscina
		<ul style="list-style-type: none"> • Logra • Logra parcialmente • No logra
Auto-observación	Alineación postural	A nivel de la cabeza
		<ul style="list-style-type: none"> • Registra • No registra
		A nivel de los hombros
		<ul style="list-style-type: none"> • Registra • No registra
		A nivel de la cadera (crestas ilíacas)
	<ul style="list-style-type: none"> • Registra • No registra 	
	Simetría corporal	A nivel del tronco
<ul style="list-style-type: none"> • Registra • No registra 		
Respiración Consciente	Modo de inhalar y exhalar aire	<ul style="list-style-type: none"> • Registra • No registra
Responsabilidad	Hábitos	Actividad Corporal

<p>con respecto al cuidado de su cuerpo previo al ictus.</p>	<p>saludables adquiridos a lo largo de la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • La mayoría de las veces • A veces • Nunca
--	---	--

Variable 2: “Desempeño en las Actividades Básicas de la Vida Diaria”.

Definición Conceptual:

Las Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD) hacen referencia a todas las actividades fundamentales y orientadas al cuidado del propio cuerpo que permiten la supervivencia y el bienestar.

Definición Operacional:

En el Marco de Trabajo de la Práctica de Terapia Ocupacional, las ABVD incluyen actividades de higiene, alimentación, vestido y movimiento funcional.

Se medirá, a través de la Escala de Evaluación del Nivel de Autoatención (ENA), el desempeño (grado de dependencia o independencia) frente a las ABVD, de pacientes hemipléjicos post ACV con un determinado tiempo transcurrido del ictus y bajo tratamiento de rehabilitación en Terapia Ocupacional. La Escala comprende las siguientes categorías:

- Transferencia

Incluye traspaso hacia/desde la cama, hacia/desde silla de ruedas; hacia/desde silla común, hacia/desde bañera, etc.; incluye la ubicación correcta del cuerpo y silla de ruedas para realizar la transferencia como así también el acondicionamiento de la misma

(apoyapies, frenos, etc.); incluye la capacidad de incorporarse, entre otros. La transferencia puede ser independiente o con asistencia.

- Vestido

Consiste en el reconocimiento, manejo y organización de prendas. Abarca actividades como colocarse y quitarse prendas de tren superior e inferior, medias y calzado; abotonarse, desabotonarse, subir y bajar cierres, separar abrojos y otras prendeduras.

- Aseo personal

Reconocimiento de objetos pertinentes y su correcto uso. Incluye lavado y secado de manos y cara; peinado; cepillado de dientes; afeitado; maquillaje, depilación; uso de grifo; enjabonado, enjuagado y secado de todo el cuerpo incluyendo cabeza.

- Alimentación

Implica el reconocimiento y toma de utensilios, organización de los mismos sobre la mesa; uso de vaso común o adaptado para beber líquidos.

- Desplazamiento

Incluye el posicionamiento de miembros, iniciación del movimiento, desplazamiento y manejo de sillas de ruedas; bipedestación, dar pasos (hacia atrás, girar, hacer pasos laterales, poder ubicarse) y la marcha.

- Uso de sanitario

Comprende el reconocimiento de elementos pertinentes. Capacidad de ingresar, realizar la transferencia al inodoro, abrocharse y desabrocharse prendas; usar sanitario, higienizarse genitales, alcanzar el papel.

- Subir y bajar escaleras

Capacidad de subir y bajar escalón por escalón con o sin utilización de pasamos, bastones, muletas o ayuda de terceros.

- Control intestinal y vesical

Reconocimiento de sensación, capacidad de avisar y colaborar en el cambiado; uso de papel higiénico; utilización de aparatos externos (chatas, papagayos).

Cuadro: Nivel de desempeño de Autoatención según puntaje de ENA.

Nivel I	0-32.50	Paciente que está en una etapa de ejecución de acciones simples y preliminares.
Nivel II	33-63.50	Paciente que está en una etapa intermedia, logra realizar acciones básicas e intermedias, aun requiriendo de supervisión.
Nivel III	64-100	Paciente que está en una etapa de ejecución óptima de las actividades realizándolas en su mayoría en forma independiente.

A modo de complementar la Evaluación del Nivel de Autoatención, se propone incorporar los siguientes indicadores:

- *Incorporación del hemicuerpo pléjico:* capacidad de percibir e integrar el lado afectado del cuerpo en la ejecución de las actividades de alimentación, vestido e higiene.
- *Reconocimiento de la importancia del autoconocimiento corporal:* valor otorgado al conocimiento de su propio cuerpo en función de optimizar su desempeño en las actividades de alimentación, vestido e higiene.

Desempeño en las Actividades Básicas de la Vida Diaria	Incorporación del hemicuerpo pléjico	Alimentación
		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • La mayoría de las veces • A veces • Nunca
		Vestido
		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • La mayoría de las veces • A veces • Nunca
	Higiene personal	
		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • La mayoría de las veces • A veces • Nunca
	Reconocimiento de la importancia del autoconocimiento corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce • No reconoce

Variables Intervinientes

- Sexo.

Definición conceptual: En términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos.

Definición operacional: En este estudio estará representado por la proporción entre el sexo femenino y masculino. Se dará a través de la observación, identificación, si es hombre o mujer.

- Edad.

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Edad en que la persona adulta sufrió el ictus.

- Pacientes crónicos.

Definición conceptual: Trastorno persistente, orgánico o funcional, que obliga a una modificación del modo de vida.

Definición operacional: Pacientes adultos con hemiplejia post ACV.

- Pacientes en tratamiento de rehabilitación

Definición conceptual: Personas medicamente estables que asisten a un servicio de rehabilitación, de manera ambulatoria o en internación.

Definición operacional: Pacientes adultos con diagnóstico de hemiplejia post ACV que asisten al servicio de rehabilitación de INAREPS, de manera ambulatoria o en internación.

- Tipo de evento de ACV.

Definición conceptual: Clasificación del tipo de ACV, hemorrágico e isquémico.

Definición operacional: El paciente puede haber sufrido un ACV por un proceso hemorrágico o isquémico.

- Tiempo transcurrido del evento de ACV.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido de un suceso a la realización de otro.

Definición operacional: Tiempo transcurrido desde el ACV igual o menor a un año.

ENFOQUE DE ESTUDIO

Para este trabajo se utilizará un enfoque *cuantitativo*, el cual pretende describir los hechos tal cual como se presentan en la realidad, realizando la interpretación de los datos luego de su recolección y en base a la teoría. La variable de estudio: “Autoconocimiento corporal en personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV” presenta un carácter subjetivo, motivo por el cual se la ha cuantificado para hacerla observable y medible en lo empírico.

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación apunta a conocer las nociones del autoconocimiento corporal y cómo son aplicadas en el desempeño de las ABVD por las personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV. El trabajo consta de tres momentos: en principio una revisión teórico bibliográfica a fin de determinar el estado de la cuestión. En una segunda instancia se propone la realización de un trabajo de campo donde se utilizarán como técnicas de recolección de datos la recopilación documental de historias clínicas de pacientes con el diagnóstico mencionado, una Evaluación del Autoconocimiento Corporal, y la Evaluación del Nivel de Autoatención (ENA), de las autoras De Cillis, V. y Stefanolo, M. Como tercer momento se procede al análisis e interpretación de los datos a la luz de los conceptos teóricos abordados y se elaboran las conclusiones.

Se tratará de:

Estudio exploratorio: la presente investigación aborda un tema o problema poco estudiado en la Terapia Ocupacional.

Estudio descriptivo: identifica y describe el autoconocimiento corporal y su aplicación en las ABVD, desde el medio terapéutico de la Educación Postural Activa.

Teniendo en cuenta que la realización de los estudios descriptivos supone la existencia de investigación exploratoria ejecutada sobre el tema por el mismo investigador, es que se concluye que la mencionada investigación será un estudio exploratorio-descriptivo.

SELECCIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de diseño seleccionado para realizar el presente estudio es *no-experimental*. Puesto que no se manipularon las variables en forma intencional, observando a los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, sin que el investigador realice alguna intervención en el desarrollo del mismo.

Teniendo en cuenta el alcance temporal de la investigación se trata de un *estudio de tipo transversal*.

POBLACIÓN

La población accesible será la totalidad de personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV que ingresan al INAREPS, durante el período septiembre de 2017 a agosto de 2018.

MUESTRA

La muestra queda conformada por 15 personas adultas con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV que son atendidas en el Servicio de Terapia Ocupacional del INAREPS, durante el período de agosto-septiembre del año 2018.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se acudirá a la utilización de un método *No Probabilístico* por conveniencia o intencional o accidental. Las personas de la muestra estarán seleccionadas dada la conveniente accesibilidad y proximidad de las mismas para la investigación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de Inclusión:

- Personas atendidas en el INAREPS durante el período agosto-septiembre de 2018.
- Personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post ACV.
- Personas de ambos sexos.
- Tiempo transcurrido desde el ACV igual o menor a un año.

Criterios de Exclusión:

- Personas menores de 18 años.

- Personas que presenten afasia de comprensión, afasia de expresión o afasia mixta.
- No consentimiento por parte de la institución o del profesional a cargo.
- No consentimiento por parte del paciente o familiar.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se proponen tres técnicas de recolección de datos para llevar a cabo la investigación: recopilación documental de historias clínicas de pacientes adultos con diagnóstico médico de hemiplejía post ACV, Evaluación del Autoconocimiento Corporal, y Evaluación del Nivel de Autoatención (ENA), de las autoras Lic. Verónica de Cillis y Lic. Marcela Stefanolo.

- Instrumento N°1: Evaluación del Autoconocimiento Corporal

Este instrumento tiene como objetivo conocer las características del autoconocimiento corporal en personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV, que concurren a la sesión de Terapia Ocupacional del INAREPS. La ficha de evaluación consiste en 15 ítems que abarcan: Propiocepción, Auto-observación, Respiración Consciente y Desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria. La misma será administrada por medio de preguntas cerradas y consignas que la persona deberá llevar a cabo.

- Instrumento N°2: Evaluación del Nivel de Autoatención

Esta escala tiene como objetivo evaluar el nivel de desempeño de la persona en su autoatención. La misma consta de ocho actividades: Transferencias (seis ítems),

Vestido (nueve ítems), Aseo Personal (diez ítems), Alimentación (diez ítems), Desplazamiento (nueve ítems), Uso de Sanitario (seis ítems), Uso de Escaleras (tres ítems), y Control Intestinal y Vesical (seis ítems). Dentro de cada área se obtendrá un puntaje a partir de la sumatoria de los parciales de cada ítems, que dará como resultado el nivel de desempeño de la persona en su autoatención.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo la presente investigación se solicitó un permiso al Área de Docencia e Investigación del INAREPS con el fin de acceder a la población necesaria.

En una primera instancia se accede a las Historias Clínicas de los pacientes, facilitadas por los profesionales del Servicio de Terapia Ocupacional. A partir de esta información y considerando los criterios de inclusión, se procede a la selección de 15 personas que conformaron la muestra de la presente investigación.

Los encuentros se realizaron durante el horario de sesión correspondiente a Terapia Ocupacional de cada paciente, en los espacios brindados por el Servicio.

Previo a la evaluación se realizó una breve presentación con el fin de que la persona conozca los objetivos y características generales de la investigación. Luego se firmó un consentimiento informado perteneciente al INAREPS.

Se comenzó la evaluación administrando la Escala del Nivel de Autoatención, de una duración aproximada de 20-30 minutos.

Y luego se llevó a cabo la Evaluación del Autoconocimiento Corporal, de una duración aproximada de 10-20 minutos.

PARTE IV

Análisis de los datos

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este capítulo se presentan y analizan los datos obtenidos durante el trabajo de campo realizado en el período de agosto-septiembre de 2018. Los mismos se recolectaron a través de dos instrumentos: Evaluación de Autoconocimiento Corporal y Evaluación del Nivel de Autoatención.

Posteriormente se volcaron los datos de ambos instrumentos en tablas Excel a fin de tabularlos, obtener resultados estadísticos y representarlos a través de gráficos.

A continuación se presentan los resultados obtenidos atendiendo a las tres instancias lógicas sobre las que se basa este estudio: en principio, la caracterización de la muestra examinada, luego las nociones del autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV y en tercer lugar, el nivel de desempeño en las actividades básicas de la vida diaria de las mismas.

1- CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO POBLACIONAL

- *Edad*

Las edades de las personas de la muestra varían entre los 39 y los 73 años. Como puede observarse en el gráfico N°1, 4 personas presentan entre 35 y 45 años de edad, 4 personas entre 46 y 55 años de edad, 5 personas entre 56 y 65 años de edad, mientras que solo 2 personas presentan entre 66 y 75 años de edad.

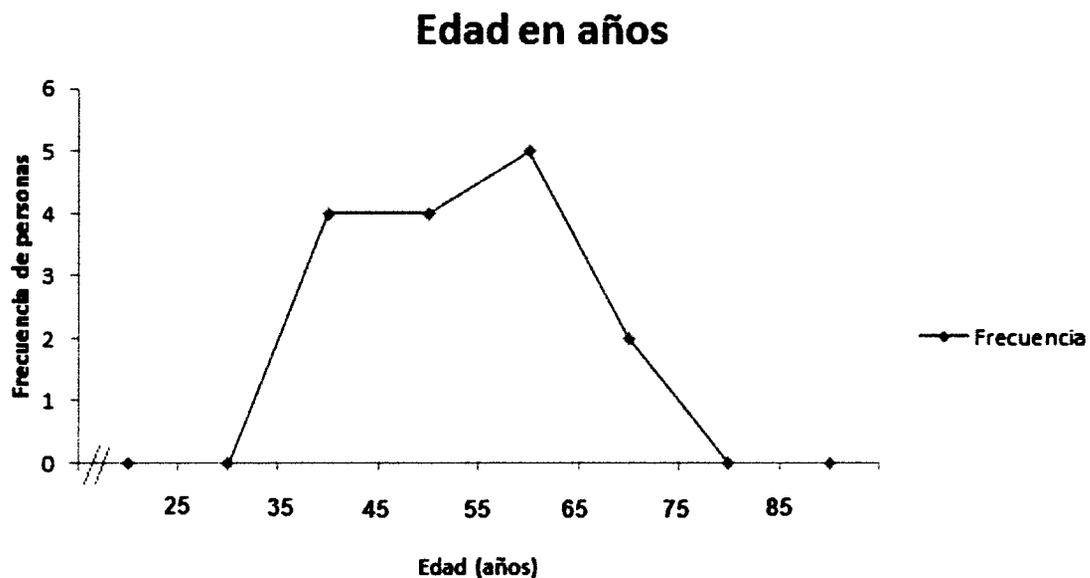


Gráfico N°1: Edad en años de las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Sexo*

El 60% de la muestra pertenecía al sexo femenino, mientras que el 40% pertenecía al sexo masculino.

Tabla N°2: Sexo de las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

SEXO	N°	Porcentaje
Femenino	9	60%
Masculino	6	40%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

- *Nivel Educativo según sexo*

En cuanto al nivel educativo que presentan las personas que componen la muestra, se constató que la mayoría alcanzó el primario completo, las mujeres con un 40% y los hombres con un 26.67%. Un 13.33% no completó el nivel primario, de los cuales un 6.67% corresponde al sexo femenino, y un 6.67% corresponde al masculino. Mientras que un 6.67% alcanzó el secundario completo y un 6.67% alcanzó el nivel terciario, ambos correspondientes al sexo femenino, y un 6.67% el nivel universitario completo, de sexo masculino.

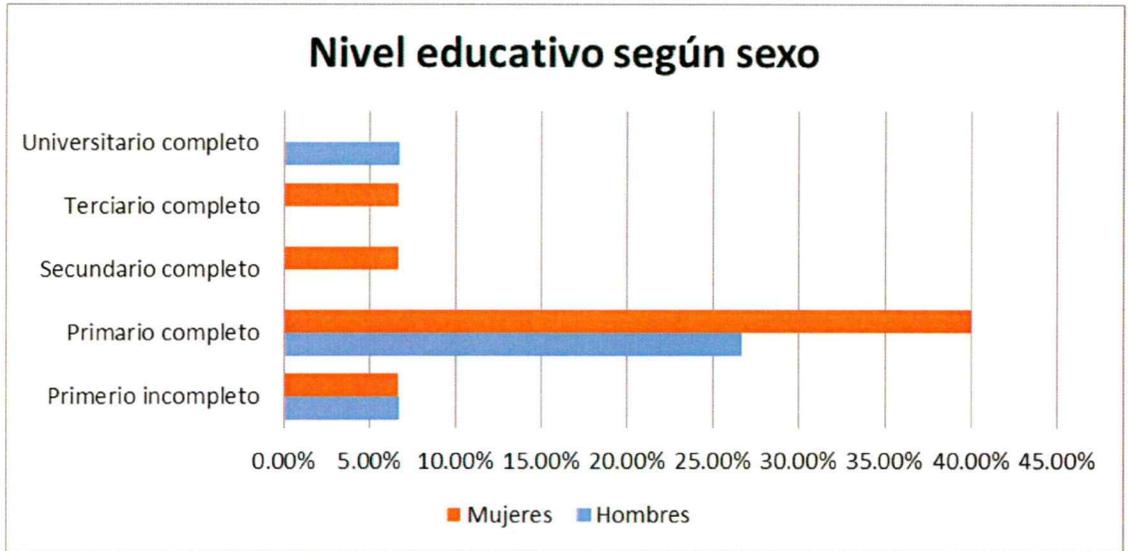


Gráfico N°3: Nivel educativo según sexo de las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Ocupación según sexo*

Del total de las personas que componen la muestra, un 40% refirió ser ama de casa y corresponde al sexo femenino; un 13.33% refirió ser cocinero, del cual un 6.67% corresponde al sexo femenino y un 6.67% al masculino; un 6.67% refirió dedicarse a atención al público y un 6.67% peluquero, correspondientes ambos al sexo femenino; un 6.67% refirió ser mensajero, un 6.67% panadero, un 6.67% abogado, un 6.67% empleado municipal y un 6.67% desempleado, todos ellos correspondientes al sexo masculino.



Gráfico N°4: Ocupación según sexo de las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Tipo de ACV*

Del total de la muestra, un 67% presentó un ACV de tipo isquémico, mientras que un 33% de la misma presentó un ACV de tipo hemorrágico.

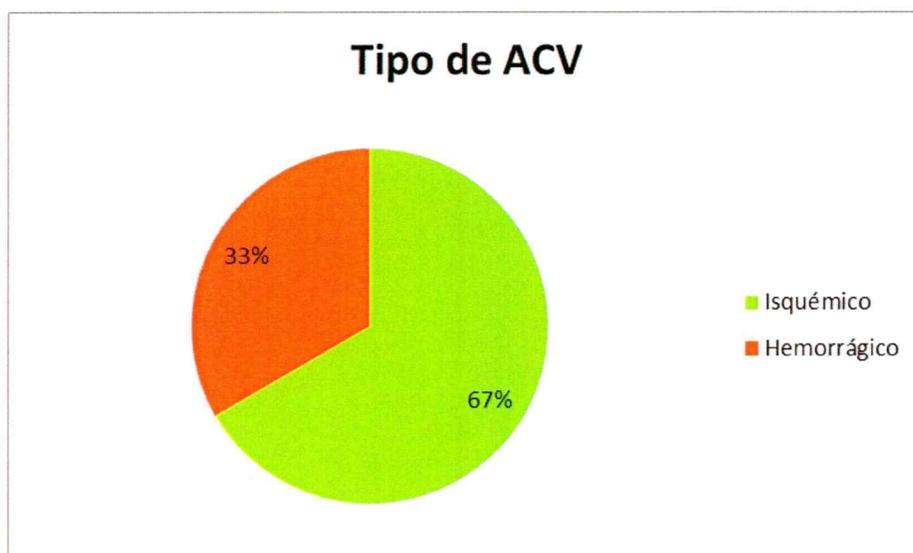


Gráfico N°5: Tipo de ACV de las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Tiempo de evolución del ACV*

Según lo que se observa en la tabla a continuación, un 53.33% del total de la muestra presentó un tiempo de evolución del ACV de 1 a 3 meses, un 26.66% de 4 a 6 meses y un 20% de 7 a 9 meses.

Tabla N°6: Tiempo de evolución del ACV de las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Tiempo de evolución del ACV	Cantidad de Personas	Porcentaje de Personas
1-3 meses	8	53.33%
4-6 meses	4	26.66%
7-9 meses	3	20 %
10-12 meses	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

2- NOCIONES DEL AUTOCONOCIMIENTO CORPORAL QUE PRESENTAN LAS PERSONAS ADULTAS CON DIAGNÓSTICO DE HEMIPLEJÍA POST-ACV

- *Propiocepción*

Mano en bandeja

Del total de personas que conformaron la muestra el 53.33% logró parcialmente la posición de Mano en Bandeja, el 26.67% logró y el 20% no logró.

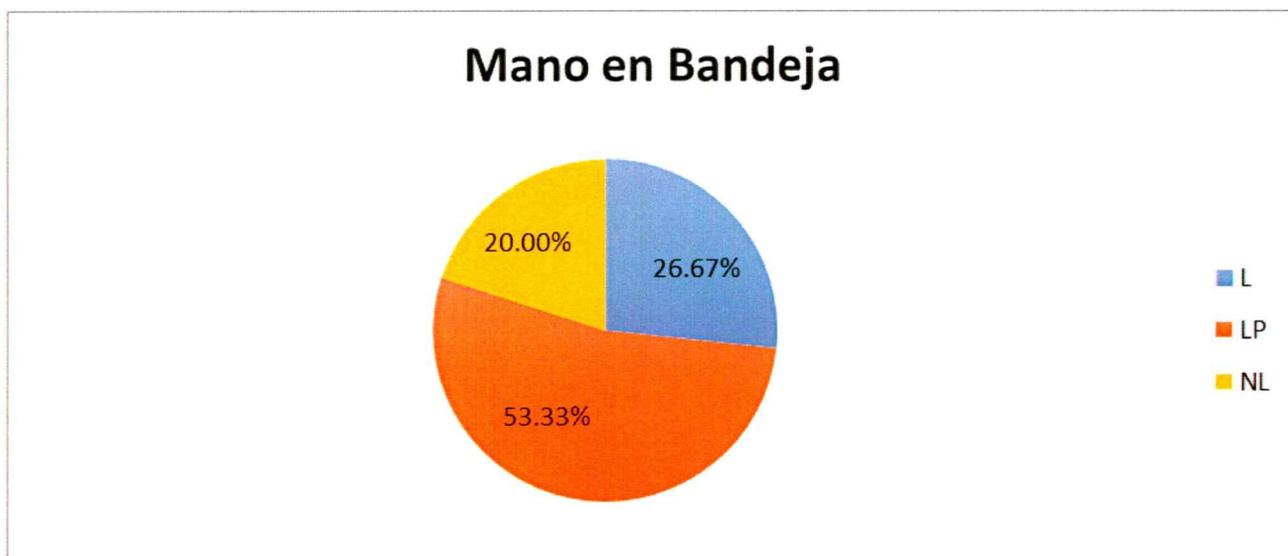


Gráfico N°7: Posición Mano en Bandeja. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Brazo en jarra

Un 53.33% de la muestra logró parcialmente la posición Brazo en Jarra. Mientras que el 46.67% de los casos no logró la posición. Ninguna persona logró adoptar la

posición completa. La mayoría de las personas manifestó impotencia funcional por dolor o luxación de hombro, y/o dificultad en la extensión de muñeca.



Gráfico N°8: Posición Brazo en Jarra. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Señalando un punto

Un 40% de la muestra analizada no logró completar la posición. Mientras que un 33.33% de los casos lo logró y sólo el 26.67% lo logró parcialmente. Se observó en esta prueba que la mayoría de las personas no lograron posicionar el dedo índice según lo solicitado.

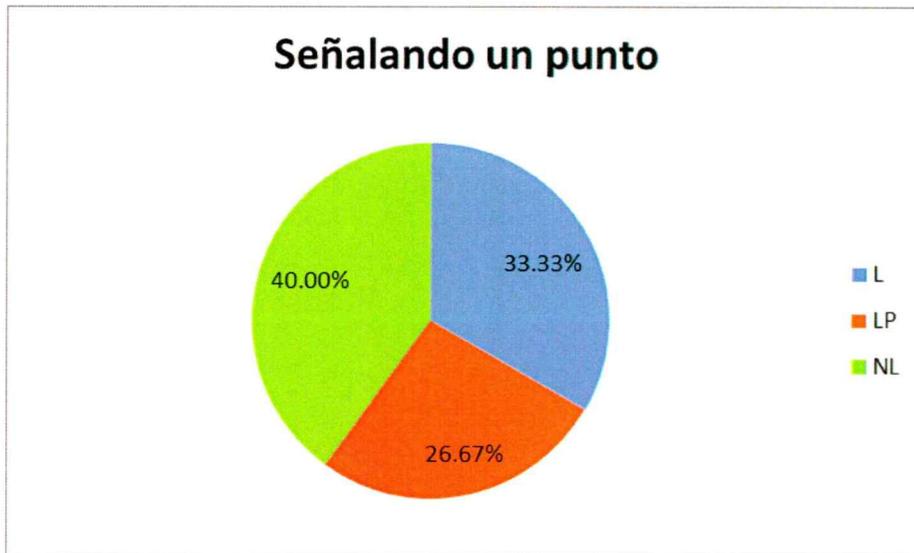


Gráfico N°9: Posición Señalando un punto. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Pisar el freno

Según lo que se presenta en el gráfico a continuación, todas las personas lograron adoptar la posición: un 86.67% de la muestra logró adoptar la posición completa y un 13.33% lo logró parcialmente. La mayor parte de las personas que conformaron la muestra refirió una mayor facilidad en la adopción de esta postura.



Gráfico N°10: Posición Pisar el freno. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Pies en la piscina

Del total de las personas observadas, un 73.33% logró adoptar la posición, un 20% no lo logró y un 6.67% lo logró parcialmente.

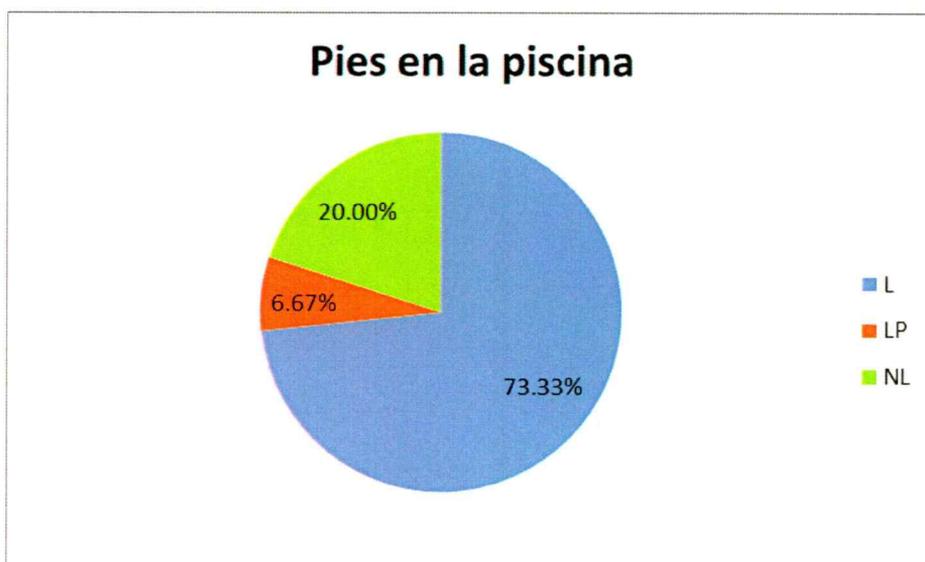


Gráfico N°11: Posición Pies en la piscina. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Auto-observación*

Alineación postural a nivel de la cabeza

Como se observa en el gráfico, el 100% de la muestra estudiada logró registrar la posición de su cabeza frente al espejo, ya sea alineada o inclinada hacia un lado.



Gráfico N°12: Auto-observación de la alineación postural a nivel de la cabeza. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Alineación postural a nivel de los hombros

En este punto se identificó que el 60% de la muestra observada registró la posición de sus hombros, ya sea alineados entre sí o uno más alto que otro, mientras que el 40% no lo registró.



Gráfico N°13: Auto-observación de la alineación postural a nivel de los hombros. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Alineación postural a nivel de las caderas

Según lo que se presenta en el gráfico a continuación, un 86.67% de la muestra pudo registrar la posición de sus caderas frente al espejo, alineadas entre sí o una más elevada que otra, mientras que el 13.33% restante no lo registró.

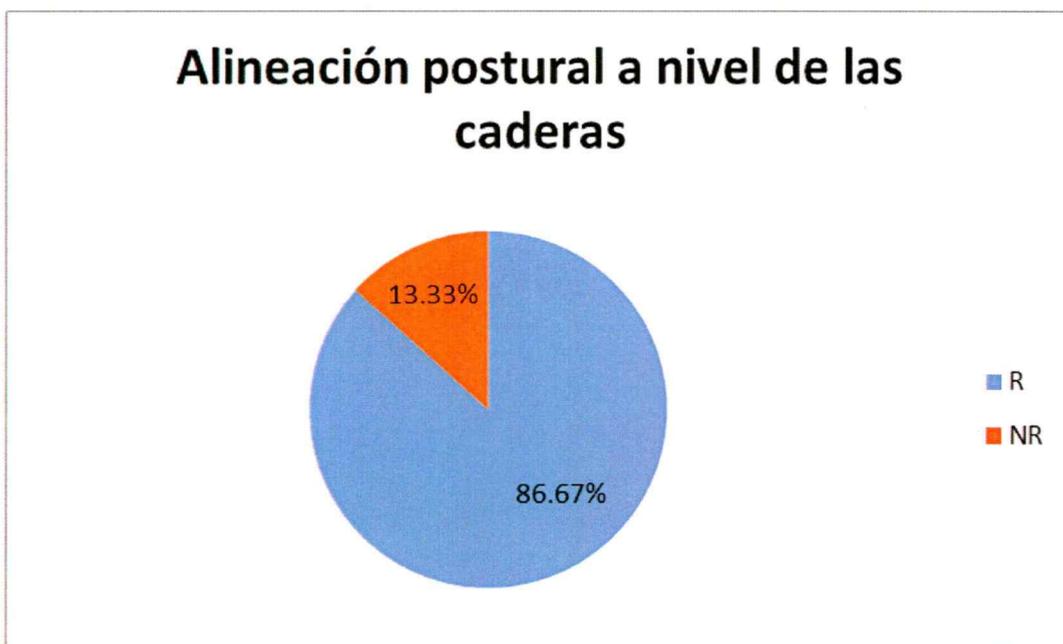


Gráfico N°14: Auto-observación de la alineación postural a nivel de las caderas. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Simetría corporal

Del total de las personas observadas, un 66.67% registró la longitud de un hemitronco respecto al otro. Mientras que un 33.33% no logró hacerlo.

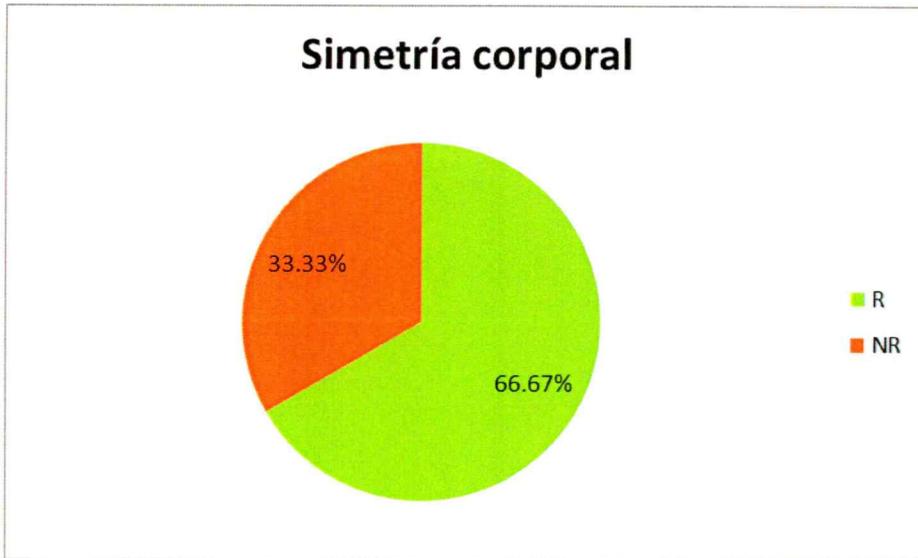


Gráfico N°15: Auto-observación de la simetría corporal a nivel del tronco. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Respiración Consciente*

Modo de inhalar y exhalar aire

Del total de las personas observadas, la mayoría percibió el modo en que ingresa el aire a su cuerpo y sale del mismo, con un 93.33%. Mientras que sólo el 6.67% no logró registrarlo.



Gráfico N°16: Respiración consciente. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Responsabilidad con respecto al cuidado de su propio cuerpo*

Actividad Corporal

Según lo observado en el gráfico siguiente, un 33.33% nunca realizó actividad corporal previo al ictus, un 26.67% siempre, un 26.67% a veces y un 13.33% la mayoría de las veces.



Gráfico N°17: Actividad corporal. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

3- DESEMPEÑO EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LAS PERSONAS ADULTAS CON DIAGNÓSTICO DE HEMIPLEJÍA POST-ACV

- *Niveles de autoatención*

Del total de la muestra evaluada, un 53% se encontró en un Nivel II de la Escala de la Evaluación del Nivel de Autoatención, un 47% en un Nivel III, sin personas que se encuentren en el Nivel I.



Gráfico N°18: Niveles de Autoatención. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Incorporación del hemicuerpo pléjico en la alimentación*

Consultados sobre la incorporación del hemicuerpo pléjico en la alimentación, las personas evaluadas indicaron que un 46.67% nunca lo incluyó en la actividad. Un 33.33% siempre, un 13.33% a veces y sólo un 6.67% la mayoría de las veces.

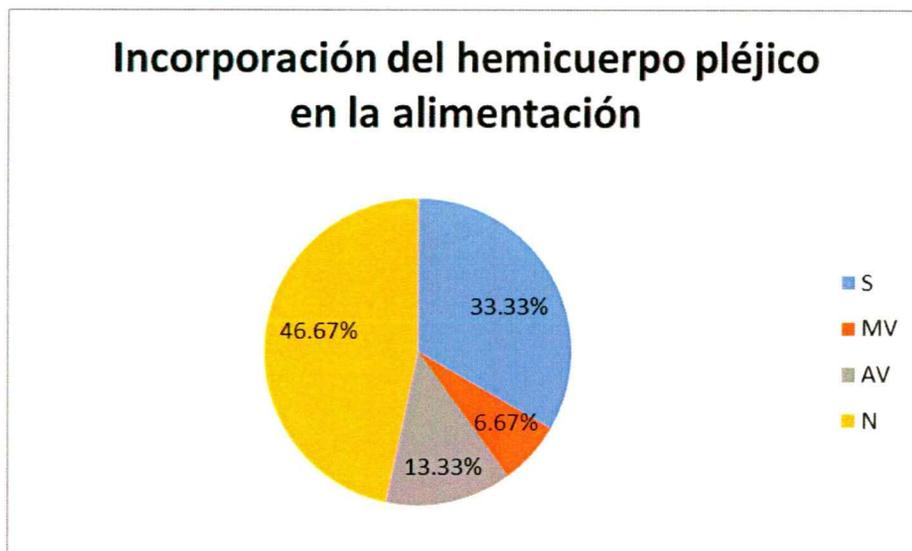


Gráfico N°19: Incorporación del hemicuerpo pléjico en la alimentación. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS.

Fuente: Elaboración propia.

- *Incorporación del hemicuerpo pléjico en el vestido*

Del total de las personas observadas un 40% refirió siempre incorporar su hemicuerpo pléjico en la actividad de vestido, un 33.33% nunca, un 13.33% la mayoría de las veces y un 13.33% a veces.

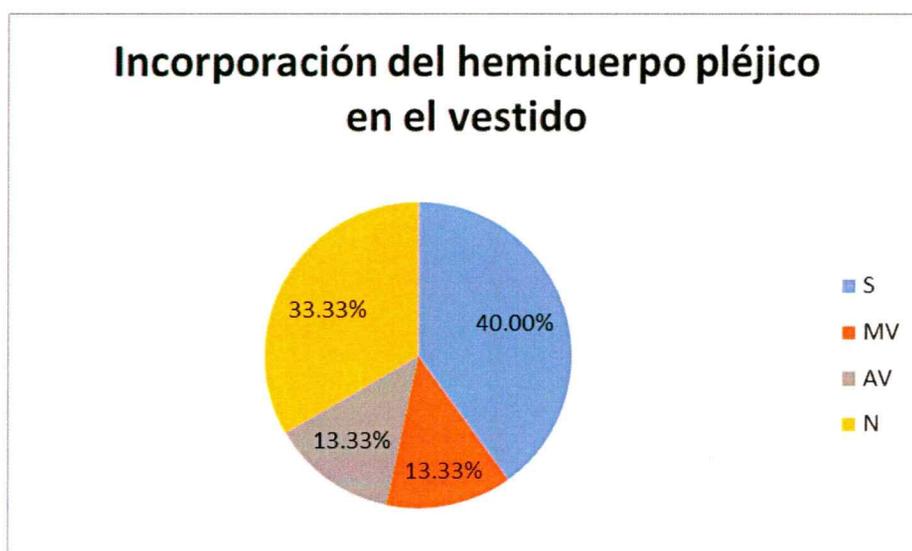


Gráfico N°20: Incorporación del hemicuerpo pléjico en el vestido. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Incorporación del hemicuerpo pléjico en la higiene personal*

Del total de las personas que comprenden la muestra, un 40% nunca incorporó el hemicuerpo pléjico en la actividad de higiene personal. Mientras que el 33.33% siempre lo incorporó, el 20% la mayoría de las veces y sólo el 6.67% a veces lo hizo.

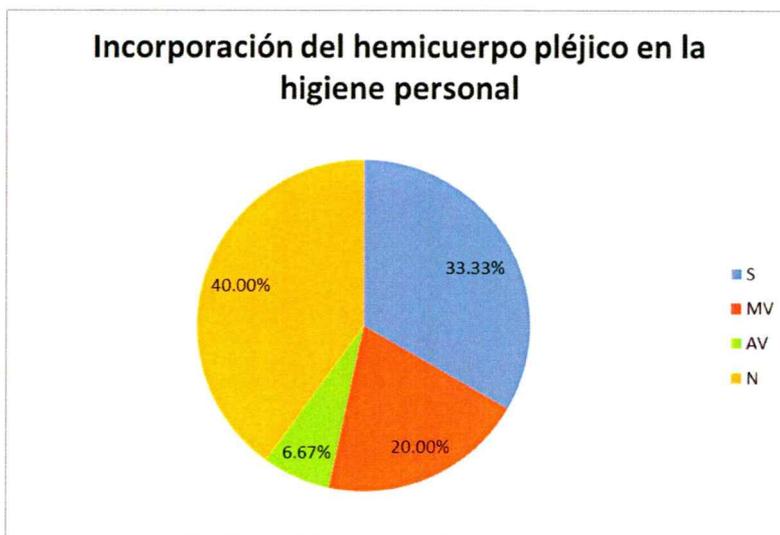


Gráfico N°21: Incorporación del hemicuerpo pléjico en la higiene personal. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

- *Reconocimiento de la importancia del autoconocimiento corporal*

Según lo que se presenta en el gráfico a continuación, un 80% de la muestra reconoció la importancia del conocimiento de su propio cuerpo en función de optimizar su desempeño en actividades de alimentación, vestido e higiene. Mientras que sólo un 20% no lo reconoció.

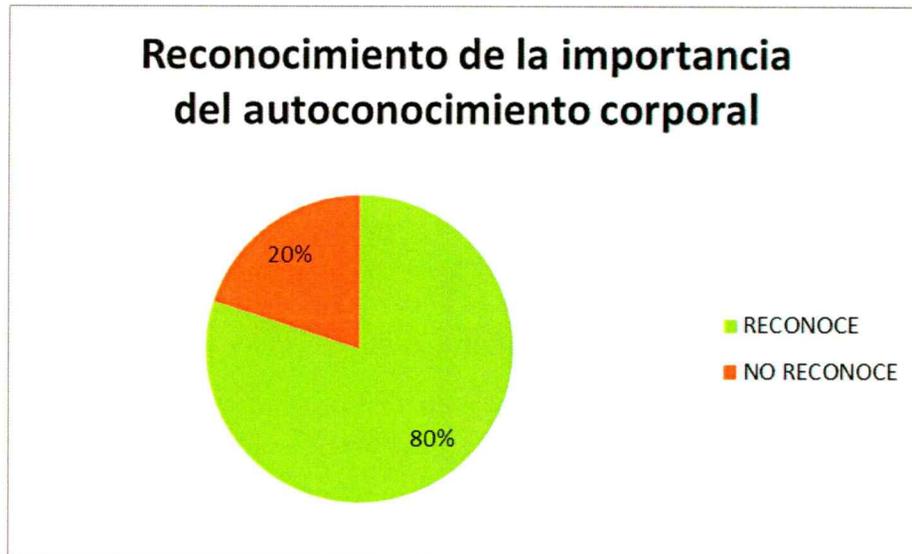


Gráfico N°22: Reconocimiento de la importancia del autoconocimiento corporal. Autoconocimiento corporal que presentan las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV del INAREPS. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Agosto-septiembre 2018.

Fuente: Elaboración propia.

PARTE V

Conclusiones

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación permitió ahondar, a partir de la perspectiva de la Terapia Ocupacional y por medio de la Educación Postural Activa, en el análisis del Autoconocimiento Corporal en personas adultas con diagnóstico de Hemiplejía post-ACV.

En una primera instancia, se caracterizó el universo poblacional de un total de 15 personas evaluadas, y en base a los datos obtenidos se pudo identificar que la gran mayoría de la muestra estudiada pertenecía al sexo femenino, y a un intervalo de edad promedio de entre 56 y 65 años. En cuanto al nivel educativo cabe destacar que el porcentaje mayor de la muestra sólo alcanzó el nivel primario, con un 66.67% completo (un 40% correspondiente al sexo femenino y un 26.67% correspondiente al masculino) y un 13.33% incompleto (un 6.67% de sexo femenino y un 6.67% de sexo masculino). Al indagar sobre la ocupación que desempeñaban, se detectó una gran diversidad en las respuestas, desde un profesional hasta un desocupado, con una prevalencia en la ocupación ama de casa. En lo que refiere al tipo de ACV que presentó la muestra, existe un predominio del tipo isquémico sobre el hemorrágico y en cuanto al tiempo de evolución del ACV, un 53.33% de las personas correspondieron a un intervalo de entre 1 a 3 meses.

A partir de los resultados arrojados mediante el análisis de datos, se pudo conocer cuáles eran las nociones que las personas tenían acerca del Autoconocimiento Corporal. En cuanto a la propiocepción, a través de la evaluación que incluyó la adopción de diferentes posiciones por parte de la persona, se pudo identificar que la gran mayoría presentó dificultad en la ubicación correcta de sus articulaciones a nivel de miembros superiores, de distal a proximal. Se observó que un porcentaje mayor lo logró

de forma parcial, es decir que sólo adoptó la posición de al menos una de las articulaciones intervinientes. Mientras que a nivel de miembros inferiores la mayoría logró de forma completa adoptar las posiciones solicitadas. De este modo, se puede inferir que existe un mayor compromiso a nivel de miembros superiores de la sensibilidad artrocinética, posicional o profunda, por la que la persona conoce la posición en la que se encuentran las articulaciones de su cuerpo sin utilizar la vista.

En lo que respecta a la auto-observación, los valores arrojados evidenciaron que la gran mayoría de las personas registró, frente a un espejo, la orientación de los distintos segmentos corporales evaluados, tales como cabeza, hombros y cadera. Todas las personas registraron la posición de su cabeza, mientras que un 60% registró la alineación de sus hombros y un 86.67% registró la alineación de sus caderas. En cuanto a la simetría corporal, los valores arrojados indicaron que un 66.67% de la muestra logró registrar similitud o diferencia de longitud de un hemitronco respecto a otro. Cabe destacar que gran parte de la muestra se mostró reticente ante la consigna de observarse en cuerpo completo frente a un espejo, manifestando sorpresa, incomodidad y angustia. Mientras se realizó la evaluación se pudo detectar que ante la consigna de observarse en el espejo, las respuestas de las personas evaluadas no estaban tan relacionadas a la imagen que les devolvía el espejo como a los preconceptos o información brindada previamente en la institución por parte de los profesionales de la salud.

La muestra evaluada, en su mayoría, pudo detectar el modo de inhalar y exhalar el aire. Sólo una persona no logró registrarlo debido a la falta de comprensión de la pregunta. En lo que concierne a las actividades corporales, recreativas y/o expresivas realizadas previas al ictus, muchas de las personas manifestaron nunca haber realizado

alguna. Esto podría evidenciar una falta de experiencia corporal y de conocimiento de su propio cuerpo.

Por otro lado, la Evaluación de Niveles de Autoatención arrojó resultados acerca del desempeño (grado de dependencia o independencia) en las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Gran parte de la muestra evaluada demostró estar en un nivel intermedio de desempeño. Consideramos que este resultado podría estar relacionado con que la mayoría de las personas se encontraban en una etapa temprana del tratamiento.

Con respecto a la incorporación del hemicuerpo pléjico en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, se observó que la mayor parte de la muestra no percibía ni integraba el lado afectado del cuerpo a la ejecución de las actividades de alimentación e higiene personal, mientras que en la actividad de vestido la mayoría refirió incorporar el hemicuerpo afectado. Un 80% de las personas evaluadas refirió reconocer la importancia del autoconocimiento corporal en función de optimizar el desempeño en las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Si bien la mayoría de las personas otorgaron valor a tener conocimiento de su propio cuerpo, según los datos arrojados acerca de la incorporación del hemicuerpo pléjico, se puede inferir que las mismas no presentaron un registro corporal consciente.

Finalizando nuestro proceso de investigación podemos concluir que a pesar de que, en términos generales, las personas presentaron ciertas nociones acerca del autoconocimiento corporal, las mismas no se vieron reflejadas en el desempeño de las ABVD.

Considerando estos aspectos, se propone como modelo de intervención la Educación Postural Activa. Esta conduce a un camino de re-descubrimiento, de conciencia y de escucha a las “nuevas necesidades” que se generan a partir del ictus y

que impulsan a la persona a transitar este proceso dinámico, registrando atenta y minuciosamente sensaciones, posturas, movimientos, percepciones y emociones. El pasaje por ese proceso de introspección corporal le permitirá ubicarse y redefinirse como ser único y responsable de su salud, bienestar y calidad de vida.

Desde la Terapia Ocupacional, creemos en la importancia de que los profesionales de la salud tengan una aproximación a la Educación Postural Activa con el fin de incorporar este modo de abordaje en el tratamiento de rehabilitación de las personas adultas con diagnóstico de hemiplejía post-ACV.

A partir de este trabajo de investigación, queda abierto un camino para futuros estudios complementando y enriqueciendo la temática elegida, pudiendo expandir este análisis a personas con otras patologías.

“El cuerpo es una envoltura: sirve, pues, para contener lo que luego hay que desenvolver. El desenvolvimiento es interminable. El cuerpo finito contiene lo infinito, que no es ni alma ni espíritu, sino el desenvolvimiento del cuerpo.” (Jean-Luc Nancy)

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Bertherat, T. (1992). *Las estaciones del cuerpo. Cómo observarse y mantenerse en forma a través de la antigimnasia*. (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Bertherat, T. (1992). *La guarida del tigre*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Bertherat, T. (2000). *Correo del Cuerpo: Nuevas vías de la antigimnasia*. (1ª ed.) Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Bertherat, T. (2013). *El cuerpo tiene sus razones. Autocura y antigimnasia*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Bobath, B. (1993). *Hemiplejia del adulto. Evaluación y tratamiento*. (3ª ed.) Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Busquet, L. (2008). *Las cadenas musculares*. Tomo II. (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Casas Parera, I. et al. (2004). *Manual de Neurología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Grupo Guía S.A.
- Davies, P.M. (2003). *Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejia*. (2º ed.). España, Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp 4-9.
- Deepak Chopra. (2010). *Salud Perfecta*. Barcelona, España: Ediciones B S.A.
- Denys-Struyf, G. (2004). *El manual del Mezierista*. Tomo I. (3ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Enev, A; Rolando, S. (2014). *Características de la postura y conciencia postural en los estudiantes de Terapia Ocupacional: Una evaluación enfocada desde la mirada de la Educación Postural Activa*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Buenos Aires, Argentina.

- Fustinoni O. (1999). *Semiología del Sistema Nerviosos Central*. Barcelona, España: Editorial El Ateneo.
- Galizio, F. (2010). *Estudio sobre la Percepción acerca del Estado de Salud al momento del Alta de Pacientes Crónicos que sufrieron un Accidente Cerebrovascular y presentan Secuelas Motoras*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.
- Gillen, G. & Burkhardt, A. (2004). *Stroke Rehabilitation. A Function-Based Approach*. (2da ed.). Missouri, Estados Unidos: Editorial Mosby.
- Godelive Denys-Struyf. (2004). *El manual del Mezierista*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Gutiérrez, M., & Preckel, B. (2013). *Conocimiento y Aplicación de la Educación Postural Activa en Adultos Mayores*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.
- Ithurralde, V., & Veloso, M. (2014). *El Autoconocimiento Corporal del Violinista en la Interpretación Musical. Un Análisis desde Terapia Ocupacional*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.
- Kepner, James I. (1999). *Proceso Corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. (1ª ed.). Distrito Federal, México: Editorial El Manual Moderno.
- Kesselman, S. (1990). *El pensamiento Corporal*. (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidós.

- López, Blanco, A. (2004). *El cuerpo tiene la palabra*. (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Robinbook S.A.
- Lino, M. B. (2013). *Efectividad del tratamiento del Control Postural utilizando la Nintendo Wii en pacientes Hemipléjicos Adultos post ACV*. (Tesis de grado). Universidad Fasta de Mar del Plata. Facultad de Ciencias Médicas, Buenos Aires, Argentina.
- Luria, A.R. (1974). *El cerebro en Acción*. (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Fontanella. S.A.
- Moshe, Feldenkrais. (1992). *Autoconciencia por el movimiento: Ejercicios fáciles para mejorar tu postura, visión, imaginación y desarrollo personal*. (10ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Paeth Rohlf, B. (2012). *Experiencias con el concepto Bobath: Fundamentos, tratamientos y casos*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Paganelli Castrignano, Y. (2016). *Cartografías Corporales. Una mirada del abordaje corporal en Terapia Ocupacional*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Buenos Aires, Argentina.
- Paolinelli, N. (2014). *Un Análisis de la Actividad Tango desde Terapia Ocupacional. Entre giros y enrosques una posibilidad para el autoconocimiento*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina.
- Ricard, F., & Sallé, J. (2003). *Tratado de Osteopatía*. (3ª ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Risiga, M., Pradolini, V., Porro, S., et al. (2016) *Las otras cornisas de la Terapia Ocupacional*. Miramar, Buenos Aires, Argentina: Editorial M.B.
- Romano, D. (2013). *Introducción al Método Feldenkrais. El arte de crear conciencia a través del movimiento*. (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen.
- Souchard, Ph. (2004). *Stretching global activo. De la perfección muscular al éxito deportivo*. Tomo II. (3ª ed.). Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Thomas, H. (1988). *Somática. Recuperar el Control de la Mente sobre el Movimiento, la Flexibilidad y la Salud*. (1ª ed.). México: Editorial YUG.
- Trombly, C. (2001). *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. Distrito Federal, México: Editorial La Prensa Médica Mexicana.
- Willard & Spackman. (2005). *Terapia Ocupacional*. (10ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Zoltan, B., Siev, E., & Freishtat, B. (1986). *The Adult Stroke Patient. A Manual for Evaluation and Treatment of Perceptual and Cognitive Dysfunction*. (2º ed.). New Jersey, Estados Unidos: Editorial: Slack.

MATERIAL CONSULTADO ELECTRÓNICAMENTE

- Acuña, B. (10 de Octubre de 2015). Método de Rolf de Integración Estructural. [Blog post]. Recuperado de: <http://rolfintegracion.blogspot.com.ar/> [Consulta: 12 de Marzo 2017].
- Asociación Método Feldenkrais Argentina (1997). Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.feldenkrais.org.ar/> [Consulta: 16 de Noviembre de 2016].
- Asociación Española de Reeducción Postural Global. (2006). Método de RPG. Recuperado de: <https://www.rpg.org.es/el-metodo-rpg/>. [Consulta: 21 de Marzo 2017].
- Asociación Española de Reeducción Postural Global. (27 de noviembre de 2014). *Adopta una buena postura*. Recuperado de: <https://www.rpg.org.es/2014/11/27/rpg-adopta-una-buena-postura/> [Consulta: 21 de Marzo 2017].
- Di Croce, M. (2012). Entrevista a Bertherat, Thérèse. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=jvB_eB5C7Ow [Consulta: 7 de Febrero 2017]
- Carrión Téllez, V. & Pastor Zaplana, J. (Julio 2015). Intervención desde terapia ocupacional en hemiplejía hipotónica. *Revista TOG*, 12 (10), p. 81. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/suple/num10/hipotonica.pdf>. [Consulta: 2 de Octubre de 2017].
- Carvajal, J. C., & Rodríguez, M. U. (2010). La educación somática: un medio para desarrollar el potencial humano. *Educación física y deporte*, 20(1), 31-43. Recuperado de:

<http://www.metodofeldenkrais.com/wpcontent/uploads/2014/09/EDUCACION-SOMATICA.-pdf.pdf>. [Consulta: 11 de Marzo de 2017].

- Hernández-Muela, S., Mulas, F., Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de Neurología*, 38 (Supl 1), pp. 58-68. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/plasticidad2.pdf>. [Consulta: 25 de Agosto de 2017].
- Gaytan, J. L. (11 de septiembre de 2013). Especialización Hemisférica y Lóbulos. *Psicología*. [Blog post]. Recuperado de: <http://joseluisgaytan.blogspot.com.ar/2013/09/especializacion-hemisferica-y-lobulos.html>. [Consulta: 25 de Agosto de 2017].
- JM, Cittone (1999). Método Mézières. Enciclopedia Médico Quirúrgica-E-26-085-A-10. [Versión electrónica]. Paris: Editions Scientifiques et Médicales.Elsevier.SAS., http://files.sld.cu/ehabilitacionejer/files/2010/05/metodo_20_meziere.pdf. [Consulta: 15 de Febrero 2017].
- Kaufman, L. (2012). *Guía teórica: El cuerpo consciente con el método Feldenkrais*. Recuperado de: <http://www.leakaufman.com/wp-content/uploads/2012/05/guia-teorica-el-cuerpo-consciente.pdf> [Consulta: 13 de Junio 2017].
- López Roa, L.M. (2012). *Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación*. *Revista Universidad y Salud*, 14 (2), pp. 197-204. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262669391_Neuroplasticity_and_its_implications_for_rehabilitation. [Consulta: 19 de Agosto de 2017].
- Meléndez, Y.; Ñustes, D., & Ramírez, S. (2012) *Efectos del Método Feldenkrais en el tratamiento de Patologías de Origen Mecánico de la Columna Vertebral*:

- Revisión de la literatura 2000-2012.* (Tesis de grado). Recuperado de: <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/8146>.
- Mosso, J. (16 de junio de 2010). Descripción y tratamiento kinésico de la Hemiplejía. [Blog post]. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/search/slideshow?searchfrom=header&q=hemiplejia> [Consulta: 25 de Agosto de 2017].
 - Núñez, A. (2005). Integración Cuerpo, Emoción y Mente: El Enfoque Bioenergético de A. Lowen. Recuperado de: <http://psicologoslaureanocuesta.org/articulos/bioenergetica.pdf> [Consulta: 18 de Abril 2017].
 - Odessky, A.G. (2012). *Escuela Argentina de Eutonía*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: www.eutonia.edu.ar [Consulta: 20 de Marzo de 2017].
 - Pellegrini, M. (Diciembre, 2004). Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria. *Terapia-Ocupacional. Com.* Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>. [Consultado: 3 de Octubre de 2017].
 - Pereyra Girardi, C., & Milei, J., & Stefani, D. (2011). Factores Psicosociales de Riesgo en la Enfermedad Cardíaca. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 225. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2819/281922826004/>. [Consulta: 24 de Octubre de 2017].
 - Prieto Echave, J. (2014). *Análisis del Esquema Corporal en Personas con Daño Cerebral Adquirido.* (Tesis de grado). Recuperado de: <http://eugdspace.eug.es/xmlui/handle/123456789/56>.

- Ramón, S. (2016). Método Feldenkrais de Educación Somática. [Entrada de Blog]. In Puls. Recuperado de: <http://www.metodofeldenkrais.com/metodo-feldenkrais/> [Consulta: 16 de Noviembre de 2016].
- Rodríguez, L., Álvaro, E. & Ortiz, F. (Abril-Junio 2016). Cambios en la recuperación de la función motora en pacientes con accidente cerebrovascular crónico. *Revista Iatreia*, 29 (2), p.130. Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/21881>. [Consulta: 2 de Octubre de 2017].
- Sánchez Blanco. et al. (Junio de 2000). Pronóstico de recuperación funcional en personas supervivientes de un ictus. *Revista Rehabilitación*, 34 (6), p. 415. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-pronostico-recuperacion-funcional-personas-supervivientes-10018773>. [Consulta: 29 de septiembre de 2017].
- Villanueva, V. J. (2002). La motilidad. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, (117), pp. 22-31. Recuperado de: <https://med.unne.edu.ar/revista/revista117/motilidad.html>. [Consulta: 22 de Septiembre de 2017].

ANEXOS

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de Consentimiento Informado

Aprobación del interesado para participar del estudio de investigación

Título del estudio

Patrocinadores del estudio

Investigador responsable

Nombre:

Afiliación institucional:

Dirección:

Teléfono:

E-mail:

Breve descripción

Usted ha sido invitado a participar de un estudio de investigación que

El estudio respeta los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinsky y la Ley 11044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, su decreto reglamentario, la ley 25326 de Protección de Datos Personales.-. Antes de que confirme su decisión de participar, nos gustaría ofrecerle información adicional y responder cualquier inquietud adicional que pudiera tener.

Este Trabajo ha sido presentado para

Participantes del Estudio.....

Procedimiento del estudio: Si Ud. decide participar, luego de firmar el Cl., se lo invitara a que

¿Cuál es el objetivo del estudio? _____

¿Qué deberé hacer si acepto participar? _____

¿Qué sucede si me niego a participar? _____

La participación es completamente voluntaria y depende únicamente de su decisión. En caso de aceptar se le dará el Formulario de Consentimiento Informado para que lo firme. Usted puede negarse a participar y/o a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello provoque perjuicios de ningún tipo.

¿Existen posibles riesgos o malestares por participar? _____

¿Cuáles son los posibles beneficios por participar? _____

Riesgos y beneficios de métodos alternativos al propuesto:

Conflicto de intereses: por este trabajo de investigación, el investigador principal recibirá en concepto de _____

¿Recibiré alguna compensación por participar del estudio?

Lugar de referencia para la atención de la salud y grado en que será cubierta su atención médica durante el estudio ante cualquier inconveniente

Garantía de seguro de daños e indemnización

Al firmar este consentimiento, usted no renuncio a ninguno de los derechos legales que le reconocen las leyes de nuestro país y que pudiesen corresponderle en caso de que se le produzca algún daño y que este se haya producido como consecuencia de su participación en el estudio de investigación. Con la firma de este C.I., usted no renuncia a los derechos que posee de acuerdo al Código Civil y a las leyes argentinas en materia de responsabilidad civil por daños.-

¿Se conservará la privacidad de mi nombre o todos conocerán mis datos personales?

Sólo las personas que trabajan en el estudio de investigación conocerán su nombre e información relacionada. Otras personas no sabrán si se encuentra en el estudio. Los resultados se escribirán de forma tal que nadie pueda decir qué datos provinieron de usted.-

Todos sus datos están protegidos por la ley 25326 de protección de datos personales.

La Dirección Nacional de Datos Personales (Órgano de control de la ley nro. 25.326, Domicilio Sarmiento 1118 piso 5to. p-C1041aax ciudad Autónoma de Bs.As.Tel.(011-4383-8512/13. E-mail:infodnepdep@jus.gov.ar) tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales

¿Puedo llamar a alguien si tengo alguna pregunta?

Podrá realizar cualquier pregunta que tenga sobre este estudio al investigador responsable del estudio. Sírvase consultar sus datos de contacto al comienzo del presente documento. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en una investigación, deberá comunicarse

Los aspectos éticos del presente proyecto de investigación han sido evaluados por _____

Declaración del consentimiento del participante

Yo, _____, he leído este Formulario de Consentimiento Informado y he recibido información por parte de _____

sobre el estudio _____

que se está llevando a cabo en _____

Con mi firma ratifico mi aceptación de las condiciones anteriormente expuestas, expresando así mi voluntad y compromiso de participar en este estudio.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del Estudio en cualquier momento, sin recibir ningún tipo de represalias. Asimismo se me ha explicado que mis datos personales se encuentran protegidos por la ley 25326. Y que ni mi nombre ni mis datos personales serán identificables en ningún informe científico o publicaciones que pudieran resultar de esta investigación.-,

(NO) Recibiré por parte _____.) una remuneración por _____

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito, que serán anónimos, preservando así mi derecho a la confidencialidad .Y que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación

Puedo comunicarme con el investigador responsable del estudio en cualquier momento si tengo cualquier pregunta.

Recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado y fechado.

Apellido y Nombre del Participante: _____

DNI _____

Firma del Participante: _____

Lugar y Fecha: _____

Apellido y Nombre del Testigo _____ DNI _____

Firma del Testigo _____ Lugar y Fecha _____

Este estudio se ha explicado cuidadosamente y por completo al participante y se le ha brindado la oportunidad de formular cualquier pregunta con respecto a la naturaleza, riesgos y los beneficios de su participación en el estudio de investigación

Apellido y Nombre del Investigador _____

Matrícula o DNI _____

Firma del Investigador: _____

Lugar y Fecha: _____

ANEXO II

EVALUACIÓN DEL AUTOCONOCIMIENTO CORPORAL

Para conocer las nociones de Autoconocimiento Corporal y su impacto en el desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Dirigido a aquellas personas con diagnóstico médico de hemiplejia post-accidente cerebrovascular que concurren al INAREPS, durante el período agosto-septiembre del año 2018.

Nº de Encuesta: _____	Fecha: _____
Iniciales:	Género: F() M()
Edad:	
Nivel educativo:	
Ocupación:	
Diagnóstico médico :	
.....	

Propiocepción

1) Mano en bandeja:

- Logra
- Logra parcialmente
- No logra

2) Brazo en jarra:

- Logra
- Logra parcialmente
- No logra

3) Señalando un punto:

- Logra
- Logra parcialmente
- No logra

4) Pisar el freno:

- Logra
- Logra parcialmente
- No logra

5) Pies en la piscina:

- Logra
- Logra parcialmente
- No logra

Auto-observación

6) ¿Cómo observa usted la posición de su cabeza? ¿Alineada o inclinada hacia un lado?

- Registra
- No registra

7) ¿Cómo observa usted la posición de sus hombros? ¿Alineados entre sí o uno más elevado que otro?

- Registra
- No registra

8) ¿Cómo observa usted la posición de sus caderas (crestas ilíacas)? ¿Alineadas entre sí o una más elevada que otra?

- Registra
- No registra

9) ¿Cómo observa usted la longitud de un hemitronco respecto al otro?
¿Observa un lado de su cuerpo más largo que otro?

- Registra
- No registra

Respiración consciente

10) Al respirar, ¿por dónde percibe usted que ingresa el aire a su cuerpo y por dónde sale del mismo? ¿Ingresa por nariz y sale por boca? ¿Ingresa y sale sólo por boca o sólo por nariz?

- Registra
- No registra

Desempeño en las Actividades Básicas de la Vida Diaria

11) Cuando usted se alimenta, ¿incorpora su miembro afectado a la actividad?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- A veces
- Nunca

12) Cuando usted se viste, ¿incorpora su miembro afectado a la actividad?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- A veces
- Nunca

13) Cuando usted realiza actividades de higiene personal, ¿incorpora su miembro afectado?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- A veces
- Nunca

14) ¿Reconoce usted que tener un mayor conocimiento de su cuerpo mejoraría el desempeño en las actividades de alimentación, vestido e higiene?

- Reconoce
- No reconoce

15) ¿Realizaba usted actividad corporal previo al ACV?

- Siempre
- La mayoría de las veces
- A veces
- Nunca

ANEXO III

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN

EVALUACION DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN (E.N.A.)

Por De Cilla & Stefanolo

2. GUIA DE EVALUACIÓN

1) TRANSFERENCIAS

> NIVEL I

- 1.- El paciente debe ser capaz de indicar a un tercero la ubicación correcta de su cuerpo y silla de ruedas para iniciar su transferencia, como así también el acondicionamiento de la misma (apoyapies, frenos etc.). (2 puntos)
- 2.- El paciente logra sentarse en la cama con la asistencia de otra persona, quedan excluidos, aquellos que requieran de máxima asistencia para los cambios posturales. (2 puntos)
- 3.- En este punto se evalúa la capacidad de incorporarse. El paciente colabora, se acepta el uso de accesorios (triángulos, soga, barra etc.). (2 puntos)

> NIVEL II

- 4.- El paciente debe ser capaz de acomodar su cuerpo y acondicionar la silla de ruedas para realizar la transferencia se acepta una sola falla por olvido o imposibilidad-Ej: no colocar un freno, no mover un apoyapies. (3 puntos)
- 5.- El paciente realiza la transferencia con mínima asistencia, utilizando la técnica apropiada a su problemática (pivote, por deslizamiento, etc). (3 puntos)

> NIVEL III

- 6.- El paciente debe realizar en forma independiente y sin correr riesgos todos los pesos para transferirse a una cama, silla común y a silla de ruedas. (3 puntos)

2) VESTIDO

> NIVEL I

- 1.- El paciente debe reconocer las prendas y saber a que parte del cuerpo corresponde. Como así también su parte delantera, trasera, el derecho y revés de las mismas. (1 punto)
- 2.- Puede usarse al menos una prenda del tren superior (remera, saco, camisa). Dentro del ítem queda incluido el equipamiento de tren superior (sling, etc.). Se acepta para su aprobación la supervisión a través de indicación verbal pero no la asistencia. (1 punto)
- 3.- Puede quitarse calzado de ambos pies con o sin dispositivos de ayuda. Queda incluido el equipamiento de tren inferior, si posee. (0,50 puntos)
- 4.- ídem medias. No incluye para mujeres las medias enteras. (0,50 puntos)
- 5.- El paciente debe ser capaz de abotonarse, desabotonarse, subir y bajar cierres (no engancharlos), separar abrojos. No se incluyen botones chicos ni de mangas. (0,50 puntos)

> NIVEL II

- 6.- El paciente debe colocarse por lo menos una prenda de tren superior en forma independiente aceptándose la supervisión. Debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren superior. (1 punto)

- 7.- Debe colocarse ambos zapatos, puede valerse de dispositivos. No se incluye ajuste de cordones o hebillas u otros accesorios. También debe conocer forma de colocarse equipamiento tren inferior. (1 punto)
- 8.- Debe colocarse ambas medias, puede valerse de dispositivos. (quedan excluidas medias de nylon o enteras). (0,50 puntos)
- 9.- Puede quitarse prendas de tren inferior incluye desabotonar, bajar cierres y otras prendeduras. (1 punto)

➤ NIVEL III

- 10.- Debe colocarse prendas de tren inferior, puede valerse de dispositivos, también debe colocarse equipamiento de tren inferior si posee. (1 punto)
- 11.- El paciente debe manejar prendeduras en cualquier ubicación que se encuentren: nudos de zapatos, prender corpiño, nudo corbata, cierres traseros, enganchar cierres, realizar moños. Se da por aprobado aquel que logra como mínimo dos de las descriptas. (1 punto)
- 12.- El paciente debe vestirse y desvestirse y poder tomar las prendas fuera de su alcance puede utilizar dispositivos de ayuda. Ej: si está en la cama alcanzar del placard o silla. (1 punto)

3) ASEO PERSONAL

➤ NIVEL I

- 1.- El paciente debe reconocer los objetos pertinentes y su correcto uso. (1 punto)
- 2.- Debe lavarse y secarse manos y cara. (no incluye el alcance de los elementos. (1 punto)
- 3.- El paciente se peina en forma independiente. (0,50 puntos)
- 4.- El paciente realiza cepillado completo de dientes. (0,50 puntos)
- 5.- El paciente debe realizar su higiene mayor acotado y colaborar en el enjabonado de tronco, MMSS y cabeza. Puede hacer uso de adaptaciones si lo requiere. (1 punto)

➤ NIVEL II

- 6.- El paciente debe poder manejar grifos, como así también alcanzar objetos para su higiene con o sin adaptación. (1 punto)
- 7.- El paciente debe ser capaz de afeitarse utilizando cualquier tipo de máquina. Las mujeres deben ser capaces de maquillarse y depilarse (con máquina, pinza). (1 punto)
- 8.- El paciente debe ser capaz enjabonar, enjuagar y secar todo su cuerpo, también debe lavar su cabeza. No incluye traslado y transferencias. Se acepta supervisión o custodia. (1 punto)

➤ NIVEL III

- 9.- Debe realizar el punto 8.- sin custodia. (1 punto)
- 10.- El paciente debe ser capaz de trasladarse, ingresar, transferirse (si fuera necesario), alcanzar objetos y realizar el aseo personal completo en forma independiente. (2 puntos)

4) ALIMENTACIÓN

➤ NIVEL I

- 1.- El paciente debe reconocer los utensilios y saber cómo se utilizan, además organizarlos sobre la mesa en forma adecuada. (1 punto)
- 2.- El paciente debe ser capaz de tomar y manejar la cuchara y el tenedor, puede valerse de adaptaciones si lo requiere. No se evalúa el manejo del cuchillo pero si su toma. (1 punto)
- 3.- Beber líquido de un vaso común o adaptado. (1 punto)

➤ NIVEL II

- 4.- El paciente debe ser capaz de cortar solamente alimentos blandos y semiduros Ej: albondigas, tortillas, tartas, pastas etc., utilizando cualquier utensilio o adaptación. (1 punto)
- 5.- El paciente debe desenroscar una tapa de botella (no sellada) y servirse en un vaso no necesariamente debe estar completa la botella. También debe servirse de jarra. (1 punto)
- 6.- El paciente debe ser capaz de untar pan y galletitas, como así también pelar alimentos (puede valerse de adaptaciones). (1 punto)

➤ NIVEL III

- 7.- El paciente puede cortar todo tipo de alimento, puede valerse de adaptaciones. (1 punto)
- 8.- El paciente debe abrir botella sellada y servirse de la misma. (1 punto)
- 9.- El paciente debe ser capaz de alcanzar alimentos y objetos fuera de su alcance. (1 punto)
- 10.- Debe ser capaz de realizar todas las acciones que componen la alimentación. (1 punto)

5) DESPLAZAMIENTO

➤ NIVEL I

- 1.- El paciente debe posicionar sus miembros e iniciar movimiento de silla de ruedas. Puede requerir asistencia en el inicio de la acción. (1* punto)
- 2.- Debe desplazarse hasta 10 mts con supervisión sin evidenciar signos de fatiga. (1* punto)
- 3.- El paciente bipedesta, y realiza desplazamientos cortos puede valerse de ayuda marcha y supervisión. (3 puntos)

➤ NIVEL II

- 4.- Debe caminar 45 mts con ayuda o supervisión puede valerse de ayuda marcha. (4 puntos)
- 5.- Debe manejar la silla de ruedas más de 45 mts, puede requerir supervisión. (2* puntos)
- 6.- El paciente debe poder manejar la silla en ambientes amplios, sorteando obstáculos, acomodarse en una mesa. (3* puntos)
- 7.- El paciente debe poder manejar la silla en espacios reducidos sin dificultad (3* puntos)
- 8.- El paciente debe poder dar pasos hacia atrás, girar, hacer pasos laterales y poder ubicarse en la mes. (1 punto)

➤ NIVEL III

- 9.- El paciente camina en forma segura más de 45 mts sin supervisión ni custodia puede valerse de ayuda marcha no con andador. (5 puntos)

* SILLA DE RUEDAS.

6) USO DE SANITARIO

➤ NIVEL I

- 1.- El paciente debe ser capaz de reconocer los elementos pertinentes e indicar a un tercero en que acciones debe asistirlo. (0.50 puntos)
- 2.- El paciente logra una transferencia asistida por un tercero al sanitario; y requiere asistencia para mantenerse en bipedestación. (0.50 puntos)
- 3.- El paciente requiere de un tercero solamente para quitarse y colocarse prendas e higienizarse genitales y/o uso de papel higiénico. (1 punto)

> NIVEL II

4- El paciente hace uso de sanitarios pero requiere de supervisión. Puede requerir de mínima ayuda para completar la acción. Ej: abrocharse botón, alcanzar papel o prendas caídas, acomodar prendas (puede usar barras). (3 puntos)

> NIVEL III

5- El paciente es capaz de ingresar, transferirse, abrocharse y desabrocharse ropa, usar el sanitario sin ayuda de un tercero, requiriendo solo de custodia. (3 puntos)

6- Debe realizar el punto 5 en forma independiente y sin correr riesgos. (2 puntos)

7) SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

> NIVEL I

1.- El paciente es capaz de subir y bajar escaleras, escalón por escalón. Puede valerse de pasamanos, bastones auxiliares o ayuda de un tercero. (3 puntos)

> NIVEL II

2.- El paciente sube y baja escaleras en forma alternada tomado de pasamanos con ayuda o supervisión de un tercero. (3 Puntos)

> NIVEL III

3.- El paciente debe ser capaz de subir y bajar un piso de escalera en forma independiente y sin peligro. Puede valerse del pasamanos. Debe poder cargar ayuda marcha si es que utiliza. (4 Puntos)

8) CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA

> NIVEL I

1.- El paciente es capaz de reconocer la sensación. (3 puntos)

2.- El paciente es capaz de avisar la necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción. (3 Puntos)

> NIVEL II

3.- El paciente comienza a controlar esfínteres, puede tener pérdidas ocasionales. (2 puntos)

4.- El paciente puede utilizar aparatos externos (chatas, papagayos) puede requerir ayuda para su alcance. También debe utilizar papel higiénico. Los que realizan cateterismo deben hacerlo en forma independiente. (2 Puntos)

> NIVEL III

5.- El paciente es capaz de controlar su vejiga de noche y de día, los que utilizan bolsa de pierna ponérsela, vaciarla y limpiarla solo, mantenerse secos 24 horas. (5 Puntos)

6.- Controlar sus intestinos. Aplicar supositorios y enemas en aquellos casos que fueron entrenados. (5 puntos)

Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.)

Adaptación del Índice de Barthel Versión De CIB-Stefanolo, 1993

Paciente:
Diagnóstico:
Evaluado por:

Edad:

actividades	Fecha	Nivel I	Nivel II	Nivel III	puntos	%	observaciones
Transferencia		2 2 2	3 3	3		15	
		2 2 2	3 3	3			
		2 2 2	3 3	3			
Vestido		11 0.5 0.5 0.5	1 1 0.5 1	1 1 1		10	
		11 0.5 0.5 0.5	1 1 0.5 1	1 1 1			
		11 0.5 0.5 0.5	1 1 0.5 1	1 1 1			
Aseo personal		11 0.5 0.5 1	1 1 1	1 2		10	
		11 0.5 0.5 1	1 1 1	1 2			
		11 0.5 0.5 1	1 1 1	1 2			
Alimentación		1 1 1	1 1 1	1 1 1 1		10	
		1 1 1	1 1 1	1 1 1 1			
		1 1 1	1 1 1	1 1 1 1			
Desplazamiento		1* 1* 5	4 2* 3* 3* 1	5		10*	
		1* 1* 5	4 2* 3* 3* 1	5		15	
		1* 1* 5	4 2* 3* 3* 1	5			
Uso de sanitario		0.5 0.5 1	3	3 2		10	
		0.5 0.5 1	3	3 2			
		0.5 0.5 1	3	3 2			
Uso escaleras		3	3	4		10	
		3	3	4			
		3	3	4			
Control intestinal y vesical		3 3	2 2	5 5		20	
		3 3	2 2	5 5			
		3 3	2 2	5 5			

* solo para silla de ruedas

Evaluación Inicial	Fecha:	Puntaje obtenido:
Entrenamiento	Fecha:	Puntaje obtenido:
Evaluación final	Fecha:	Puntaje obtenido:

Conclusión:

ANEXO IV

AUTORIZACIÓN DE LAS AUTORAS DE ENA

CABA, 6 de septiembre de 2017

Estimadas

Lourdes Mozo

Antonela Di Carlo

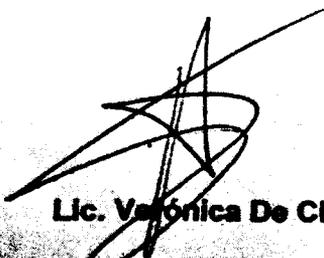
Tamara Luciana Haag

Presente

En respuesta a vuestra solicitud, en donde se nos solicita autorización para el uso de la Evaluación del Nivel de Autoatención (ENA), con el fin de ser aplicada en el trabajo de investigación para la obtención de título de grado, queremos informales que le damos nuestro consentimiento y nos enorgullece que sea aplicada en su Tesis.

Les pedimos que cuando concluyan el trabajo nos envíen una copia del mismo.

El mayor de los éxitos, afectuosamente,



Lic. Verónica De Cillis



Lic. Marcela Stefanolo

ANEXO V

AUTORIZACIÓN DEL INAREPS

Mar del Plata, 23 de mayo de 2017

Dra. Laura Valente

Directora del área de Docencia e Investigación de INAREPS

Presente.

Somos alumnas avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos realizando una investigación con la intención de optar al título de grado. La Directora de nuestra tesis es la Lic. Sandra Porro y la Codirectora es la Lic. Delia Lis.

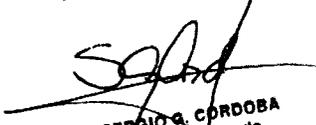
Por este medio queremos solicitar la colaboración de Delia Lis y Sergio Córdoba para contribuir a nuestra investigación.

A la espera de una pronta respuesta, saludan a Ud. muy atentamente.

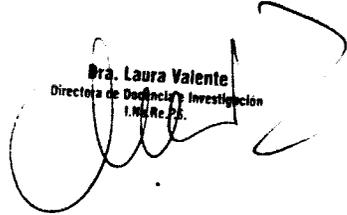
Di Carlo, Antonela

Haag, Tamara Luciana

Mozo, Lourdes

Acceptou cordobor 1/06/17

Mg. SERGIO G. CORDOBA
Jefe de la Sección de
Recreación y Deportes
INAREPS -


LIC. DELIA LIS
JEFE DE SERVICIOS DE
TERAPIA OCUPACIONAL
INAREPS -


Dra. Laura Valente
Directora de Docencia e Investigación
I.M.Re.P.S.