

2001

Conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en terapia ocupacional en el área de terapia intensiva

Díaz, Mariana Inés

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/931>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Terapia Ocupacional

**“Conocimiento de los Médicos acerca de la competencia del
Lic. en Terapia Ocupacional en el área de Terapia Intensiva”**

Tesistas: Díaz, Mariana Inés
León, María Daniela

Tesis de grado
Año 2001

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 1717	Signatura 615.8(043) D682
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Hoja de Firmas:

Directora: Lic. en T.O. Cabrera, Susana Beatriz



Co-directora: Lic. en T.O. Gordillo, Norma Susana

Tesistas:

Díaz, Mariana Inés



León, María Daniela



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras Directora y Co-directora Licenciadas en T.O. Susana Cabrera y Norma Gordillo, por aceptar el desafío de recorrer juntas este camino, brindándonos sus conocimientos, experiencia y contención en momentos difíciles.

A Daniel, por su asesoramiento estadístico en forma desinteresada.

A Christian y Emilia por darme tantos motivos para crecer.

A mis padres y amigos por acompañarme a lo largo de mi carrera.

Mariana.

A mi familia y amigos por enseñarme a ser libre y estar presentes en cada momento de mi carrera, más allá de los logros y frustraciones.

A Dany por acompañarme en esta etapa tan importante de mi vida.

Daniela.

INDICE	03
INTRODUCCION	07
PRIMERA PARTE	
1. SITUACION ACTUAL: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	10
1. 1. Antecedentes documentados acerca de la Competencia Profesional del Terapeuta Ocupacional en el área de Terapia Intensiva	18
Referencias Bibliográficas de la Situación Actual	23
SEGUNDA PARTE.	
2. MARCO TEÓRICO: UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y TERAPIA OCUPACIONAL	24
2. 1. Generalidades del área de Terapia Intensiva	24
2. 1. 1. Características del área	24
2. 1. 2. Estado general del paciente en el área	27
2. 2. Conocimiento que poseen los médicos acerca de la Terapia Ocupacional	30
2. 3. La Terapia Ocupacional en la Unidad de Terapia Intensiva	33
2. 3. 1. Competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional en el área	33
2. 3. 2. Aportes de la Terapia Ocupacional al área	37
Referencias Bibliográficas del Marco Teórico	43

TERCERA PARTE.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
3. 1. Problema	45
3. 2. Variable	45
3. 2. 1. Definición Científica	45
3. 2. 2. Definición Operacional	46
3. 3. Dimensionamiento de la variable	48
3. 3. 1. Aspecto Cognoscitivo	49
3. 3. 2. Aspecto Procedimental	50
3. 3. 3. Aspecto Actitudinal	51
3. 4. Operacionalización de la variable	52
3. 4. 1. Aspecto Cognoscitivo	52
3. 4. 2. Aspecto Procedimental	53
3. 4. 3. Aspecto Actitudinal	54
3. 5. Categorización	55
3. 6. Objetivos	57
3. 6. 1. Objetivo General	57
3. 6. 2. Objetivos Específicos	57
3. 7. Tipo de Diseño	57
3. 8. Universo de Estudio	58
3. 9. Muestra	58
3. 10. Criterios de selección de la muestra	58
3. 10. 1. Criterios de Inclusión	58
3. 10. 2. Criterio de Exclusión	59

3. 11. Método de recolección de datos	59
3. 12. Procedimiento para la recolección de datos	59
3. 13. Análisis de los datos	60

CUARTA PARTE.

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	61
4. 1. Análisis Cuantitativo	61
4. 1. 1. Caracterización de la población de estudio	61
4. 1 .2. Competencia del Lic. en T.O.	66
4. 1. 3. Consideración de la Inclusión del T.O. en U.T.I.	77
4. 1. 4. Medios para acceder al conocimiento de T.O.	78
4. 1. 5. Nivel de Conocimiento de los médicos que se desempeñan en U.T.I.	80
4. 2. Interpretación y Análisis Cualitativo de los resultados.	87

QUINTA PARTE.

5. CONCLUSION	97
----------------------	-----------

SEXTA PARTE.

6. BIBLIOGRAFÍA GENERAL	100
6. 1. Fuente de información secundaria	104

SEPTIMA PARTE

7. ANEXO	105
7. 1. Cuestionario	105
7. 2. Carta de autorización	109

INTRODUCCION

La Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) para la asistencia de pacientes adultos dentro de los Establecimientos de Salud (Hospitales, Clínicas y Sanatorios) de mediana y alta complejidad es un área específica de especial atención para personas en estado crítico que se encuentran aisladas de su ambiente y presentan alteraciones de los sistemas, de las funciones cognitivas, físicas y psicológicas, con peligro inmediato de vida, requiriendo de un tratamiento especial con colaboración y experiencia colectiva de diversos profesionales.

El cuidado óptimo de estos pacientes en extrema gravedad demanda la participación de terapistas intensivos y servicios indirectos, los cuales se desempeñan con el objetivo común de lograr un mejor resultado terapéutico destinado principalmente al máximo apoyo de los sistemas y funciones vitales del organismo ante enfermedades graves o lesiones potencialmente recuperables. Se realizan interconsultas a disciplinas o especialidades de otros servicios institucionales buscando prevenir las complicaciones psicológicas y físicas, y mantener las funciones neuromusculoesqueléticas.

El Terapeuta Ocupacional (T.O.) posee incumbencias que le son propias para participar con idoneidad en el área, sin embargo existe escasez de éstos en la integración de los equipos de profesionales tanto en la ciudad de Mar del Plata como en el resto del país. Tampoco es nombrado como miembro requerido dentro de los recursos humanos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (decreto no.1269; resolución no.703/93 del año 1992) del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en lo que respecta a las normas que determinan la

clasificación y categorización del área de Terapia Intensiva, documento para la confección del cual colaboró la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (S.A.T.I.); como a su vez no se lo nombra en el Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios del Programa de Estudios Avanzados de Administración de Hospitales y Sistemas de Salud (PROAHSA); del Programa de Desarrollo de Servicio de Salud de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (O.P.S./ O.M.S.), del año 1989.

La práctica de una profesión existe en la medida en que hay un individuo que la desempeña a partir de un conocimiento objetivado; su existencia depende de que otros individuos la reconozcan y demanden. No se demanda lo que no se conoce, no se conoce lo que no es objetivado lingüísticamente, no se legitima lo que no posee validez cognoscitiva. La relación entre diversas disciplinas que comparten el estudio del paciente y su problemática, favorece el progreso del conocimiento, el cual trasciende los límites y el aislamiento de cada una de ellas.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, la ausencia de inclusión y demanda de la profesión en esta área nos permite suponer la existencia de un desconocimiento en relación a las intervenciones del Lic. en T.O. en la misma por parte de los médicos que se desempeñan en unidades de terapia intensiva, los cuales efectúan escasas derivaciones, sabiéndose, a su vez, de la inexistencia de las mismas en algunos establecimientos.

En este trabajo, proponemos identificar el nivel de información que poseen los médicos que se desempeñan en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos acerca de las acciones de T.O. a partir de relevar en dicha población el grado de

conocimiento en relación con los aspectos cognoscitivo, procedimental y actitudinal que conforman la competencia; como así también detectar la necesidad de su inclusión en el área.



PRIMERA PARTE

1. SITUACIÓN ACTUAL : ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se detallan a continuación investigaciones en las que se ha explorado el conocimiento que poseen profesionales de la salud de diversas especialidades acerca de la Terapia Ocupacional:

En un estudio realizado en Tacoma, Washington, por Evans y Annunziato se detectó que el principal medio por el cual los médicos se informaban en relación a los roles y funciones del T.O. tenía que ver con algún tipo de contacto con ellos. Por lo tanto no se considera a este un medio práctico ni efectivo. Junto a otros autores, Florián & Sacks, detectaron que los médicos poseen una visión distorsionada de la contribución de la T.O. en el abordaje terapéutico en diversas áreas ya que no identificaron, por ejemplo, a la oncología, neonatología, drogadependencia, etc., como espacios en los que pueda aportar la Terapia Ocupacional.

También se encontraron con que los médicos derivan a T.O. principalmente para el abordaje de déficits físicos aislados, secundarios a procesos patológicos específicos, más que para el tratamiento y desarrollo de habilidades y funcionalidad aceptable.

Una investigación realizada por Deitch, Gutman y Factor acerca de cuáles son los medios por los que los médicos obtienen información de T.O. permitió determinar la relación entre el grado de conocimiento y la frecuencia de derivaciones y a su vez sondear el grado de importancia asignado por los médicos a T.O.

Estos autores plantean que el conocimiento puede ser logrado por dos vías: formal e informal. La formal estaría dada por la información obtenida mediante el contacto con la practica de algún T.O.; la lectura bibliográfica o la asistencia a seminarios. La informal incluye el contacto con terapeutas pero en ciertos ámbitos (charlas informales en cafés, ascensores, unidades de servicios), información provista por otros profesionales de la salud ajenos a T.O. o terceros como ser pacientes, amigos, familiares, etc.

Fueron encuestados para esta investigación 115 médicos en T. Jefferson University Hospital, Philadelphia, incluyendo distintas especialidades: 9 dermatólogos, 11 radiólogos, 14 de medicina interna, 8 de medicina de emergencia, 13 de medicina familiar, 15 de ginecología, 10 fisiatras, 13 ortopedistas y 1 que no especificó el área a la cual pertenecía.

Los resultados hallados fueron los siguientes:

- ✓ En relación a las vías de obtención del conocimiento acerca de la Terapia Ocupacional :

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

El 35% manifestó haber leído bibliografía, trabajos o informes describiendo el rol profesional del T.O. Otros recibieron información de un T.O. pero en la mayoría de los casos ocurrió en ámbitos informales. La minoría de los encuestados obtuvo sus conocimientos mediante el contacto directo con un Terapeuta por haber sido pacientes ellos mismos, o algún familiar.

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

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en dicha investigación se concluye que los médicos adquieren información acerca de T.O. por vía informal casi exclusivamente.

- ✓ En relación al conocimiento necesario de Terapia Ocupacional como para realizar derivaciones :

El 50% contestó que NO consideraban suficientes sus conocimientos sobre T.O., el 48% contestó que SÍ, el 2% no contestó.

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

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

- ✓ En relación a las derivaciones realizadas a T.O. :

El 20 % refirió recibir pedidos de derivación por parte de los mismos T.O.

El 60% informó haber realizado derivaciones a T.O. aunque no se hace referencia a la frecuencia de las mismas.

- ✓ Teniendo en cuenta el grado de importancia asignado a T.O., las áreas consideradas como **altamente** importantes en T.O. fueron, en el siguiente orden :

Rehabilitación de la mano, rehabilitación general, retardo mental, ortopedia y lesiones cerebrales. Las áreas o patologías consideradas **medianamente** importantes fueron: geriatría, disminuidos visuales, cardiología, oncología, pediatría, diabetes, SIDA, afecciones pulmonares, escolaridad especial, psiquiatría, drogadicción. El área considerada con **bajo** aporte de T.O. fue: medicina de emergencia.

Se plantearon 3 hipótesis que fueron finalmente confirmadas:

- 1) Los médicos obtienen sus conocimientos acerca de T.O. por vía principalmente informal;
- 2) Los médicos presentan cierto grado de ambigüedad en sus conocimientos respecto al rol y funciones del T.O.;
- 3) Los médicos realizan un bajo número de derivaciones a T.O.

Los autores, a su vez, toman datos provenientes de un estudio llevado a cabo por la Asociación Norteamericana de T.O. (Survey of Perceptions by AOTA, 1980) en la que se investigó cómo los médicos percibían la Terapia Ocupacional: poco menos del 50% de los encuestados logró identificar la escolaridad especial y cuidados intensivos.

Una investigación llevada a cabo en Porto Alegre por Anjos Furtado en 1987 tuvo por objetivo adquirir información acerca de cómo los profesionales de la salud, personal hospitalario y alumnos de T.O., percibían a la Terapia Ocupacional y qué conocían de esta profesión. El resultado fue desalentador concluyendo que la mayoría de los profesionales, principalmente del área salud, desconocen el concepto teórico de la Terapia Ocupacional y, lo más alarmante que ven al

Terapista Ocupacional como a un maestro de labores que distrae al paciente, lo ocupa, le enseña manualidades y a mantenerse higienizado.

Como destaca la autora, lo anteriormente dicho hace que los otros profesionales de la salud no se interesen por saber cómo se da un proceso terapéutico en T.O., qué relaciones establecen entre Terapista Ocupacional y paciente, cómo y por qué se selecciona e implementa una actividad.

Biancani, Estela A. y Lozada, Mariana C. para su Tesis de Grado "Práctica Privada en Terapia ocupacional" realizaron en la ciudad de Mar del Plata en el año 1997 un sondeo entre distintas especialidades médicas afines a Terapia Ocupacional en cuanto a la posibilidad de ser potenciales derivantes de pacientes.

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

El objetivo de este sondeo fue comprobar el grado de conocimiento de los médicos acerca de:

- ✓ La Terapia Ocupacional
- ✓ Las funciones del Terapista Ocupacional
- ✓ Los campos de acción del mismo
- ✓ Realización de derivaciones de pacientes a T.O.

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

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

En su Tesis de Grado, en el año 1993, las Lic. en Terapia Ocupacional Cunietti, Laurentis y Pernice determinan el grado de conocimiento acerca de las funciones desempeñadas por el T.O. en el área gerontológica, que poseen los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario, el personal técnico que asiste al geronte y los dueños (sean estos profesionales o no) de los institutos geriátricos o de los establecimientos donde concurren los gerontes para su atención ambulatoria o internación, en la ciudad de Mar del Plata.

Se realizaron 88 encuestas cuyos resultados determinaron un bajo grado de conocimiento sobre las funciones del Terapeuta Ocupacional; el mayor porcentaje

de los encuestados manifestó conocer las funciones del T.O. por haberlo observado trabajar. Se podría interpretar que el bajo grado de conocimiento acerca de T.O. se origina a partir de un desempeño poco claro del rol profesional, dando así una percepción distorsionada al no reconocer el fundamento de la utilización en las actividades terapéuticas.

En dicha investigación las autoras concluyen con la siguiente problemática: ¿cuáles son los factores que inciden en el desempeño poco claro del Terapeuta en el área gerontológica? Por lo tanto, plantean posibles causas: falencias en la formación académica, falta de especialización, escasez de bibliografía específica de nivel científico, entre otras. A su vez, sugieren que este análisis no debería limitarse al área gerontológica solamente.

Greenblatt en un estudio realizado en 1985, entre residentes de oftalmología, concluyó que el incremento del conocimiento acerca de los servicios de rehabilitación (entre ellos T.O.) para pacientes con problemas visuales, no tenía relación con el incremento en la frecuencia de las derivaciones a estos servicios. El autor plantea que esta resistencia a trabajar con otros profesionales hace pensar en la necesidad de aumentar la interacción entre diversas disciplinas, compartir tiempos y espacios para trabajar y derivar cuando sea necesario.

El jefe de residencia de dicha muestra no participó en el estudio alegando que consideraba inaplicable la Terapia Ocupacional en el tratamiento de los pacientes que allí se atendían.

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

Mediante la búsqueda realizada en la red de Internet y de los servicios de las bibliotecas del Centro Médico y Hospital Privado de Comunidad a través de Medline y British Medical Journal (BMJ), no se arribó a investigaciones de Terapia Ocupacional en el área de Terapia Intensiva relacionadas específicamente con el problema de esta investigación.

1. 1. Antecedentes documentados acerca de la Competencia profesional del Terapeuta Ocupacional en el área de Terapia Intensiva

En relación con el concepto: "Competencia profesional del T.O. en el área de Terapia Intensiva" se halló material, en la red Internet, que documenta el accionar de Terapeutas Ocupacionales integrados a equipos interdisciplinarios en el área de Terapia Intensiva. Los mismos desarrollan un plan de tratamiento que responde a conocimientos, criterios y prácticas específicas, ampliamente considerados de su incumbencia en el área.

La validez científica de la participación del Terapeuta Ocupacional en estos equipos no se pone en duda, todo lo contrario: se puede evidenciar la importancia que revela un abordaje interdisciplinario de los pacientes en dicha área en base a los progresos registrados en aquellos que han sido tratados en forma integral desde las fases tempranas de cada afección.

En el artículo : "La atención interdisciplinaria permite mejorar resultados. En traumatismo craneal, mejor rehabilitar en grupo", del año 1999, Montserrat Bernabeu, jefa de la Unidad Especializada del Instituto Universitario Guttmann de Barcelona y coautora del libro "La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinario", relata la modalidad del Instituto Guttmann, de Barcelona, y del centro Aitemenni, de Mondragón, en Guipúzcoa, España, donde se ofrece rehabilitación con enfoque interdisciplinario a pacientes que han ingresado en una unidad de cuidados intensivos que presentan traumatismo craneoencefálico, con afectación de múltiples sistemas y secuelas físicas, cognitivas, conductuales o sensoriales. Los mismos pasan por una valoración completa a cargo de un equipo

interdisciplinario médico-rehabilitador: en esta labor interviene un médico responsable del manejo clínico del paciente, un traumatólogo, un urólogo, un logopeda, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un neuropsicólogo, un oftalmólogo, un psicólogo y un asistente social.

Detalla que el trabajo de rehabilitación en equipo ofrece resultados muy superiores a los que puede conseguir un solo médico, en términos de calidad de vida y de reincorporación al trabajo de los pacientes tratados. Los objetivos del tratamiento rehabilitador, después de una exhaustiva evaluación del déficit y de establecer un pronóstico funcional, siempre se mueven en torno a tres niveles: la minimización del déficit (recuperación de las funciones alteradas), el alcance del máximo nivel de funcionalidad posible (adaptación) y la prevención de complicaciones derivadas.

De acuerdo con lo descrito en el artículo: "Diagnóstico erróneo del estado vegetativo, estudio retrospectivo en una unidad de rehabilitación", del año 1996, se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital de Royal de Neurodiscapacidad en Londres, llevado a cabo por los departamentos de Medicina, Terapia Ocupacional y Psicología clínica en una Unidad especializada en Rehabilitación de pacientes con daño cerebral profundo (incluyendo el estado vegetativo) con el objetivo de detectar diagnósticos erróneos en la población de pacientes admitidos con diagnóstico de estado vegetativo entre 1992 y 1995.

El Terapeuta Ocupacional de dicha Unidad realizó su intervención al evaluar las respuestas de los pacientes utilizando estimulación sensorial, en sesiones de 30', dos veces al día. De acuerdo a la valoración de las respuestas obtenidas de los

pacientes evaluados por el T.O. se concluyó : “De los 40 pacientes en estado vegetativo, 17 (43%) fueron considerados de poseer un diagnóstico erróneo”

En una experiencia realizada por Diringer, M.N.; Edwards, D.F en una UCI Neurológica, año 1997, cuyo objetivo fue el de mejorar el valor predictivo de las escalas de Innsbruck y Glasgow , tres Terapistas Ocupacionales de la Unidad intervinieron administrando ambas escalas, a las 24 y 48 horas posteriores al ingreso a la Unidad, en la población de 84 pacientes con trauma cerebral agudo, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnóidea y daño isquémico. Tres meses después se realizó un seguimiento de la funcionalidad de los pacientes, con el cual se concluyó estableciendo modificaciones en ambas escalas, buscando aumentar su validez científica en relación al poder predictivo de las mismas desde el estado de agudez en relación a los posteriores resultados funcionales de los pacientes, detectando así la necesidad de combinar ambas escalas con datos demográficos, psicológicos, funcionales y radiográficos.

De acuerdo con el estudio retrospectivo realizado en Alemania en el año 1997 por Meinecke, F.W.; Exner, G. en un Centro Especializado de Alemania, se aplicó a todos los pacientes lesionados medulares atendidos en la U.T.I., durante 1996, la metodología de tratamiento abarcativo utilizado en forma prioritaria con aquellos pacientes que habían recibido cirugía medular no realizable en Hospitales Regionales. El tratamiento consistía en intervención psicológica, física, de Terapia Ocupacional y de Servicio Social . De acuerdo a los resultados arribados, en la conclusión de este estudio, se decidió brindar el tratamiento en nuevos centros

especializados a todos los casos de lesión medular para ofrecer a los pacientes las mismas posibilidades

De acuerdo con una investigación realizada en el año 1995 por Gripp, C.L.; Salvaggio, J. en una unidad de cuidados intensivos de pacientes quemados, se describe una experiencia realizada en la cual los pacientes internados allí asumieron la responsabilidad de completar los programas de Terapia Ocupacional y Terapia Física realizando ejercicios fuera del horario de sesión y durante los fines de semana. Se arribó a la conclusión de que el hecho de asumir la responsabilidad de sus programas incrementó en los pacientes el autoestima, el sentido de motivación, además del rango de movimiento y los status funcionales.

En la "Semana de la T.O." del año 1999, organizada por la UNMdP, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, la Licenciada en Terapia Ocupacional Graciela Bacigalupo a partir de su experiencia en el área, expuso la conferencia "Inserción de la T.O en Terapia Intensiva": se desarrollaron aspectos relacionados con el equipo asistencial temprano y el abordaje del paciente y su familia dentro de la terapia intensiva.

Las Licenciadas en Terapia Ocupacional: Aussiere, M. R; Jannariz, M y Schulz, J. detallan en su trabajo: " Terapia Ocupacional en Atención de pacientes agudos. Evaluación y tratamiento. Atención de accidentes cerebro vasculares agudos" (Buenos Aires, 1999) la experiencia llevada a cabo con una población de

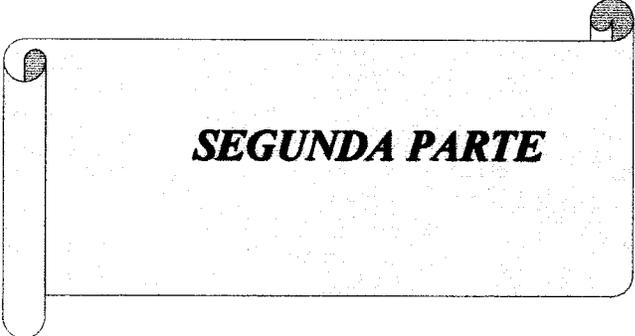
pacientes que ingresaron, durante el período de un año, al Hospital Municipal de Pigüé con diagnóstico de ACV posterior a las 24 horas.

Las herramientas utilizadas por las autoras para la recolección de datos fueron evaluaciones no estandarizadas en las modalidades de observación, checklist y entrevistas. Se instrumentaron en el momento del ingreso, luego de las 24 horas de internación, en el área de U.T.I y también previa al egreso de la Institución en sala general.

Describen, a su vez, la modalidad de abordaje precoz desde Terapia Ocupacional en pacientes con A.C.V. en Alemania, donde las intervenciones que se realizan son de control postural, de estimulación kinésico táctil, utilizando la actividad como medio para el tratamiento. A pesar de que el paciente aún se encuentre inconsciente, los Terapistas Ocupacionales guían sus movimientos en la realización de alguna actividad de la vida diaria, ya sea en el vestido, alimentación o higiene. Siempre se trabaja en equipo junto con los kinesiólogos, fonoaudiólogos, etc., siendo esta modalidad de trabajo fundamental, en donde todo el equipo comparte los objetivos de tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- ✓ ANJOS FURTADO, ELIANA: "*Percepcao acerca de Terapia Ocupacional.*"
En: Revista de Terapia Ocupacional. Vol. 2. Nº 1. 1991.
- ✓ AUSSIERE, M.R.; JANNARIZ, M.; SCHULZ, J.: "*Terapia Ocupacional en atención de pacientes agudos*". Tesis de Grado. U.A.I. Buenos Aires. 1999.
- ✓ BIANCANI, A.; LOSADA, M.: "*Práctica privada en Terapia Ocupacional*".
Tesis de Grado. UNMdP. Mar del Plata. 2000.
- ✓ CUNIETTI, S.; LAURENTIS, C.; PERNICE, M.: "*Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer*". Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMdP. Mar del Plata. 1993.
- ✓ DEITCH; GUTMAN; FACTOR: "*Medical Residents' Education About Occupational Therapy: Implications for Referrals*". En: Revista A.J.O.T. Vol. 48. Nº 11. Nov/Dec 1994.
- ✓ FLORIAN, V. & SACKS, D.: "*Resources for patient referral to Occupational Therapy Units by health care professionals*". En: Journal of Allied Health. 1985.
- ✓ GREENBLATT, S. L.: "Training ophthalmology residents to treat patients with vision loss." En: Ophthalmology. Nº 97, págs.138-143. 1985. (Citado por Deitch, Gutman y Factor: "Medical Residents' Education About Occupational Therapy: Implications for Referrals". En: Revista A.J.O.T. Vol. 48. Nº 11. Nov/Dec 1994.)
- ✓ SEMANA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL: "Terapia Ocupacional en Terapia Intensiva". Exposición a cargo de la Lic. Graciela Bacigalupo. UNMDP. 1999



SEGUNDA PARTE

2. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y TERAPIA OCUPACIONAL

2. 1. Generalidades del área de Terapia Intensiva

2. 1. 1. Características del área

La Terapéutica Intensiva plantea exigencias tan complejas que es prácticamente imposible que un especialista determinado pueda dominar todos sus aspectos, siendo definida el área de Terapia Intensiva como "Unidad de Internación para pacientes que se encuentran en estado crítico actual o inminente, con posibilidades de recuperación parcial o total, que requieran para su supervivencia de servicios integrales de atención médica y de enfermería en forma permanente y constante, además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control y tratamiento del paciente".¹

Debido a la complejidad del área, los Establecimientos Asistenciales con Servicio de Terapia Intensiva son:

De mediana complejidad: cuentan con internación, cirugía mayor, atención especializada y servicios básicos de diagnóstico y tratamiento; requiere Unidad de

- ¹ MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. SECRETARIA DE SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA: "Normas de clasificación y categorización del área de Terapia Intensiva." Pág.7

Terapia Intermedia (UTIm)* y Unidad de terapia Intensiva nivel 2(UTI 2)**

De alta complejidad: cuentan con internación, atención clínica y quirúrgica de alta especialización y servicios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad; requieren UTIm, UTI 2 y podrán contar con Procedimientos de Alta Complejidad (PAC)^{***2}

Ninguna especialidad en el área se encuentra en situación de cubrir toda la gama de conocimientos necesarios, por lo tanto, se requiere la colaboración íntima y constante de las diversas disciplinas que poseen el objetivo de lograr un mejor resultado terapéutico, pudiendo colaborar con sus conocimientos y experiencia a la superación de la fase crítica de la enfermedad de un paciente cuya vida está amenazada. A su vez, la información que es compartida orienta al resto del equipo dentro del campo de otras especialidades para comprender sus perspectivas.

*UTIm: Servicio de internación para pacientes críticos que requieren atención de enfermería continua, con dotación propia de personal técnico y profesional. Constituye un área de cuidados intermedios entre el área de internación general y la de cuidados intensivos. Su existencia es obligatoria cuando el establecimiento cuenta con nivel 2 de TI (UTI 2).

**UTI 2: Servicio de internación para pacientes críticos que requieren atención médica y de enfermería permanente y constante, con dotación propia de personal técnico y profesional. Está destinada a establecimientos de mediana complejidad, debe contar con UTIm y corresponde a la anterior denominación de Terapia Intensiva.

***PAC: Procedimientos de diagnóstico y tratamiento que requieren recursos humanos, organizativos y/o equipamiento de mayor complejidad que los definidos para el funcionamiento habitual de la UTI 2. Están destinados a establecimientos de alta complejidad que hayan cumplimentado todos los requisitos de acreditación de UTIm/ UTI2.

² Idem 1. Pág. 2

La Terapia Ocupacional (T.O.) forma parte de las disciplinas que poseen fundamento para contribuir con un aporte valioso y competente en el área. Sin embargo, las derivaciones a T.O. de pacientes internados en la U.T.I. se realizan tardíamente ya que se enfatiza desde la medicina el hecho de "curar" siendo sumamente importante, a su vez, la atención del "cuidado permanente" del paciente.

En nuestro país al mismo se lo aborda principalmente desde un tratamiento clínico, descuidando el enfoque holístico del hombre, es decir, no se interviene comprendiendo a la persona como un todo conformado por lo físico, emocional, social, intelectual, espiritual y su estilo de vida, integrado el mismo en un ambiente que abarca su cuerpo y el entorno externo a él, sea físico o social.

El abordaje del paciente crítico no consiste sólo en una serie de técnicas restauradoras sino en una filosofía de responsabilidad de todos los profesionales que intervienen en la asistencia del mismo. El no asumir esta responsabilidad favorece un continuo deterioro del paciente que lo conlleva, en última instancia, a una situación extrema de asistencia total.

2. 1. 2. Estado general del paciente en el área

En esta Unidad el estado del paciente se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas; presentando síntomas tales como: entorpecimiento de la conciencia, disminución en la habilidad de mantener la atención, dificultad en la orientación, problemas en la memoria y afectividad lábil, asimismo, alteraciones en la percepción del tiempo, pérdida de las emociones, sensaciones de irrealidad, pérdida de control y exacerbación de los recuerdos. La capacidad físico-funcional frecuentemente se halla impedida por el proceso de la enfermedad presentando restricción en la actividad.

“La naturaleza crítica de un padecimiento puede sobrevenir al comienzo, durante el transcurso o al final de cualquier enfermedad”.³ Esta situación suele comprometer su supervivencia en algún momento por lo que la muerte resulta siempre una alternativa posible y eventualmente próxima.

El tratamiento intensivo es necesario en pacientes que presentan:

- ✓ Cuadros clínicos en sus fases agudas: traumatismos (traumatismo de cráneo, lesiones de médula espinal), accidentes cerebrovasculares, quemaduras. La duración de la internación de los pacientes con estos cuadros clínicos es variable y, con frecuencia, presentan complicaciones con riesgo de muerte.

³ GHERARDI, C.; BIANCOLINI, C.; Y OTROS. COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA: “Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico.” Pág 53.

- ✓ Cuadros Crónicos ante exacerbaciones agudas, necesidad de una intervención quirúrgica o presencia de una enfermedad concomitante como: descompensaciones metabólicas agudas, problemas cardíacos, enfermedades neurológicas, cáncer. La duración de la internación de los pacientes con estos cuadros clínicos es impredecible y pueden requerir un período de completo reposo.

- ✓ Estados clínicos que requieren la implementación de pruebas invasivas de diagnóstico y control de la medicación: como diabetes poco controlada. El ingreso de pacientes con estos cuadros clínicos suele ser corto y relativamente predecible, y puede incluir restricciones en las actividades como consecuencia de las pruebas de diagnóstico.⁴

Muchos pacientes de la U.T.I. están conectados a un respirador con numerosos monitores que afectan su respuesta al ambiente. El respirador puede estar aplicado por vía nasotraqueal, endotraqueal, o con intubación por traqueotomía, las cuales dificultan la capacidad de comunicación del paciente. Algunos de ellos se encuentran sedados farmacológicamente y otros, en estado comatoso. La constante monitorización produce una disrupción de las rutinas diarias que junto con el temor, la depresión y el sufrimiento por soportar una enfermedad, suelen conducir al paciente a un estado de desorientación generalizada.

⁴ Cf. LAWIN, P: Cuidados Intensivos. Capítulo 1. Pág 1- 2; - WILLARD; SPACKMAN: Terapia Ocupacional .Capítulo 23. Pág. 772.

Las familias de estos pacientes varían en su capacidad para evaluar la situación, aceptar la responsabilidad y establecer compromisos en sus planes. La habilidad de los miembros de la familia para manejar la crisis de tener internado a uno de sus integrantes y su buena voluntad para retener sus respectivas funciones dentro de la misma es de suma importancia para la rehabilitación.

En relación a la intervención necesaria del equipo de salud frente a la situación de la familia del paciente, resulta conveniente que el mismo le brinde atención, apoyo y comunicación acerca de cualquier información relacionada con la continuación o interrupción del tratamiento, para facilitar la comprensión de los hechos y la toma de decisiones.

2. 2. Conocimiento que poseen los médicos acerca de la Terapia Ocupacional

Debido a que el T.O. requiere legalmente en nuestro país de una derivación médica para prestar sus servicios, resulta indispensable que los médicos derivantes conozcan claramente las funciones, roles e incumbencias del mismo para demandar su intervención con posibilidad de integrar equipos interdisciplinarios.

La ausencia de conocimiento constituye un primer gran obstáculo en la frecuencia de derivaciones, ya que es un absurdo suponer que un profesional derivara pacientes a alguien de quien desconoce las incumbencias, funciones y aplicaciones.

Reed y Sanderson hacen referencia a los términos derivación y prescripción. Comúnmente son tomados como sinónimos, sin embargo la "derivación " es un pedido formal del médico al profesional de T.O. para que él evalúe y en base a ello decida el plan terapéutico a instrumentar. La "prescripción" consiste en la indicación, por parte del médico, de cuáles objetivos son posibles alcanzar, en cada caso particular, a través de la Terapia Ocupacional. Las autoras destacan la evidencia de que "muchos médicos no poseen los suficientes conocimientos acerca de T.O. como para decidir criteriosamente qué se puede y qué no se puede trabajar o lograr en T.O."⁵

⁵ REED, K; SANDERSON, S: Concepts of Occupational Therapy. Capítulo .20. Página .205.

En una investigación realizada por Deitch, Gutman y Factor en el T. Jefferson University Hospital, Philadelphia, los autores parten de la base de que el conocimiento que los médicos poseen acerca del rol del T.O. puede ser logrado por dos vías: formal e informal. La primera estaría dada por la información obtenida mediante el contacto con la práctica de algún T.O.; la lectura bibliográfica o la asistencia a seminarios. La segunda engloba el contacto con Terapistas Ocupacionales, pero, en ámbitos informales (charlas informales en cafés, ascensores, unidades de servicios), información provista por otros profesionales de la salud ajenos a T.O. o terceros, como ser: pacientes, amigos, familiares, etc.

En este trabajo se plantearon tres hipótesis, finalmente comprobadas:

- 1) Los médicos obtienen sus conocimientos acerca de T.O. por vía principalmente informal;
- 2) Los médicos presentan cierto grado de ambigüedad en sus conocimientos respecto al rol y funciones del T.O.;
- 3) Los médicos realizan un bajo número de derivaciones a T.O.

Los datos anteriormente detallados, a pesar de no ser alentadores para la Terapia Ocupacional, resultan de investigaciones concretas y forman parte de una realidad innegable: los mismos nos conducen a planteamos el origen de la existencia de un desconocimiento por parte de otros profesionales. Retomando los cuestionamientos que realizan Biancani et.al. quienes plantean dónde radica la o las causas de estos fenómenos, qué origina el prejuicio generalizado por el cual se observa una tendencia a minimizar el aporte del T.O.; si el hecho de poseer múltiples aplicaciones y campos de acción conlleva a suponer una débil o desdibujada identidad o imagen profesional, si esta es la causa de que el mismo no

logra transmitir claramente en su quehacer el propósito y fundamento científico que lo sustenta, tanto en diversas áreas como específicamente en esta: la de la Terapia Intensiva.

2. 3. La Terapia Ocupacional en la Unidad de Terapia Intensiva

2. 3. 1. Competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional en el área

Como toda área, la misma requiere la presentación de dominio, conocimiento científico y experiencia en la profesión suficientes para así brindar un aporte profesional competente.

En base a los diversos aportes que realiza el T.O. al desempeñarse en el área de terapia intensiva y en un intento por detallar los mismos en forma organizada se toma el concepto de competencia planteado por Cesar Coll, el cual corresponde a la aptitud o suficiencia para un ejercicio profesional apropiado en un área específica, de acuerdo al conjunto de saberes o formas culturales que conforman los contenidos, cuya asimilación y apropiación por parte de los profesionales de T.O. se consideran esenciales para su desarrollo personal, social y profesional.

“La competencia está conformada por distintas capacidades, las mismas se pueden sistematizar en orientaciones generales: las intelectuales, las prácticas y las sociales”⁶

⁶ MEREGA , H. : Cien respuestas sobre la transformación educativa. Entrevista a Inés Aguerrondo. Pág.32

Las capacidades intelectuales refieren procesos cognitivos necesarios para operar y desempeñarse con idoneidad en esta profesión: la de ser profesional de T.O. incluyen habilidades analíticas, creativas y cognitivas referidas a los contenidos conceptuales (el saber). Los mismos abarcan conocimientos de anatomía funcional, fisiología, psicología, semiología, metodología en T.O., conocimientos de medicina clínica, socio- antropológicos y métodos de investigación, los cuales le permiten al T.O. realizar su diagnóstico y tratamiento para la rehabilitación de la capacidad funcional psicofísica del sujeto.

Las funciones del T.O. en el área se basan en motivar y brindar contención emocional al paciente y familia; desarrollar, mantener o recuperar la funcionalidad del paciente; educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales acerca de las intervenciones del T.O. y prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria, implementando así el programa planeado.

Estos contenidos se relacionan con el conjunto de informaciones que caracterizan a esta disciplina o campo del saber. Tales informaciones pueden revestir el simple carácter de datos o integrar estructuras más complejas como conceptos, los cuales dan lugar a teorías propias que sustentan a la profesión.

“Las capacidades prácticas de la competencia del profesional se refieren a un saber hacer, a una puesta en acto de lo aprendido. Si bien suponen e implican saberes intelectivos y valorativos, se manifiestan en una dimensión pragmática.

Incluyen habilidades comunicativas, tecnológicas y organizativas.”⁷ Se refieren a los contenidos procedimentales (saber hacer) que abarcan el conjunto de formas de abordaje de un objeto para su estudio.

Un procedimiento se define como un conjunto de acciones ordenadas, orientadas a la consecución de una meta. El proceso de T.O. abarca etapas claramente definidas: evaluación o valoración inicial del paciente que incluye entrevistas a familiares y amigos con el fin de recabar información acerca del mismo; planeación de un programa de tratamiento acorde con las necesidades individuales; intervención de acuerdo con los objetivos anteriormente planificados; reevaluación en función de valorar los resultados logrados y análisis del alta de T.O. al paciente, acorde con las modificaciones que el mismo presenta.

Las prácticas específicas de T.O. en el área consisten en: análisis e iniciación del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal como: actividades simples de lavado de la cara, cuidado bucal, alimentación y comunicación; análisis y administración de ocupaciones recreacionales y lúdicas; diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico; diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental; aplicación selectiva de actividades sensoriales como aplicación gradual de estímulos; aplicación selectiva de actividades motoras como: programas de arco de movimiento pasivo, activo, activo asistido, programas de control postural, de fuerza muscular, de coordinación; aplicación selectiva de actividades cognitivas como técnicas de orientación y relajación; aplicación selectiva de actividades psicosociales en relación con lo interpersonal e intrapersonal.

⁷ Idem 6. Pág.33

Las capacidades sociales que se incluyen en la competencia se relacionan con la participación del profesional de T.O. como miembro de un equipo interdisciplinario en su lugar de trabajo y en contextos más amplios. Abarcan los contenidos actitudinales (valorar el hacer y el saber hacer) que responden al aspecto valorativo que todo conocimiento conlleva y, por lo tanto, al compromiso personal y social que implica el saber. Toman la forma de valores, normas, actitudes. Del mismo modo que los procedimentales, estos contenidos poseen aspectos muy generales que atraviesan todas las áreas del conocimiento y otros muy específicos referidos a las aptitudes que un individuo desarrolla en función del conocimiento de una problemática, que puede traducirse en acciones concretas.

El profesional de T.O. por su formación cuenta con la capacidad de disociar instrumentalmente para realizar ajustes operativos en el desarrollo de las destrezas interpersonales y terapéuticas con el paciente y su familia; posee una actitud crítica y flexible que le permite autoevaluar su tarea y trabajar en equipos interdisciplinarios.

En Terapia Intensiva este profesional no solo debe comprometerse e interesarse en actualizar sus conocimientos en lo que concierne al tratamiento en curso sino que, a su vez, debe ser capaz de aplicar sus destrezas de un modo eficiente y rentable de acuerdo con las limitaciones de tiempo y de recursos en los servicios de atención del paciente, lo cual le exige priorizar las evaluaciones y el tratamiento a implementar, así como su flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área, y la creatividad en relación a las necesidades y posibilidades de cada paciente.

2. 3. 2. Aportes de la Terapia Ocupacional al área

Según Lorrain Pedretti, quien detalla la modalidad de trabajo de la Terapia Ocupacional en U.T.I. refiriéndose específicamente a pacientes con lesiones traumáticas cerebrales, el mismo afirma que el tratamiento de T.O. debe comenzar mientras el paciente permanece en la U.T.I., siendo este coordinado con el tratamiento médico, de enfermería y de kinesiología. Plantea, a su vez, la importancia de que el T.O. conozca, antes de comenzar la evaluación, las directivas sobre problemas médicos y quirúrgicos, y la precaución de un control cercano de la presión sanguínea, velocidad del pulso, saturación de oxígeno, siendo estos los parámetros establecidos para la atención física.

Durante la administración del tratamiento de T.O. determina la relevancia de observar al paciente para identificar cualquier respuesta anormal debiendo este comunicar las mismas a los enfermeros y médicos tratantes. Un cambio en la presión intracraneal, cambios pupilares, exudado excesivo, vómitos, modificaciones conductuales, en la postura, en el patrón respiratorio, o la presencia de un ataque son tomados como indicadores de una suspensión inmediata del tratamiento y de la necesidad de seguir un protocolo determinado.

En el caso de un ataque durante la sesión de T.O. es importante tener en cuenta las características que presenta el paciente, los movimientos de cuerpo y cabeza, el tiempo de duración y lo ocurrido previamente al mismo, debiendo proteger al paciente de dañarse, ubicándolo en una posición correcta y retirando los objetos cercanos a él.

Haciendo referencia a los objetivos del trabajo de T.O. en U.T.I. el autor incluye:

- ✓ Incremento de la resistencia funcional
- ✓ Posicionamiento en cama y silla de ruedas
- ✓ Prevención de contracturas
- ✓ Establecimiento del estado cognitivo

De acuerdo con lo planteado por Marty Torrance en relación al quehacer de los T.O. que se desempeñan en una Unidad de Terapia Intensiva, los mismos deben conocer el objetivo de la Unidad y trabajar en forma coordinada con el resto de los profesionales del Equipo de Salud, considerando las necesidades médicas del paciente, los procedimientos médicos y de enfermería, y los programas de Terapia Respiratoria y Terapia Física. Considera importante, a su vez, que los Terapeutas conozcan las vías invasivas, sus funciones, problemas que pueden causar y precauciones a considerar.

Determina que el rol de T.O. en Terapia Intensiva es en primera instancia el de evaluar, proveer de un tratamiento eficiente según las prioridades y participar en el plan de alta, incluyendo la provisión de un programa para el hogar, recomendación de tratamiento ambulatorio o prescripción para un tratamiento en el hogar.

En relación al tratamiento de Terapia Ocupacional en el área el autor afirma: "El plan de tratamiento debe reflejar la información de la evaluación, las impresiones del terapeuta y los subsecuentes objetivos. Además, el plan debe indicar la necesidad para una evaluación futura, el seguimiento o las consideraciones para la

prescripción, la duración estimativa del tratamiento y el potencial del paciente para alcanzar los objetivos establecidos.”⁸

De acuerdo con su modalidad de trabajo detalla que todos los pacientes derivados a Terapia Ocupacional internados en la U.T.I. son evaluados y tratados en las siguientes áreas: Orientación y Cognición; Destrezas Físicas y Motoras; Férulas; Resistencia y Tolerancia a la Actividad; Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.)

- ✓ *Orientación y cognición:* Debido a que los programas de T.O. en la U.T.I. favorecen el alivio de algunos de los problemas de aislamiento y privación sensorial, proveyendo una aplicación gradual de estímulos específicos, tan pronto como es médicamente posible resulta ventajoso ubicar al paciente en una posición adecuada para estimularlo a mantener los ojos abiertos, a sostener la cabeza, a usar intencionalmente los miembros superiores y a conectarse con el medio ambiente.

El T.O. utiliza técnicas de orientación en los pacientes confusos que pueden ser la provisión de un calendario, un reloj para que diferencie entre el día y la noche, juegos cognitivos, horarios diarios, el uso de la historia familiar y otros métodos.

Se incorporan, de ser necesario, técnicas de relajación con programas de orientación a la realidad con el fin de proveer una organizada estimulación, desarrollar y aumentar la sensación de control personal. Para lograr dicho control es de extrema ayuda ofrecerle al paciente frecuentes elecciones a realizar en la medida en que su nivel de orientación lo permite. Estas elecciones pueden ser tan simples como decidir qué modalidad de tratamiento

⁸ WILLARD; SPACKMAN: Terapia Ocupacional. Capítulo 23. Pág. 774.

se va a usar, seleccionar a qué hora del día va a ser atendido por el T.O. o decidir cuándo tomar los descansos en la actividad. Se proveen pizarras a aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, y en lo posible, se realizan interconsultas a fonoaudiología para una intervención adecuada.

- ✓ *Destrezas físicas y motoras:* En aquellos pacientes que carecen de una movilidad completa se evalúa el arco de movimiento, fuerza, sensación y coordinación. El tratamiento puede incluir programas de arco de movimiento pasivo, activo o activo asistido, de control postural para prevenir deformidades de fuerza muscular y de coordinación. En los pacientes con estabilidad de tronco disminuida, además, se trabaja la incorporación a la posición de sentado y rotaciones laterales.

- ✓ *Férulas:* Todos los pacientes que están o estuvieron en reposo prolongado en cama con escasa movilidad, o que han permanecido en una posición de descanso dependiente pueden desarrollar contracturas en sus miembros. La evaluación podría indicar la necesidad de férulas de reposo, de posición o conos para la mano para mantener una posición neutral y prevenir deformidades.

- ✓ *Resistencia y tolerancia a la actividad:* Los pacientes que han permanecido largo tiempo en cama suelen presentar muy baja resistencia, poca tolerancia a la posición sedente y debilidad generalizada, efectos que pueden ser revertidos con tratamiento a través de intervenciones tales como: entrenamiento en cambios de posición, autocuidado graduado y programas de fortalecimiento muscular. Los mismos se inician en la U.T.I cuando el

paciente está preparado y el médico lo aprueba. Estas actividades se gradúan en función del tiempo de tratamiento, cantidad y velocidad del movimiento activo, nivel de asistencia, equipamiento de adaptación necesario y asistencia en la posición y la postura.

- ✓ *Actividades de la vida diaria:* El paciente puede realizar actividades de autocuidado simple dependiendo de su estado físico y orientación. Es difícil para muchos de los pacientes internados en la U.T.I ser completamente independientes debido a las numerosas vías y monitores a los cuáles están conectados. Sin embargo, es importante que realice partes de la actividad de autocuidado lo más pronto posible. Las mismas abarcan actividades simples como lavado de la cara, higiene del tronco, cuidado bucal o cepillado del cabello. Los programas para las A.V.D. restauran la sensación de rutina diaria y de independencia personal.

Teniendo en cuenta la experiencia descrita por Jayne Shepherd en una U.T.I., se detalla el tratamiento de T.O. implementado con una paciente que presenta un cuadro de traumatismo craneal y daño cerebral, el cual fue iniciado a los 7 días posteriores al accidente mediante las siguientes intervenciones:

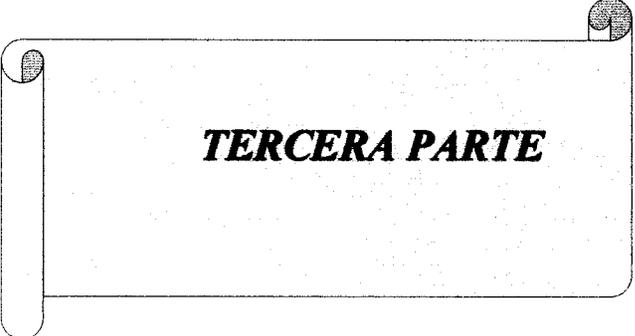
- ✓ Prevención de deformidades y contracturas mediante posicionamiento correcto de segmentos corporales.
- ✓ Realización de entrevistas a miembros de la familia y amigos de la paciente para adquirir información acerca de intereses, actividades, roles y rutinas de la misma.

- ✓ Desarrollo de un programa de estimulación ambiental ofreciendo un ambiente enriquecido por estimulación sensorial apropiada de acuerdo a los intereses del paciente utilizando, en este caso, música de rock, grabaciones de sonidos de animales y de la naturaleza además de figuras, para comenzar a orientar el ritmo externo y la estructura de cada día.
- ✓ Indicación a enfermería y miembros de la familia acerca del posicionamiento adecuado para el paciente y del programa de estimulación ambiental.
- ✓ Programa de A.V.D. incluyendo alimentación, deglución y autocuidado con supervisión e implementación de equipamiento adaptado.

Referencias Bibliográficas

- ✓ ALBANO, M.B.; MARCILI, M. C.; VAZQUEZ, M.L.: " *Terapia Ocupacional Neonatal*". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP: (s.e.). 1998.
- ✓ AUSSIERE, M; JANNARIZ, M; SCHUTZ, J.: " *Terapia Ocupacional en atención de pacientes agudos*". Tesis de Grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. UAI. Buenos Aires. 1999.
- ✓ BIANCANI, A; LOSADA, M. " *Práctica privada en Terapia Ocupacional*". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. 2000.
- ✓ CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Occupational Therapy Guidelines for Client-centred practice. Toronto. Canadá. 1991.
- ✓ DEITCH; GUTMAN; FACTOR: " *Medical Residents' Education About Occupational Therapy: Implications for Referrals*". En: Revista A.J.O.T. Vol. 48. Nº 11. Nov/Dec 1994
- ✓ DONATTI, S; SCHMIDT, Y. "Terapia Ocupacional en pacientes oncohematológicos pediátricos en situación de internación". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. 2000.
- ✓ GHERARDI, C.; BIANCOLINI, C Y OTROS. Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: " *Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico.*" En : Terapia Intensiva. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Bs. As. Argentina. 1995.
- ✓ KIELHOFNER, G.: A model of human occupation theory and application. Ed. Williams y Wilkins. USA. 2º Edición. 1995.
- ✓ KOTTKE, F; AMATE, E.: Adelantos clínicos en medicina física y rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 533. Washington. D.C. 1994.
- ✓ LOVIESO, C.: Medicina Intensiva. Editorial Librería El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. 1984.
- ✓ LAWIN, P.: Cuidados Intensivos Ed. Salvat editores S.A. 1era.edición. España. 1973.

- ✓ MEREGA, H.: Cien respuestas sobre la transformación educativa. Entrevista a Inés Aguerrondo . Editorial Santillana S.A., Buenos Aires Argentina. 1995.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. SECRETARIA DE SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA: "*Normas de clasificación y categorización del área de Terapia Intensiva.*" Decreto no.1269. Resolución 703/93. Argentina. 1992.
- ✓ MODULO 0. LEY FEDERAL DE EDUCACION: Ley de educación de la Provincia de Buenos Aires y Contenidos Básicos Comunes. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, enero de 1995.
- ✓ PEDRETTI, L.: Practice skills for phisical dysfunction. Editorial Mosby. 4º Edición, Mist. Louis, Missouri. 1996.
- ✓ Perfil profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional: Anexo 1. Disposición de Dirección N° 028/87. UNMdP. Año 1987.
- ✓ REED, K; SANDERSON, S: Concepts of Occupational Therapy. Williams & Wilkins. 3ª edición. Maryland. 1992.
- ✓ TROMBLY, C.A.: Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones Científicas La prensa médica mexicana. S.A. de C.V. 1ª Edición. México. 1991.
- ✓ WILLARD; SPACKMAN: Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. 8ª Edición. España. 1998.



TERCERA PARTE

3. ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION

3. 1. Problema

¿Qué conocimiento poseen los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con Unidad de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos de la ciudad de Mar del Plata, año 2001, acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en el área?

3. 2. Variable

Conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en el área de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos.

3. 2. 1. Definición Científica

Es el nivel de información que poseen los médicos que se desempeñan en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos en Centros Asistenciales de la ciudad de Mar del Plata, año 2001, relativo a los contenidos que conforman los aspectos cognoscitivo, procedimental y actitudinal, correspondientes con el saber conceptos y hechos necesarios para operar adecuadamente en la realidad concreta y espacio temporal, que conduce al saber hacer relacionado con el desarrollo de las capacidades prácticas y al saber ser específicamente en el ámbito de trabajo: saberes esenciales de la aptitud del Lic. en T.O. para su ejercicio profesional en el área.

3. 2. 2. Definición Operacional

Se denomina así al grado de información que poseen los médicos que se desempeñan en U.T.I de asistencia a pacientes adultos en Centros Asistenciales de la ciudad de Mar del Plata, año 2001, en relación a la competencia conformada por los aspectos cognoscitivo, procedimental y actitudinal propios del Lic. en T.O. para su desempeño profesional en el área.

El aspecto cognoscitivo abarca:

- ✓ *Formación del graduado de T.O.:* Nivel Académico, Duración del programa de estudios, Cantidad de materias, Conocimientos adquiridos.
- ✓ *Funciones del T.O.:* Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia; Desarrollar funcionalidad del paciente; Mantener funcionalidad del paciente; Recuperar funcionalidad del paciente; Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales; Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria.

En el aspecto procedimental se incluyen:

- ✓ *Etapas del proceso de T.O.:* Entrevista a familiares- amigos/ Evaluación; Planeación del programa de tratamiento; Intervención de acuerdo a objetivos planificados; Reevaluación; Alta de T.O.
- ✓ *Prácticas específicas de T.O. en el área:* Análisis e inicio del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal ; Análisis y administración de ocupaciones recreacionales y lúdicas; Diseño, elaboración y entrenamiento de

equipo ortésico; Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental; Aplicación selectiva de actividades sensoriales; Aplicación selectiva de actividades motoras; Aplicación selectiva de actividades cognitivas; Aplicación selectiva de actividades psicosociales.

El aspecto actitudinal comprende:

- ✓ *Actitudes del Profesional de T.O:* Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico; Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente; Capacidad para trabajar en equipo; Compromiso para actualizar sus conocimientos.
- ✓ *Actitudes en relación con el área:* Capacidad para priorizar las evaluaciones y los tratamientos; Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área; Interés por participar en eventos de especialización en el área.

3. 3. Dimensionamiento de la Variable

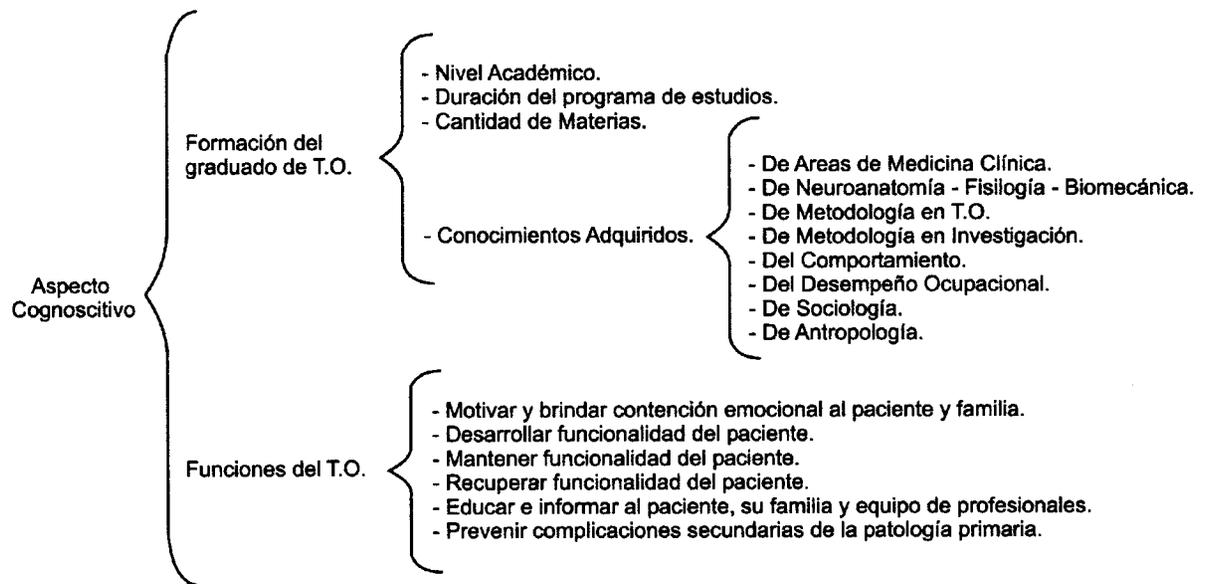
Conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en el área de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos

Aspecto Cognoscitivo

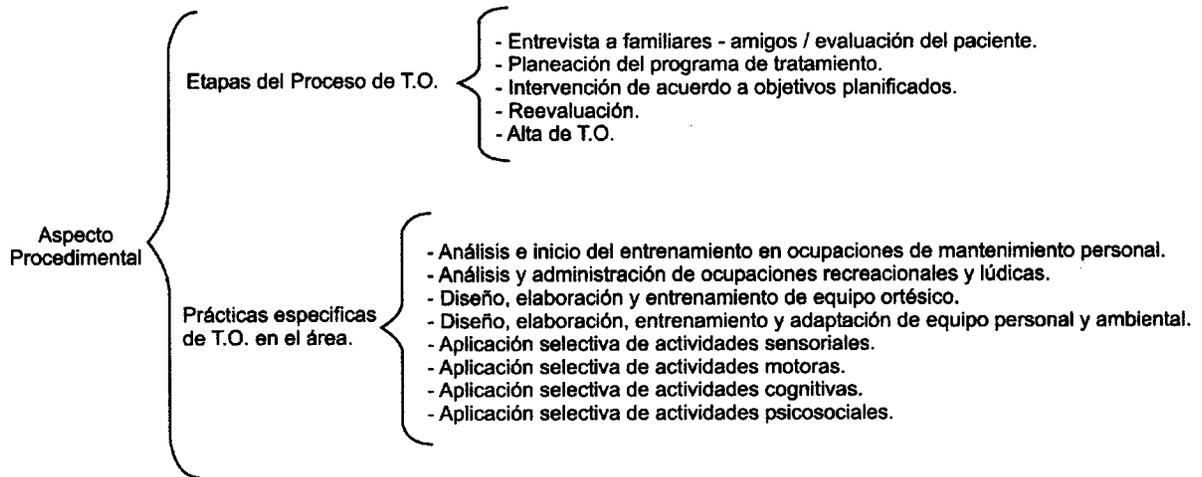
Aspecto Procedimental

Aspecto Actitudinal

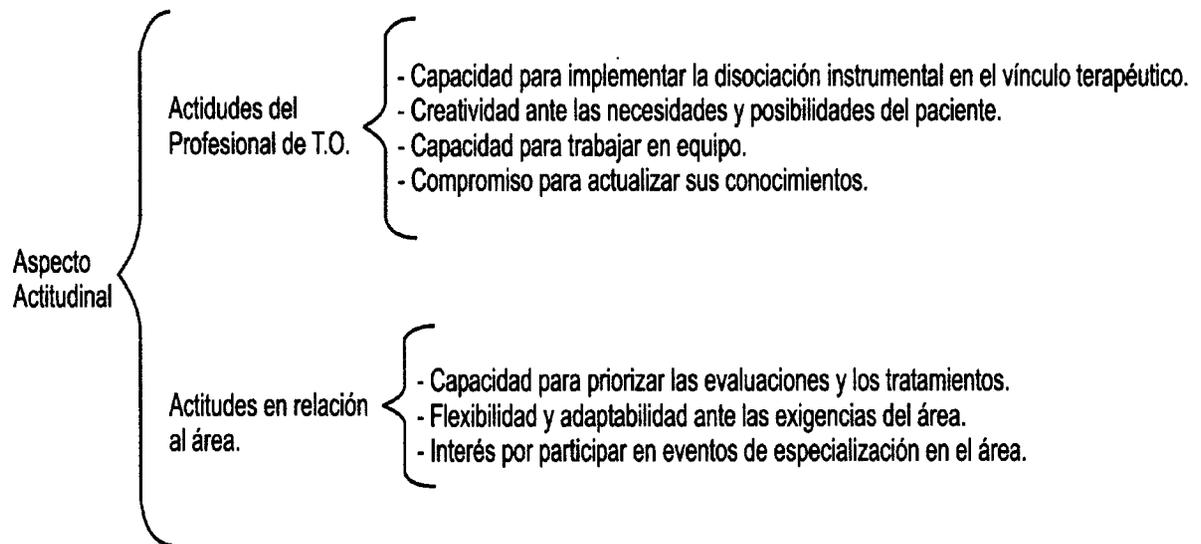
3. 3. 1. Aspecto Cognoscitivo



3. 3. 2. Aspecto Procedimental



3. 3. 3. Aspecto Actitudinal



3. 4. Operacionalización de la Variable**3. 4. 1. Aspecto Cognoscitivo**

Formación del graduado de T.O.	-Nivel Académico: Universitario.		No sabe	0
			Sabe	2
	-Duración del programa de estudios: 5 años.		No sabe	0
			Sabe	1
	-Cantidad de materias: 42.		No sabe	0
			Sabe	1
	-Conocimientos adquiridos :	- De Areas de Medicina Clínica.	No sabe	0
			Sabe	1
		- De Neuroanatomía – Fisiología- Biomecánica.	No sabe	0
			Sabe	1
		- De Metodología en T.O.	No sabe	0
			Sabe	1
		- De Metodología en Investigación.	No sabe	0
			Sabe	1
		- Del Comportamiento.	No sabe	0
			Sabe	1
- Del Desempeño Ocupacional.	No sabe	0		
	Sabe	1		
- De Sociología.	No sabe	0		
	Sabe	1		
- De Antropología.	No sabe	0		
	Sabe	1		
Funciones de T.O.	- Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia.		No sabe	0
			Sabe	1
	- Desarrollar funcionalidad del paciente.		No sabe	0
			Sabe	1
	- Mantener funcionalidad del paciente.		No sabe	0
			Sabe	1
	- Recuperar funcionalidad del paciente.		No sabe	0
			Sabe	1
	- Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales.		No sabe	0
			Sabe	1
	- Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria.		No sabe	0
			Sabe	1

3. 4. 2. Aspecto Procedimental

Etapas del Proceso de T.O.	-Entrevista a familiares – amigos / Evaluación.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Planeación del Programa de tratamiento.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Intervención de acuerdo a objetivos planificados.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Reevaluación.	No Sabe	0
		Sabe	1
	-Alta de T.O.	No sabe	0
		Sabe	1
Prácticas específicas de T.O. en el área.	- Análisis e inicio del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal.	No sabe	0
		Sabe	2
	- Análisis y administración de ocupaciones recreacionales y lúdicas.	No sabe	0
		Sabe	2
	- Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico.	No sabe	0
		Sabe	2
	- Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental.	No sabe	0
		Sabe	2
	- Aplicación selectiva de actividades sensoriales.	No sabe	0
		Sabe	2
	- Aplicación selectiva de actividades motoras.	No sabe	0
		Sabe	2
	- Aplicación selectiva de actividades cognitivas.	No sabe	0
		Sabe	2
	- Aplicación selectiva de actividades psicosociales.	No sabe	0
		Sabe	2

3. 4. 3. Aspecto Actitudinal

Actitudes del profesional de T.O.	-Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Creatividad ante necesidades y posibilidades del paciente.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Capacidad para trabajar en equipo.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Compromiso para actualizar sus conocimientos.	No sabe	0
		Sabe	1
Actitudes en relación al área.	- Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área.	No sabe	0
		Sabe	1
	- Interés por participar en eventos de especialización en el área.	No sabe	0
		Sabe	1

3. 5. Categorización

A los indicadores de los tres aspectos: Cognoscitivo, Procedimental y Actitudinal correspondientes a la competencia del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva se les asignó las respuestas “sabe”, “no sabe”.

A cada respuesta se le adjudicó un valor de 0 a 2 puntos, la suma de la indización de los valores en puntos ubica la categoría correspondiente.

De esta manera, la escala intervalar del nivel de conocimiento de la muestra de estudio acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en el área es la siguiente:

Conocimiento de los médicos acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en el área de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos.

1 - 10 Conocimiento Bajo.
11- 19 Conocimiento Medianamente Bajo.
20 - 28 Conocimiento Medio.
29 - 37 Conocimiento Medianamente Alto.
38 - 46 Conocimiento Alto.

De igual modo, para determinar el Nivel de Conocimiento de los médicos que se desempeñan en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos en relación a cada uno de los Aspectos en particular que conforman la Competencia del Lic. en T.O. en el área se crearon las siguientes categorías:

Conocimiento de los médicos acerca del aspecto Cognoscitivo de la Competencia del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos.

1 - 4 Conocimiento Bajo.
5 - 7 Conocimiento Medianamente Bajo.
8 - 11 Conocimiento Medio.
12 - 14 Conocimiento Medianamente Alto.
15 - 18 Conocimiento Alto.

Conocimiento de los médicos acerca del aspecto Procedimental de la Competencia del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos.

1 - 5 Conocimiento Bajo.
6 - 9 Conocimiento Medianamente Bajo.
10 - 13 Conocimiento Medio.
14 - 17 Conocimiento Medianamente Alto.
18 - 21 Conocimiento Alto.

Conocimiento de los médicos acerca del aspecto Actitudinal de la Competencia del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos.

1 Conocimiento Bajo.
2 - 3 Conocimiento Medianamente Bajo.
4 Conocimiento Medio.
5 - 6 Conocimiento Medianamente Alto.
7 Conocimiento Alto.

3. 6. Objetivos

3. 6. 1. Objetivo General

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que poseen los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con Unidad de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos de la ciudad de Mar del Plata, año 2001, acerca de la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en el área.

3. 6. 2. Objetivos Específicos

- ✓ Relevar el grado de conocimiento que poseen los médicos que se desempeñan en Unidades de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos, acerca del aspecto cognoscitivo correspondiente a la competencia del Lic. en T.O. para su intervención en el área.
- ✓ Explorar el nivel de información que posee esta población acerca del aspecto procedimental de la competencia del Lic. en T.O. para su ejercicio profesional en el área.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento existente en la población acerca del aspecto actitudinal de la competencia del Lic. en T.O. para su desempeño profesional en el área.
- ✓ Detectar la necesidad de inclusión del Lic. en T.O. en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos de la ciudad de Mar del Plata, año 2001.

3. 7. Tipo de Diseño

La presente investigación corresponde a un diseño de tipo mixto: Exploratorio- Descriptivo no experimental, debido a que se propone en la misma

identificar el nivel de información que poseen los médicos que se desempeñan en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos acerca de las acciones del Lic. en T.O. a partir de relevar en dicha población el grado existente de conocimiento en relación con los aspectos cognoscitivo, procedimental y actitudinal que conforman la competencia; como así también detectar la necesidad de su inclusión en el área. De acuerdo con el período del estudio el mismo es de corte transversal.

3. 8. Universo de Estudio

El universo de estudio está compuesto por todos los médicos que se desempeñen en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos en los Centros Asistenciales de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, durante año 2001.

3. 9. Muestra

El grupo de estudio se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico accidental o intencional, o sujetos típicos, de manera que se utilizaron para el estudio: 48 de los 60 médicos disponibles que se desempeñan en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos en los Centros Asistenciales de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, durante año 2001.

3. 10. Criterios de Selección de la Muestra

3. 10. 1. Criterios de Inclusión

- ✓ Desempeñarse como médico perteneciente a la planta permanente del área de Terapia Intensiva del respectivo Centro Asistencial durante el año 2001.

- ✓ Desempeñarse en calidad de residente o concurrente del área en el respectivo Centro Asistencial durante el año 2001.
- ✓ De aquellos profesionales que se desempeñan en el área en más de una Institución se tuvo en cuenta solo una de ellas, respetando los casos en los que se comparte el ámbito laboral con T.O.

3. 10. 2. Criterio de Exclusión

- ✓ Pertenecer al Jurado evaluador de la Tesis.

3. 11. Método de Recolección de Datos

En esta investigación la técnica de recolección de datos utilizada fue el CUESTIONARIO con preguntas de tipo abiertas, dicotómicas y de respuesta múltiple.

El mismo es de carácter anónimo y consta de 16 preguntas. Se administró y completó en la mayor parte de los casos en forma directa y escrita por las autoras mientras que, en contadas situaciones debido a la dinámica institucional, se debió optar por entregar y posteriormente retirar los mismos, siendo estos autoadministrados por parte de la muestra de estudio.

3. 12. Procedimiento para la Recolección de Datos

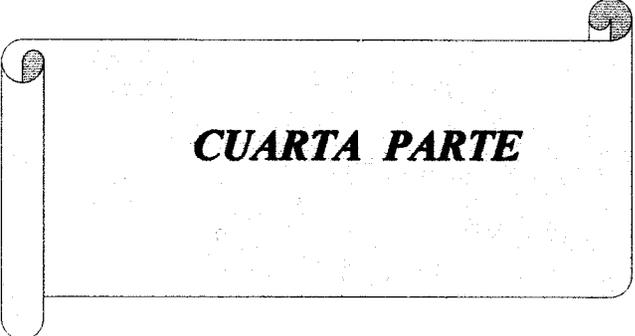
La localización de los profesionales se realizó en sus puestos de trabajo de acuerdo a datos facilitados por el Centro Médico, Oficinas de personal y Servicios de U.T.I. de los Centros Asistenciales de la ciudad de Mar del Plata.

Los Centros Asistenciales en los que se llevó a cabo la investigación fueron los siguientes: Clínica Colón, Clínica y Maternidad Pueyrredón, Clínica 25 de Mayo, Clínica y Maternidad Modelo, Clínica Mitre, Sanatorio Belgrano, Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende, Hospital Privado de Comunidad, restando el Sanatorio Avenida y el Hospital Español de los cuales no se obtuvo la autorización debida para llevar a cabo en ellos este estudio, no pudiendo conocerse su plantel de profesionales ni administrar el cuestionario entre los mismos.

La distribución y recolección de los cuestionarios se realizó en forma personal por las autoras.

3. 13. Análisis de los Datos

Dado el tipo de investigación, el análisis es descriptivo. El mismo está basado en frecuencias, porcentajes, tablas simples y bivariadas. Se utilizó para su realización el programa de computación Excel.



CUARTA PARTE

4. PRESENTACION DE RESULTADOS

4. 1. Análisis Cuantitativo

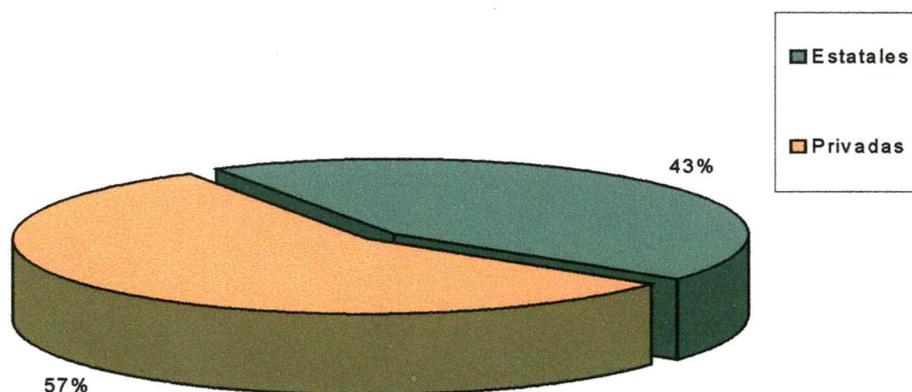
4. 1. 1. Caracterización de la Población de Estudio

Tabla N° 1: Cantidad de médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I. de asistencia a pacientes adultos según tipo de Institución a la cual pertenecen. Mar del Plata, año 2001.

Tipo de Institución	Cantidad de Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
Privadas	26	56,52
Estatales	20	43,48
TOTAL	46	100

Fuente : Elaboración propia.

Gráfico N° 1:



En la tabla y gráfico N° 1 se observa que el mayor porcentaje (**56,52%**) responde a 6 Instituciones de tipo **Privadas**, el menor porcentaje de médicos corresponde a la Institución de tipo **Estatal (43,48%)**.

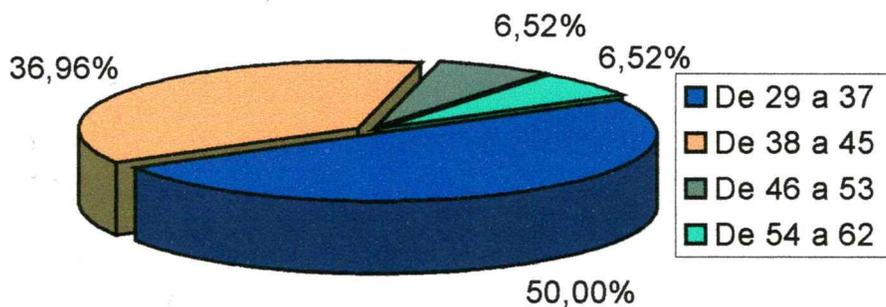
Tabla N° 2: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según sexo. Mar del Plata, año 2001.

Sexo	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
Masculino	31	67,39
Femenino	15	32,61
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Del total de los médicos encuestados se puede apreciar que prevalecen en un **(67,39%)** los de sexo **masculino**.

Gráfico N° 2: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según edad en años. Mar del Plata, año 2001.



Las edades que poseen los médicos pertenecientes a la muestra oscilan **entre 29 y 62 años**. El mayor porcentaje de ellos se concentra en los dos primeros intervalos, disminuyendo la incidencia de los mismos en forma muy marcada en los dos subsiguientes, se puede deducir así que un **(86,96%)** de los mismos poseen edades entre **29 y 45 años**.

Tabla N° 3: Porcentaje de médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según especialidad. Mar del Plata, año 2001.

Especialidad	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
Terapia Intensiva	34	73,91
Clínica Médica	6	13,04
Cardiología	4	8,70
Cirugía	1	2,17
Anestesiología	1	2,17
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Se observa la predominancia de la especialidad médica de **Terapia Intensiva** en un **(73,91%)**; un **(13,4%)** corresponde a la especialidad de **Clínica Médica**.

Tabla N° 4: Población de médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según función y cargo. Mar del Plata, año 2001.

Cargo	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
Jefe de Servicio	5	10,87
Jefe de Sala	2	4,35
Planta Permanente	30	65,22
Residente	8	17,39
Concurrente	1	2,17
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

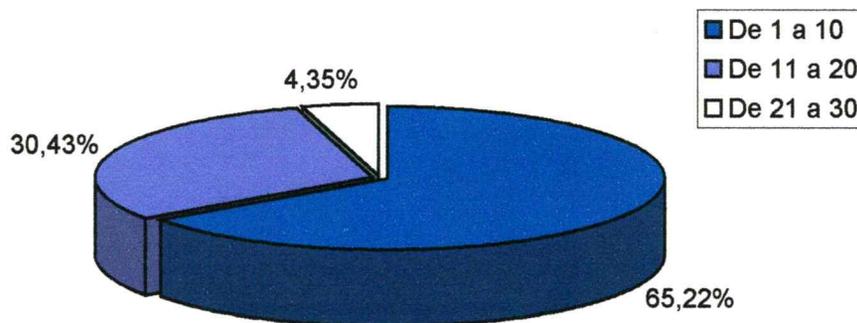
La tabla N° 4 muestran que el mayor porcentaje **(65,22%)** de los médicos forma parte de la **Planta Permanente** de cada Institución; perteneciendo el **(17,39%)** al cargo de **Residente**; un **(10,87%)** de la población ejerce como **Jefe de Servicio**.

Tabla N° 5: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según antigüedad. Mar del Plata, año 2001.

Antigüedad	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
De 1 a 10 años	30	65,22
De 11 a 20 años	14	30,43
De 21 a 30 años	2	4,35
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 3:



La antigüedad de los médicos en el área oscila entre **1 y 30 años**, concentrándose el mayor porcentaje de **(65,22%)** en el intervalo de **1 a 10 años**.

Tabla N° 6: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según la modalidad de trabajo. Mar del Plata, año 2001.

Modalidad de trabajo	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
No se trabaja en equipo	0	0,00
Si se trabaja en equipo	46	100
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia

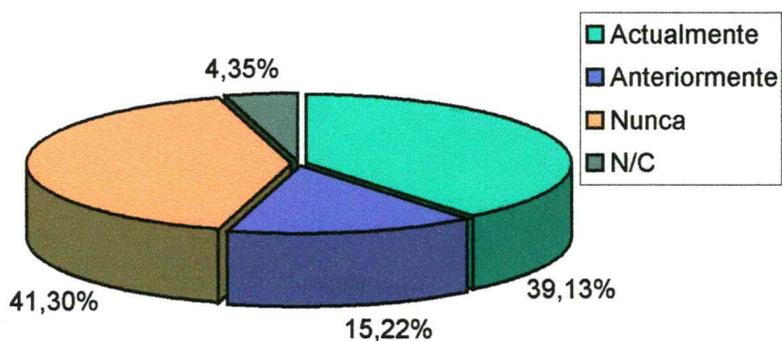
Esta tabla permite interpretar que el **(100%)** de la población considera que la modalidad de trabajo responde a trabajar en **forma de equipo**.

Tabla N° 7: Conocimiento de los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según presencia de Terapistas Ocupacionales en el área. Mar del Plata, año 2001.

Presencia de T.O. en U.T.I.	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
Actualmente	18	39,13
Anteriormente	7	15,22
Nunca	19	41,30
No Contesta	2	4,35
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 4:



En la tabla N° 7 y gráfico N° 4 se observa que el **(41,30%)** de la población respondió que **Nunca** se desempeñó un T.O en el área; el **(39,13%)** afirmó que **Actualmente** se desempeña un T.O ; el **(15,22%)** de la misma refirió que **Anteriormente** contaban con la presencia de un T.O en el área ; **2** médicos **No Contestaron** la pregunta.

4. 1. 2. Competencia del Licenciado en Terapia Ocupacional

ASPECTO COGNOSCITIVO

Tabla Nº 8: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según conocimiento acerca de la formación del Lic. en T.O. Mar del Plata, año 2001.

Formación del Lic. en T.O	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
Profesional de la Salud	43	93,48
Auxiliar	1	2,17
Paramédico	1	2,17
No Contesta	1	2,17
Técnico	0	0,00
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Se deduce de la anterior tabla que el **(93,48%)** de la población considera a la formación del Lic. en T.O. como **Profesional de la Salud**.

Tabla Nº 9: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según estimación acerca del Nivel Académico del Lic. en T.O. Mar del Plata, año 2001.

Nivel académico del Lic. T.O	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
Universitario	37	80,43
De post-grado	5	10,87
Terciario no Universitario	4	8,70
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

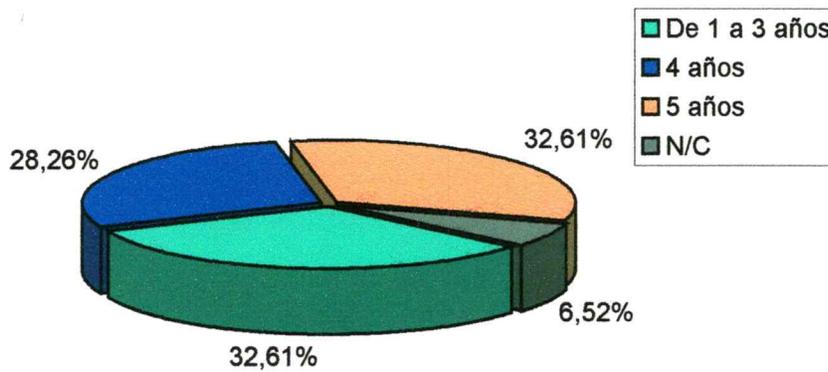
La tabla Nº 9 muestra que el mayor porcentaje **(80,43%)** se concentra en la opción de Nivel Académico del Lic. en T.O como **Universitario**.

Tabla N° 10: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según estimación acerca de la duración del Programa de Estudios del Lic. en T.O. Mar del Plata, año 2001.

Duración del Programa de Estudio del Lic. T.O	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	N°	%
De 1 a 3 años	15	32,61
4 años	13	28,26
5 años	15	32,61
No Contesta	3	6,52
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 5:



En la tabla N° 10 y gráfico N° 5 se observa una similar distribución de la población de **(32,61%)** para la opción de **1 a 3 años** y de **(32,61%)** para **5 años**, disminuyendo moderadamente con un **(28,26%)** en aquellos que consideran que la duración del Programa de Estudios es de **4 años**.

Tabla N° 11: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según consideración acerca de la cantidad de materias de la curricula del Lic. en T.O. Mar del Plata, año 2001.

Cantidad de Materias de la curricula del Lic. T.O.	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
De 10 a 20	5	10,87
De 21 a 31	23	50,00
De 32 a 42	6	13,04
No Contesta	12	26,09
TOTAL	46	100

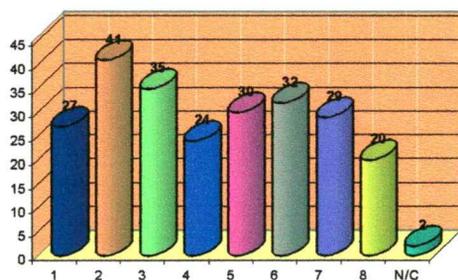
Fuente: Elaboración propia.

La opción correcta **de 32 a 42 materias** fue seleccionada solo por un **(13,04%)** de la población de médicos.

Tabla N° 12: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según consideración acerca de los conocimientos adquiridos durante la formación del Lic. en T.O. Mar del Plata, año 2001.

Conocimientos adquiridos por Lic en T.O.	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
1. De áreas de Medicina Clínica.	27	58,69
2. De Neuroanatomía – Fisiología - Biomecánica.	41	89,13
3. De Metodología en T.O.	35	76,08
4. De Metodología en Investigación.	24	52,17
5. Del Comportamiento.	30	65,21
6. Del Desempeño Ocupacional.	32	69,56
7. De Sociología.	29	63,04
8. De Antropología.	20	43,47
No Contesta	2	4,34

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 6:

	1	De áreas de Medicina Clínica.
	2	De Neuroanatomía – Fisiología - Biomecánica.
	3	De Metodología en T.O.
	4	De Metodología en Investigación.
	5	Del Comportamiento
	6	Del Desempeño Ocupacional.
	7	De Sociología.
	8	De Antropología
	N/C	No Contesta.

Los conocimientos mayormente reconocidos fueron los de **Neuroanatomía-Fisiología y Biomecánica** y los de **Metodología en T.O** con un **(89,13%)** y **(76,08%)** respectivamente. Siendo reconocidos por un menor porcentaje los Conocimientos de **Desempeño Ocupacional; Del Comportamiento; Sociología; Medicina Clínica; Metodología de Investigación y Antropología.**

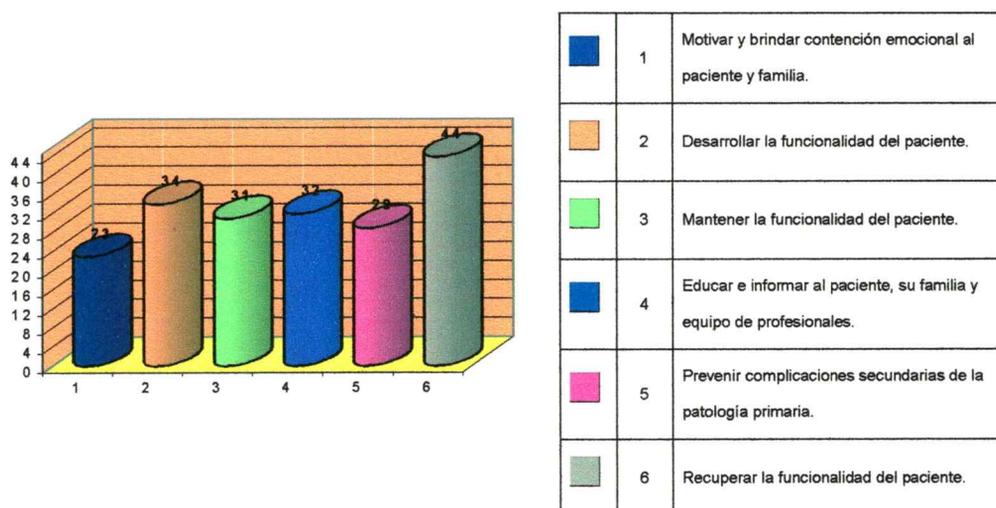
La población posee una información **Incompleta** en un **(63,04%)** acerca de la totalidad de los Conocimientos adquiridos por el Lic. en T.O.

Tabla N° 13: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según conocimiento acerca de las funciones del Lic. en T.O. en el área. Mar del Plata, año 2001.

Funciones del Lic. en T.O.	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
1. Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia.	23	50,00
2. Desarrollar la funcionalidad del paciente.	34	73,91
3. Mantener la funcionalidad del paciente.	31	67,39
4. Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales.	32	69,57
5. Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria.	29	63,04
6. Recuperar la funcionalidad del paciente.	44	95,65

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 7:



La tabla y el gráfico anterior muestran que el mayor porcentaje de los encuestados (**95,65%**) señaló **Recuperar la funcionalidad del paciente**; un (**73,91%**) consideró **Desarrollar la funcionalidad del paciente**; el (**69,57%**) estimó **Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales**; el (**67,39%**) **Mantener la funcionalidad del paciente**; el (**63,04%**) reconoció **Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria** y un (**50,00%**) de la población seleccionó **Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia**.

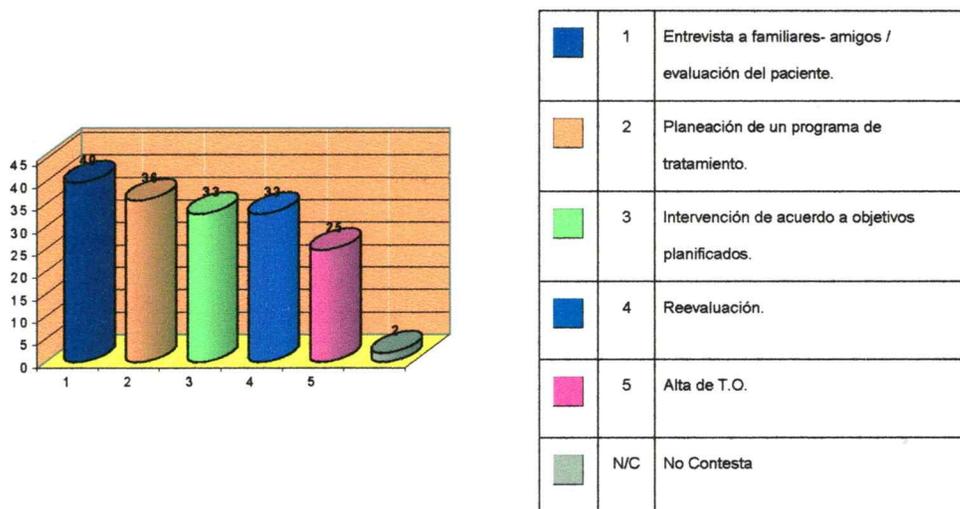
La muestra de estudio posee un conocimiento **Incompleto** en un **(65,22%)** acerca de la totalidad de las funciones del Lic. en T.O. en el área.

ASPECTO PROCEDIMENTAL

Tabla N° 14: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según conocimiento de las Acciones que realiza el Lic. en T.O. para proceder en el área. Mar del Plata, año 2001.

Acciones que realiza el Lic. en T.O. Para proceder en el área	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
1. Entrevista a familiares- amigos / evaluación del paciente.	40	86,95
2. Planeación de un programa de tratamiento.	36	78,26
3. Intervención de acuerdo a objetivos planificados.	33	71,73
4. Reevaluación.	33	71,73
5. Alta de T.O.	25	54,34
No Contesta	2	2,17

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 8:

Con respecto a la tabla y gráfico anteriores el **(86,95%)** de la población encuestada reconoció a la acción **Entrevista a familiares- amigos/ Evaluación del paciente**. La acción menos reconocida fue **Alta de T.O** con un **(54,34%)**.

Existe una leve diferencia entre los médicos que poseen un Conocimiento **Completo** con un **(52,17%)** de los que poseen un Conocimiento **Incompleto** con un

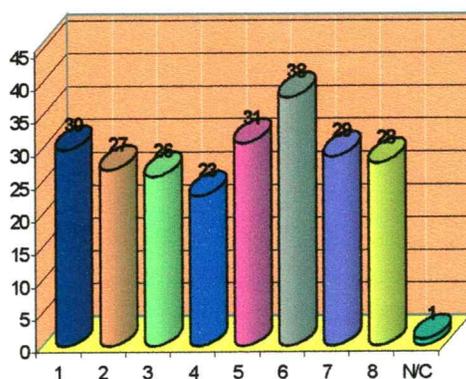
(45,65%) en relación a la totalidad de las acciones que realiza el Lic. En T.O. para proceder en el área.

Tabla N° 15: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según conocimiento acerca de las prácticas que realiza el Lic. en T.O. en el área. Mar del Plata, año 2001.

Prácticas que realiza el Lic. en T.O. en el área	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
1 Análisis e iniciación del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal.	30	65,21
2 Análisis y administración de ocupaciones recreacionales.	27	58,69
3 Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico.	26	56,52
4 Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental.	23	50,00
5 Aplicación selectiva de actividades sensoriales.	31	67,39
6 Aplicación selectiva de actividades motoras.	38	82,60
7 Aplicación selectiva de actividades cognitivas.	29	63,04
8 Aplicación selectiva de actividades psicosociales.	28	60,86
No Contesta	1	2,17

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 9:



	1	Análisis e iniciación del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal.
	2	Análisis y administración de ocupaciones recreacionales.
	3	Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico.
	4	Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental.
	5	Aplicación selectiva de actividades sensoriales.
	6	Aplicación selectiva de actividades motoras.
	7	Aplicación selectiva de actividades cognitivas.
	8	Aplicación selectiva de actividades psicosociales.
	N/C	No Contesta.

La tabulación revela que el mayor porcentaje de la población (**82,60%**) se concentra en la elección de la práctica **Aplicación selectiva de actividades motoras**; un (**67,39%**) reconoció la **Aplicación selectiva de actividades sensoriales**; el **Análisis e iniciación del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal** fue considerado por un (**65,21%**) de los encuestados; a su vez la **Aplicación selectiva de actividades cognitivas y de actividades psicosociales** fueron señaladas por un (**63,04%**) y (**60,86%**) respectivamente; un (**50,00%**) de la población demostró conocer la práctica correspondiente a **Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental**.

La muestra de estudio posee un **Conocimiento Incompleto** con un (**60,87%**) acerca de la totalidad de las prácticas que realiza el Lic. en T.O. en el área.

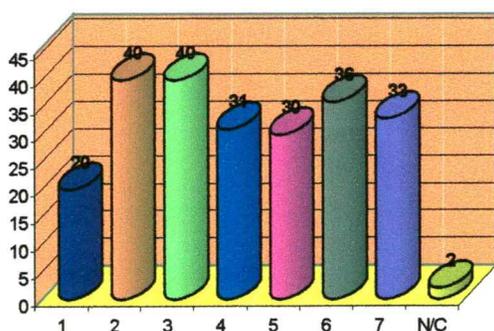
ASPECTO ACTITUDINAL

Tabla N° 16: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según conocimiento acerca de las actitudes que posee el Lic. en T.O. en el área. Mar del Plata, año 2001.

Actitudes que posee el Lic. en T.O. en el área	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
1. Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico.	20	43,47
2. Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente.	40	86,95
3. Capacidad para trabajar en equipo.	40	86,95
4 Compromiso para actualizar sus conocimientos.	31	67,39
5. Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos.	30	65,21
6. Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos.	36	78,26
7. Interés por participar en eventos de especialización en el área.	33	71,73
No Contesta	2	4,34

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 10:



	1	Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico.
	2	Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente.
	3	Capacidad para trabajar en equipo.
	4	Compromiso para actualizar sus conocimientos.
	5	Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos.
	6	Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área.
	7	Interés por participar en eventos de especialización en el área.
	N/C	No Contesta.

Las cifras revelan que las actitudes del Lic. en T.O mayormente consideradas son **Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente** y **Capacidad para trabajar en equipo** por un **(86,95%)** de la población para cada una de las opciones. Las Actitudes restantes **Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área; Interés por participar en eventos de especialización en el área; Compromiso para actualizar sus conocimientos; Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos** y **Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico** fueron reconocidas en un menor porcentaje.

Los médicos encuestados poseen un conocimiento **Incompleto** en un **(58,70%)** acerca de todas las actitudes que le incumbe al Lic. en T.O. en el área.

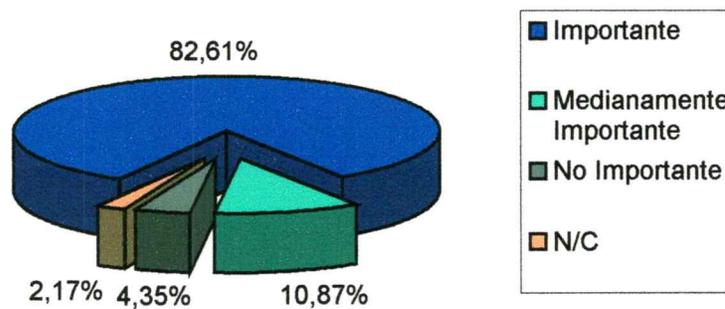
4. 1. 3. Consideración de la Inclusión de T.O. en U.T.I.

Tabla N° 17: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según opinan sobre la Inclusión de un Lic. en T.O. en el área. Mar del Plata, año 2001.

Inclusión del Lic. en T.O. en el área	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
Importante	38	82,61
Medianamente Importante	5	10,87
No Importante	2	4,35
No Contesta	1	2,17
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 11:



De la tabla y gráfico anterior se deduce una marcada tendencia a determinar como **Importante la Inclusión de un T.O. en el área** en un **(82,61%)**.

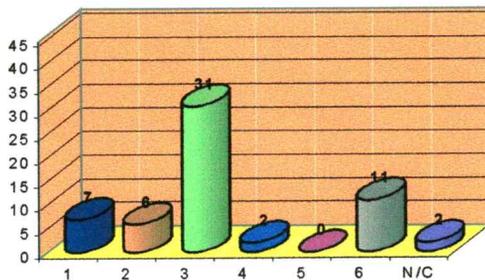
4. 1. 4. Medios para acceder al Conocimiento de T.O.

Tabla N° 18: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según medios por el cual obtuvieron conocimiento acerca de la Terapia Ocupacional. Mar del Plata, año 2001.

Medios	Médicos que se desempeñan en U.T.I.	
	Nº	%
1. Textos / publicaciones nacionales.	7	15,22
2. Textos / publicaciones extranjeras.	6	13,04
3. Compartir el ámbito laboral.	31	67,39
4. Participaciones conjuntas en eventos de formación.	2	4,35
5. Por trabajos de investigación conjuntos.	0	0,00
6. Otros.	11	24
No Contesta	2	4,35

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 12:



	1	A través de textos/ publicaciones nacionales.
	2	A través de textos/ publicaciones extranjeras.
	3	Por compartir el ámbito con T.O.
	4	Por participaciones conjuntas en eventos de formación.
	5	Por trabajos de investigación conjuntos.
	6	Otros.
	N/C	No Contesta

El mayor porcentaje (**67,39%**) de los encuestados respondió haber obtenido conocimiento acerca de T.O. **Por compartir el ámbito laboral** con esta disciplina

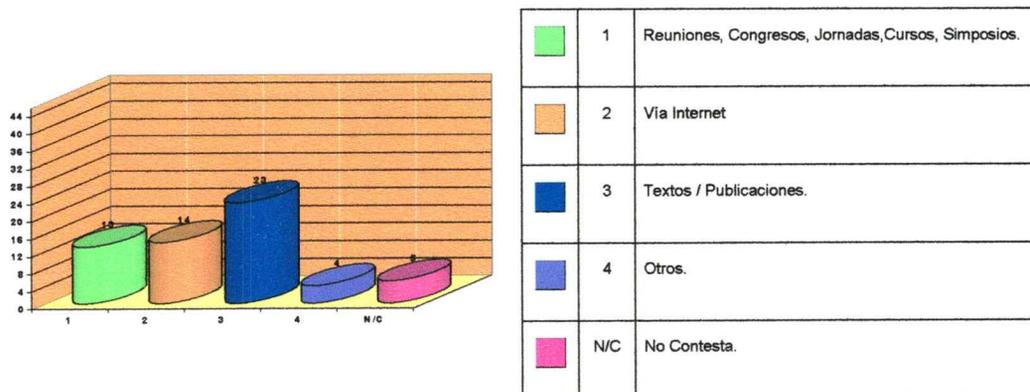
Tabla N° 19: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según interés en recibir información acerca del desempeño del T.O. Mar del Plata, año 2001.

Interés	Médicos que se desempeñan en U.T.I	
	Nº	%
NO	3	6,52
SI	41	89,13
No Contesta	2	4,35
TOTAL	46	100

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se deduce el importante porcentaje de médicos (**89,13%**) que posee interés en recibir información acerca del desempeño del T.O. en el área.

Gráfico N° 13: Médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según modalidad en recibir información acerca del desempeño del T.O. Mar del Plata, año 2001.



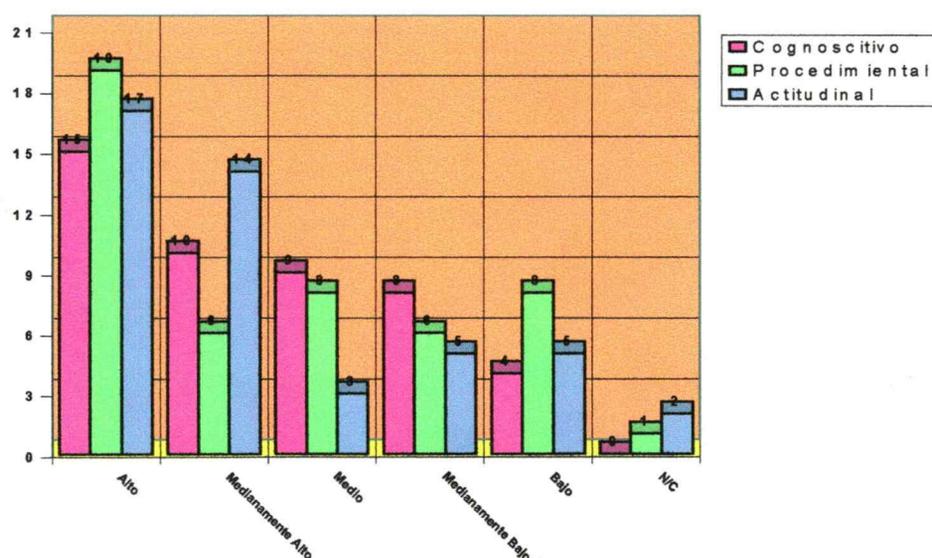
De acuerdo a lo que se observa en el gráfico el mayor porcentaje de encuestados respondió la opción **Textos /publicaciones** con un (**50,00%**).

4. 1. 5. Nivel de Conocimiento de los Médicos que se desempeñan en U.T.I.

Tabla N° 20: Nivel de Conocimiento de los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos según Aspectos que conforman la Competencia del Lic. en T.O. Mar del Plata, año 2001

Aspectos de la competencia del Lic. en T.O. en U.T.I.	Nivel de conocimiento de los Médicos que se desempeñan en U.T.I.										N/C		TOTAL	
	Bajo		Medianamente Bajo		Medio		Medianamente Alto		Alto					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Cognoscitivo	4	8,70	8	17,39	9	19,57	10	21,74	15	32,61	0	0	46
Procedimental	8	17,39	6	13,04	8	17,39	6	13,04	19	41,30	1	2,17	46	100
Actitudinal	5	10,87	5	10,87	3	6,52	14	30,43	17	36,96	2	4,35	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 14:

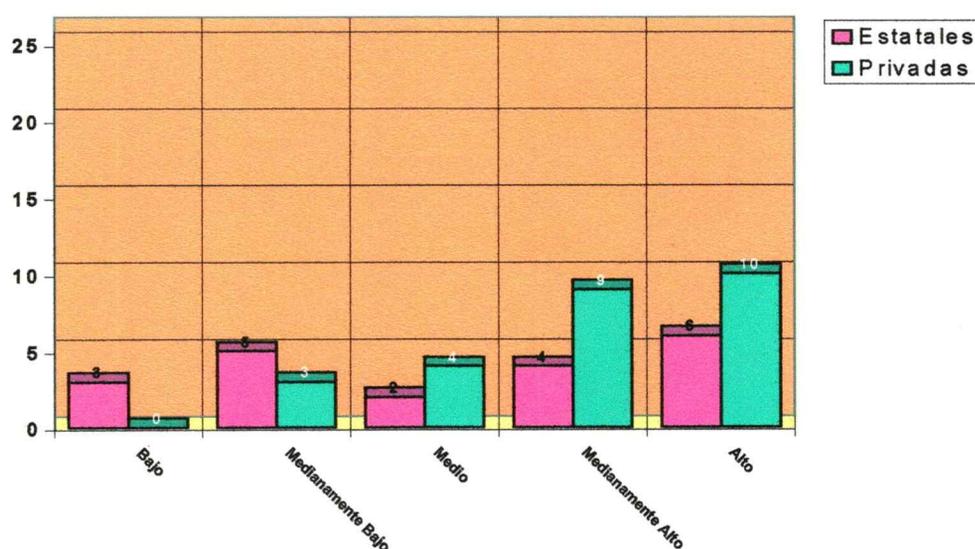
En la tabla y gráfico anterior se puede observar que en referencia al **Aspecto Cognoscitivo** y **Procedimental** el mayor porcentaje de los encuestados se concentra en el **Nivel de Conocimiento Alto** con un **(32,61%)** y **(41,30%)** respectivamente. En relación al **Aspecto Actitudinal** se observa que el **(67,39%)** de la población se concentra entre los niveles **Alto** y **Medianamente Alto**.

Tabla N° 21: Nivel de Conocimiento de los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos acerca de la Competencia del Lic. en T.O. en el área según tipo de Institución. Mar del Plata, año 2001.

Tipo de Institución	Nivel de conocimiento de los Médicos que se desempeñan en U.T.I.										Total	
	Bajo		Medianamente Bajo		Medio		Medianamente Alto		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estatales	3	15,00	5	25,00	2	10,00	4	20,00	6	30,00	20	43,48
Privadas	0	0,00	3	11,54	4	15,38	9	34,62	10	38,46	26	56,52
TOTAL	3	6,52	8	17,39	6	13,04	13	28,26	16	34,78	46	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 15:



Con respecto a la tabla y gráfico anterior se observa que los mayores porcentajes de ambos tipos de Institución se concentran en el **Nivel de Conocimiento Alto**, en el caso de **Institución Estatal** el **Nivel Alto** corresponde al **(30,00%)** disminuyendo a un **(25,00%)** de la población que se encuentra en un **Nivel Medianamente Bajo**. En las **Instituciones Privadas**, **(38,46%)** de los médicos poseen un **Nivel de Conocimiento Alto** y un **(34,62%)** de los mismos un **Nivel Medianamente Alto**.

Tabla N° 22: Nivel de Conocimiento acerca de la Competencia del Lic. en T.O. que poseen los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos, según su especialidad. Mar del Plata, año 2001.

Especialidades	Nivel de conocimiento de los Médicos que se desempeñan en U.T.I.										Total de Encuestados	
	Bajo		Medianamente Bajo		Medio		Medianamente Alto		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Terapia Intensiva	2	5,88	7	20,59	4	11,76	9	26,47	12	35,29	34	73,91
Clínica Médica	1	16,67	0	0,00	0	0,00	2	33,33	3	50,00	6	13,04
Cardiología	0	0,00	1	25,00	0	0,00	2	50,00	1	25,00	4	8,70
Cirugía	0	0,00	0	0,00	1	100	0	0,00	0	0,00	1	2,17
Anestesiología	0	0,00	0	0,00	1	100	0	0,00	0	0,00	1	2,17
TOTAL	3	6,52	8	17,39	6	13,04	13	28,26	16	34,78	46	100

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a lo que presenta la tabla anterior de los 34 médicos **terapistas intensivos** el **(35,29%)** posee un **Nivel de Conocimiento Alto**; el **(26,47%)** se ubica en el **Nivel Medianamente Alto**. De los 6 médicos con especialidad de **Clínica Médica** el **(50,00%)** se concentra en un **Nivel Alto de Conocimiento**; un **(33,33%)** se halla en un **Nivel Medianamente Alto**. Del total de 4 médicos **Cardiólogos** el **(50,00%)** posee un **Nivel Medianamente Alto de Conocimiento**.

Tabla N° 23: Nivel de Conocimiento de los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos acerca de la Competencia del Lic. en T.O. según su antigüedad en el área. Mar del Plata, año 2001.

Antigüedad	Nivel de conocimiento de los Médicos que se desempeñan en U.T.I.										Total de Encuestados	
	Bajo		Medianamente Bajo		Medio		Medianamente Alto		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 1 a 10 años	3	10,00	7	23,33	4	13,33	9	30,00	7	23,33	30	65,22
De 11 a 20 años	0	0,00	1	7,14	2	14,29	4	28,57	7	50,00	14	30,43
De 21 a 30 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100	2	4,35
TOTAL	3	6,52	8	17,39	6	13,04	13	28,26	16	34,78	46	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra que del total de médicos con antigüedad **De 1 a 10 años** el **(30,00%)** se concentra en el **Nivel de Conocimiento Medianamente Alto**. De los 14 médicos que poseen una antigüedad **de 11 a 20 años** un **(50,00%)** demuestra un **Nivel Alto de Conocimiento**. De los 2 médicos que poseen **mayor antigüedad** el **(100%)** se concentra en el **Nivel Alto de Conocimiento**.

Tabla N° 24: Nivel de Conocimiento de los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos acerca de la Competencia del Lic. en T.O. según su cargo en la misma. Mar del Plata, año 2001.

Cargo	Nivel de conocimiento de los Médicos que se desempeñan en U.T.I.										Total de Encuestados	
	Bajo		Medianamente Bajo		Medio		Medianamente Alto		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Jefe de Servicio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	40,00	3	60,00	5	10,87
Jefe de Sala	0	0,00	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2	4,35
Planta Permanente	1	3,33	5	16,67	4	13,33	8	26,67	12	40,00	30	65,22
Residente	2	25,00	3	37,50	1	12,50	2	25,00	0	0,00	8	17,39
Concurrente	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100	1	2,17
TOTAL	3	6,52	8	17,39	6	13,04	13	28,26	16	34,78	46	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla refleja que de un total de 5 **Jefes de Servicio** el **(60,00%)** se ubica en el **Nivel Alto de Conocimiento**; el **(40,00%)** corresponde al **Nivel Medianamente Alto**. De los 2 **Jefes de Sala** se ubican cada uno en los **Niveles Medianamente Alto y Medio**. De los 30 médicos que pertenecen a **Planta Permanente** el mayor porcentaje **(40,00%)** se concentra en el **Nivel Alto** de Conocimiento. De los 8 **Residentes** que conforman la muestra el mayor porcentaje **(37,50%)** se concentra en el **Nivel Medianamente Bajo**. El **Concurrente** encuestado posee un **Alto Nivel de Conocimiento**.

Tabla N° 25: Nivel de Conocimiento de los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos acerca de la Competencia del Lic. en T.O. según presencia de T.O. Mar del Plata, año 2001.

Presencia de T.O. En U.T.I	Nivel de conocimiento de los Médicos que se desempeñan en U.T.I.										Total	
	Bajo		Medianamente Bajo		Medio		Medianamente Alto		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Actualmente	3	16,67	5	27,78	1	5,56	3	16,67	6	33,33	18	39,13
Anteriormente	0	0,00	0	0,00	1	14,29	1	14,29	5	71,43	7	15,22
Nunca	0	0,00	3	15,79	4	21,05	8	42,11	4	21,05	19	41,30
Sub – Total	3	6,82	8	18,18	6	13,64	12	27,27	15	34,09	44	95,65
N/C											2	4,35
TOTAL											46	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla muestra que de los 44 médicos que respondieron ambas preguntas, 18 que determinaron que **Actualmente se desempeña un T.O.** concentran un mayor porcentaje de **(33,33%)** en el **Nivel de Conocimiento Alto**; el **(27,78%)** de los mismos se ubica en el **nivel Medianamente Bajo**. De los 7 Médicos que señalaron que **Anteriormente se desempeñó un T.O. en el área (71,43%)** de la población se encuentra en el **Alto Nivel de Conocimiento**. Los 19 encuestados que marcaron que **Nunca se desempeñó un T.O. en el área se concentraron en un mayor porcentaje del (42,11%) en el Nivel Medianamente Alto**.

La muestra de estudio posee un **Alto y Medianamente Alto Nivel de Conocimiento** general acerca de la Competencia del Lic. en T.O. en el área, con un **(34,78%)** y **(28,26%)** respectivamente.

Tabla N° 26: Opinión de los médicos que se desempeñan en Centros Asistenciales con U.T.I de asistencia a pacientes adultos acerca de la Inclusión del Lic. en T.O. según la presencia del mismo en el área. Mar del Plata, año 2001.

Desempeño de T.O. En U.T.I	Inclusión del Lic. en T.O. en el área						Total de Encuestados que respondieron ambas preguntas		N/C		Total de Encuestados
	Importante		Medianamente Importante		No Importante		N°	%	N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%					
Actualmente	17	94,44	0	0,00	1	5,56	18	39,13	1	2,17	
Anteriormente	7	100	0	0,00	0	0,00	7	15,22			
Nunca	13	72,22	4	22,22	1	5,56	18	39,13			
Sub -Total	37	80,43	4	8,70	2	4,35	43	93,48			
N/C			2		4,35				3	6,52	
										N°	%
TOTAL										46	100

Fuente: Elaboración propia

De los 18 médicos que respondieron que **Actualmente** se desempeña un T.O. en el área el mayor porcentaje del (94,44%) consideró como **Importante la inclusión de un T.O. al área**; el resto del porcentaje se concentró en la opción **No Importante**. El **100%** de los médicos que respondieron que **Anteriormente se desempeñó un T.O. en el área** lo consideraron a su vez **Importante**. Del total de 18 encuestados que señalaron que **Nunca se desempeñó un T.O. en U.T.I** el **(72,22%)** de la población determinó también como **Importante** la Inclusión del T.O. en el área; en la opción **Medianamente Importante** se concentra un **(22,22%)** y en **No importante** un **(5,56%)**.

Tabla N° 27: Presencia de un T.O. desempeñándose en el área de Terapia Intensiva según tipo de Institución. Mar del Plata, año 2001.

Tipo de Institución	Presencia de un T.O. en la U.T.I.								Total de Encuestados	
	Actualmente		Anteriormente		Nunca		No Contesta		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Estatad	17	85,00	2	10,00	1	5,00	0	0,00	20	43,48
Privada	1	3,85	5	19,23	18	69,23	2	7,69	26	56,52
TOTAL	18	39,13	7	15,22	19	41,30	2	4,35	46	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla anterior refleja que de los 20 médicos que trabajan en **Institución Estatal** el mayor porcentaje (**85,00%**) determinó que **Actualmente se desempeña un T.O. en el área**; el (**10,00%**) señaló que **Anteriormente** y un (**5,00%**) **Nunca**. De los 26 encuestados en **Instituciones Privadas** el mayor porcentaje (**69,23%**) se concentra en la opción **Nunca**; el (**19,23%**) de la población optó por **Anteriormente**; un (**3,85%**) determinó que **Actualmente se desempeña un T.O. en el área**; el porcentaje restante **No responde** la pregunta.

4. 2. Interpretación y Análisis Cualitativo de los Resultados

La posibilidad de completar en forma personal y directa el instrumento de recolección de datos aplicado a la muestra permitió el hecho de ahondar en la obtención de respuestas y en el compromiso y seriedad frente a las mismas por parte de los encuestados; un contacto más real y cercano con la población; detectar la predisposición y apertura ante la propuesta por parte de la misma y, en algunos casos, por parte de sectores administrativos y jerárquicos de las instituciones participantes de la investigación; acceder a devoluciones y sugerencias en beneficio del presente trabajo; conocer el interior y generalidades de organización de las U.T.I. pertenecientes a la muestra y observar diversas reacciones espontáneas de los encuestados ante preguntas puntuales del cuestionario.

Teniendo en cuenta la caracterización de esta población de estudio, los médicos encuestados, en su mayoría, pertenecen a Instituciones Privadas y en un menor grado a la Institución de tipo Estatal (Tabla nº 1, gráf. nº 1); en un alto porcentaje poseen entre 29 y 45 años de edad (Gráfico nº 2), con predominio de la especialidad de Terapia Intensiva y, en segundo lugar, la de Clínica Médica (Tabla nº 3). En mayor cantidad responden a los cargos de Planta Permanente, Residente y Jefe de Servicio (Tabla nº 4), prevaleciendo entre ellos la antigüedad de 1 a 10 años, con un menor porcentaje concentrado entre 11 y 20 años (Tabla nº 5, gráf. nº 3). En cuanto a la modalidad de trabajo, se observó que el (100%) respondió que en la U.T.I. en la cual se desempeñan Sí se trabaja en equipo (Tabla nº 6). Teniendo en cuenta el Análisis Cualitativo, el (56,52%) de la muestra nombró a todos los profesionales y en el (13,04%) se detectó que la consideración que poseen con relación a los profesionales que conforman el equipo de salud no es equitativa ya que solo

nombraron al profesional de medicina y sus especialidades, el (28,26%) no nombró al profesional de enfermería y una minoría no contestó la pregunta. En el tipo de Institución Estatal Actualmente se desempeña un T.O. en el área, de acuerdo a lo afirmado por la población; en las Privadas una mayoría determinó que Nunca se desempeñó un T.O. en U.T.I. y una minoría correspondiente a la Clínica y Maternidad Pueyrredón sostuvo que Anteriormente se desempeñó un T.O. en el área. (Tabla nº 27)

En relación al Nivel de Conocimiento general acerca de la Competencia del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva, los datos arrojan que la muestra posee un Alto y Medianamente Alto Nivel, con una leve diferencia entre ambos.

- ✓ En las Instituciones Privadas se registró un Nivel de Conocimiento Medianamente Alto; en la de tipo Estatal un Nivel Alto y Medianamente Alto acerca de la Competencia del Lic. en T.O. en el área. (Tabla nº 21, gráfico nº 15)
- ✓ Los médicos cuya especialidad es Terapia Intensiva y Clínica Médica poseen un Nivel Alto de Conocimiento en relación a la Competencia del Lic. en T.O. en el área; los de la especialidad de Cardiología demostraron un Nivel de Conocimiento Medianamente Alto; los Cirujanos y Anestesiólogos se concentraron en un Nivel Medio de Conocimiento. (Tabla nº 22)
- ✓ Los resultados demuestran una relación directa entre la Antigüedad de ejercicio de los médicos y el Nivel Alto de Conocimiento de la Competencia del Lic. en T.O. en el área, ya que aquellos que poseen de 1 a 10 años de antigüedad alcanzan un Nivel Medianamente Alto y los de 11 a 20 años y 21 a 30 años cuentan con un Nivel Alto de Conocimiento. (Tabla nº 23)

- ✓ Teniendo en cuenta los cargos en el área, los Jefes de Servicio, Concurrentes y los que pertenecen a Planta Permanente poseen un Nivel Alto de Conocimiento de la Competencia del Lic. en T.O. en el área, los médicos Jefes de Sala cuentan con un Nivel de Conocimiento Medio y Medianamente Alto y los Residentes en su mayoría alcanzaron un Nivel de Conocimiento Medianamente Bajo. (Tabla nº 24)
- ✓ El Nivel de Conocimiento acerca de la Competencia del Lic. en T.O. en el área aumenta en relación a la presencia de un T.O. en Terapia Intensiva, debido a que poseen un Nivel Alto de Conocimiento aquellos que determinaron la presencia Actual y Anterior de un T.O. en U.T.I. Aquellos que contestaron que Nunca hubo un T.O. en U.T.I. poseen un Nivel de Conocimiento Medianamente Alto. (Tabla nº 25)

Con respecto al Aspecto Cognoscitivo correspondiente a la Competencia del Lic. en T.O. en U.T.I., los médicos encuestados poseen un Alto Nivel de Conocimiento. (Tabla nº 20, gráf. nº 14) Es de destacar que, en relación a la cantidad de materias del plan de estudios del Lic. en T.O., la mayoría optó por la opción errónea de 21 a 31 materias siendo que la respuesta a seleccionar era de 32 a 42 materias, debido a que los mismos comparaban con el plan de estudio de la carrera de medicina, suponiendo que el plan de Licenciatura en Terapia Ocupacional posee menor cantidad de asignaturas. (Tabla nº 11)

Existen diferencias porcentuales entre las funciones del T.O. en U.T.I. señaladas por los encuestados (Tabla nº 13, gráf. nº 7) y las justificaciones dadas por los mismos en relación a la importancia del T.O. en el área, las cuales fueron analizadas en forma cualitativa:

- ✓ Una gran mayoría señaló Recuperar, Desarrollar y Mantener la funcionalidad del paciente, aunque solo una minoría fundamentó la importancia del T.O. en el área para recuperar las capacidades y funcionalidad de los pacientes.
- ✓ Una importante cantidad de encuestados optó por Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia, aunque muy pocos de ellos fundamentaron la importancia del T.O. para motivar a los pacientes.
- ✓ Un número importante de encuestados consideró la opción Prevenir complicaciones secundarias a la patología primaria, aunque se observó que solo una minoría justificó la importancia del T.O. en el área para prevenir secuelas secundarias especialmente en pacientes neurológicos con déficit motor o cognitivo.
- ✓ La mayoría de los médicos destacó la función Educar e informar al paciente su familia y equipo de profesionales, mientras que solo una minoría nombró a la familia al fundamentar la importancia del T.O. en el área debido a la atención integral que ofrece al paciente desde lo físico, psicológico, familiar y social.

Es relevante que solo una minoría incluya a lo familiar en el tratamiento del paciente crítico siendo que este tema se transforma en gran medida en un problema complejo de abordar por parte de todos los profesionales del área, quienes aceptan la realidad de que exista escasez de tiempo y recursos en la misma para poder brindar la contención requerida por la familia en función de facilitar la comprensión de hechos y la toma de decisiones, en su situación de desorganización al poseer internado a uno de sus miembros.

En relación a los conocimientos adquiridos durante la formación del T.O., los médicos consideraron en mayor proporción los de Neuroanatomía- Fisiología y Biomecánica, seguidos por los de Metodología en T.O., siendo menormente destacados los de Antropología. Existe un reconocimiento por parte de los médicos encuestados de los Conocimientos de Metodología en Investigación a pesar de que ninguno ha realizado trabajos de investigación compartidos con Terapia Ocupacional. (Tabla nº 12, gráf. nº 6)

De acuerdo al Aspecto Procedimental de la Competencia del Lic. en T.O. en U.T.I., los médicos encuestados poseen un Alto Nivel de Conocimiento. (Tabla nº 20, gráf. nº 14) En relación a las acciones del T.O. en el área una mayoría de la muestra optó solo por Entrevista a familiares – amigos / Evaluación del paciente, registrándose una disminución de los que optaron por las acciones restantes. Cabe resaltar esta desproporción entre los que consideran únicamente la acción Entrevista y Evaluación del paciente por parte del profesional de T.O. desconociendo que el abordaje de este profesional responde a un proceso terapéutico conformado por elementos íntimamente relacionados. Se detectó en la población una confusión entre el Alta de T.O y el Alta definitiva de Terapia Intensiva. (Tabla nº 14, gráf. nº 8)

En lo que respecta a las prácticas del T.O. en el área, los médicos consideraron en primer lugar a la Aplicación selectiva de actividades motoras siendo la menos reconocida la de Diseño, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental. (Tabla nº 15, gráf. nº 9)

Teniendo en cuenta el Aspecto Actitudinal los profesionales encuestados poseen un Nivel Alto de Conocimiento. (Tabla nº 20, gráf. nº 14) Las actitudes más

claramente reconocidas por ellos fueron, Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente y Capacidad para trabajar en equipo, siendo menormente reconocida la Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico. En relación a la actitud Compromiso para actualizar sus conocimientos resulta interesante el hecho de que haya sido destacada por parte de la muestra a pesar de que solo una minoría accedió al conocimiento de T.O. por medio de participaciones conjuntas en eventos de formación.

En cuanto a la actitud menos considerada por la población de estudio: Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico, cabe destacar que aquí se detectó un desconocimiento por parte de los encuestados del concepto Disociación Instrumental, requiriendo los mismos en la mayoría de los casos, una explicación más detallada en el momento de administrar dicha pregunta, lo cual favoreció en algunos de ellos contestar afirmativamente y en otros generó reacciones de molestia por haber utilizado en el instrumento de recolección de datos una jerga no reconocida como propia. El hecho de enfrentarnos con esta situación nos permite ampliar este concepto al realizar una devolución a la población. (Tabla nº 16, gráf. nº 10)

En lo referente a la necesidad de Inclusión del Lic. en T.O. en U.T.I. de asistencia a pacientes adultos, se observó que (n:38) de los médicos consideran Importante a la misma. (Tabla nº 17, gráf. nº 11) De acuerdo al análisis cualitativo de las opiniones fundamentadas por la muestra en relación a dicho tema se registró que:

- ✓ (21,05%) de la misma justificó su elección afirmando que dicho profesional realiza una atención integral del paciente desde lo físico, psicológico, familiar y social.

Esto nos permite interpretar que se valora el aporte de T.O. por parte de dicha población, a pesar de que existe una escasez de los mismos integrados al área y de que en nuestro país al paciente que presenta las características propias de permanecer internado en una U.T.I se lo aborda desde un enfoque principalmente clínico, descuidando el enfoque holístico del hombre.

- ✓ A su vez, un (18,42%) fundamentó la inclusión del T.O. al área en función de prevenir secuelas secundarias, especialmente en aquellos pacientes neurológicos con déficit motor o cognitivo y (n:1) justificó su importancia en la atención de pacientes politraumatizados y crónicos.

Es notorio el hecho de que al T.O. se lo identifica claramente con ciertas patologías, en especial de tipo neurológico, siendo más usual asociarlo a un tipo de patología específica que al hecho de destacar el estado y las necesidades que presentan la gran mayoría de los pacientes internados en dicha área.

- ✓ El (15,78%) de los encuestados determinó que al incluir un T.O. al área se lograría un complemento del tratamiento médico dentro de un enfoque interdisciplinario.

Este pensamiento nos lleva, a su vez, a retomar conceptos anteriormente considerados en relación a que el abordaje del paciente crítico no consiste sólo en una serie de técnicas restauradoras, sino en la responsabilidad de todos los profesionales que intervienen en la asistencia del mismo, hecho que de no asumirse

favorece a un deterioro del paciente, pudiendo desencadenar en una situación extrema de asistencia total.

- ✓ El (13,15%) de los encuestados hizo hincapié en la formación, conocimiento y uso de actividades exclusivas de T.O. para motivar a los pacientes.
- ✓ Un (13,15%) determinó que el T.O. favorece en los pacientes el logro de una rehabilitación e inserción laboral y social.
- ✓ El (5,26%) resaltó la importancia del T.O. para la recuperación de las capacidades y funcionalidad de los pacientes en general.
- ✓ Del total de(n:38), (n:4) no fundamentó la respuesta.

Los encuestados (n:5) que consideraron Medianamente importante la inclusión del T.O. al área de Terapia Intensiva (Tabla nº 17, gráf. nº 11), ofrecieron explicaciones particulares en relación con el tipo de pacientes que frecuentemente se atienden en esas instituciones de acuerdo con patologías específicas, edad avanzada, gravedad del cuadro o escaso tiempo de internación, además de características propias de dichas instituciones como limitados recursos económicos para integrar a otro profesional al área.

Los médicos que señalaron como No Importante la Inclusión de un T.O. al área (Tabla nº 17, gráf. nº 11) justificaron su respuesta considerando no prioritario el tratamiento de T.O. en Terapia Intensiva en relación a otras disciplinas, afirmando que esto es debido al riesgo vital de los pacientes que se atienden en el área crítica.

(n:1) no contestó la pregunta. (Tabla nº 17, gráf. nº 11)

De acuerdo con el objetivo específico de establecer la necesidad de inclusión de T.O. al área de Terapia Intensiva en los Centros Asistenciales de la ciudad de Mar del Plata intervinientes en nuestro trabajo de investigación, se pudo detectar que en dos de los mismos existe demanda de inclusión de un T.O., esto se refleja en el discurso de los profesionales médicos que conforman el equipo de cada una de las U. T. I., los cuales fundamentaron esta posibilidad de acuerdo a una necesidad que responde al tipo de U.T.I, metodología de trabajo, recursos con los que cuenta la institución y modalidad de abordaje que desean ofrecer a los pacientes.

En relación a los medios por los cuales los médicos accedieron al conocimiento de T.O.: (Tabla nº 18, gráf. nº 12)

- ✓ La mayoría de los encuestados determinó : - Por compartir el ámbito laboral con T.O. en Terapia Intensiva y en otras áreas.
- ✓ En un segundo lugar señalaron: -A través de textos/ publicaciones nacionales y extranjeras.
- ✓ Una minoría accedió al conocimiento: -A través de participaciones conjuntas en eventos de formación.
- ✓ Ninguno de ellos lo hizo por: - Trabajos de investigación compartidos con T.O.

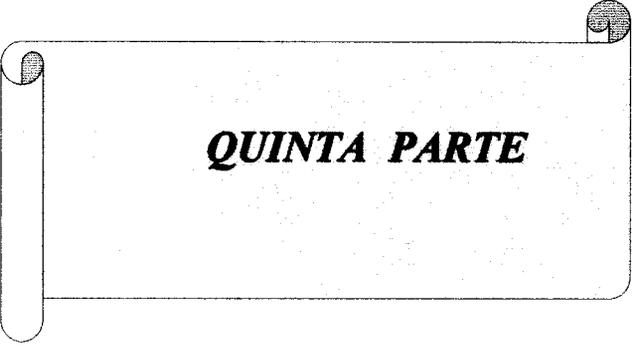
Basándonos en la investigación realizada por Deitch, Gutman y Factor, estos medios corresponden a lo que ellos denominan vía formal de acceso al conocimiento.

- ✓ (n:11) marcó la opción Otros, de los cuales (n:7) fundamentó de manera muy variada: contar con referencias de pacientes que habían recibido tratamiento

de T.O.; haber sido profesor de la carrera de T.O. en la UNMDP; conocer a un estudiante de T.O. o T.O.; haber sido paciente de T.O.; conocer el trabajo de T.O. en el área de geriatría y por comentarios de dicha profesión.

Retomando conceptos de la investigación nombrada, estas últimas corresponden a la vía informal de acceso al conocimiento. En relación a este punto, a diferencia de la investigación realizada por estos autores, los médicos pertenecientes a la población de nuestro estudio obtuvieron sus conocimientos acerca de T.O. por vía principalmente formal.

Se pudo detectar que un número importante de encuestados posee interés por recibir información de T.O. en T.I. : - Por medio de textos/publicaciones; y una minoría optó: - Por vía Internet y Reuniones u otros eventos. (Tabla nº 19, gráf. nº 13)



QUINTA PARTE

5. CONCLUSION

Explorar el nivel de Conocimiento de la población de estudio acerca de la Competencia del Lic. en T.O. en Terapia Intensiva es, a nuestro entender, la base necesaria para establecer un análisis más profundo en relación a la necesidad de inclusión y demanda de la profesión de T.O. en dicha área.

Al iniciarse esta investigación se expresó una suposición acerca de que dicha población poseía un desconocimiento en relación a las intervenciones del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva debido a la inexistencia de nombramiento y participación del mismo como miembro requerido dentro de los Recursos Humanos en Programas de Salud que organizan y normatizan el área actualmente en nuestro país y, a su vez, debido a la escasez de los mismos integrados a equipos de profesionales en Terapia Intensiva tanto en Mar del Plata como en el resto del país, a pesar de que este posee incumbencias que resultan acordes con el cuidado óptimo y permanente de los pacientes en extrema gravedad desde un enfoque holístico de atención que comprende al paciente como un todo, más allá del mero hecho de curarlo.

Una vez llevada a cabo la encuesta y caracterizada la muestra, se detectó que la misma posee un Nivel de Conocimiento Alto y Medianamente Alto, con una leve diferencia entre ambos, acerca de la Competencia del Lic. en T.O. en el área de Terapia Intensiva.

Dada la importancia del reconocimiento de las funciones e incumbencias del profesional de T.O. por parte de los médicos, de quienes legalmente se requiere

una derivación previa a la prestación de servicios y, de acuerdo con los niveles de conocimiento hallados en esta población que demuestran que el gran obstáculo correspondiente al desconocimiento no se presenta como la principal causa de esta realidad, nos permitimos ampliar las deducciones en relación a los posibles factores que influyen y favorecen la ausencia de Terapistas Ocupacionales desempeñándose en el área:

- ✓ Se observa que un número importante de encuestados posee una consideración no equitativa en relación a los profesionales que conforman el equipo de salud.
- ✓ El reconocimiento de los elementos que constituyen el proceso terapéutico y de las prácticas correspondientes al profesional de T.O. en el área no es ecuánime.
- ✓ La mayor parte de la muestra de estudio no conoce la totalidad de las funciones y los conocimientos del profesional de T.O.
- ✓ Existe un reconocimiento limitado acerca del tipo de pacientes que aborda el T.O.
- ✓ Se deduce una escasez de participación por parte del profesional de T.O. en eventos de formación y trabajos de investigación en el área.
- ✓ Surge del discurso de los médicos encuestados pertenecientes a Instituciones Privadas una escasa difusión del rol del T.O. en esta área específica.
- ✓ La realidad económica actual de muchas de las instituciones incluidas en este estudio no posibilita la integración de nuevos profesionales, a pesar de ser considerados necesarios.

Creemos haber avanzado un paso al detectar en la población de estudio un Alto Nivel de Conocimiento acerca de la Competencia del Licenciado en T.O. en el área, sin embargo no nos satisface únicamente lo que ellos piensan y expresan, es a su vez importante reconocer que no siempre se logra transmitir desde la profesión el propósito y fundamento científico que la sustenta en forma clara por todas las vías posibles de comunicación. En función de colaborar con esto planteamos:

- ✓ Difundir este trabajo de investigación en la población de médicos que colaboraron con el mismo, de estudiantes de Terapia Ocupacional y de profesionales de T.O., favoreciendo la ampliación del conocimiento del tema específico que aborda.
- ✓ Promocionar el rol de T.O. en Terapia Intensiva teniendo mayormente en cuenta llevarlo a cabo en Instituciones Privadas y dirigirlo a Médicos con menos años de antigüedad en el área, ya que en estos casos se detectó un menor Nivel de Conocimiento.
- ✓ Presentar proyectos de trabajo en el sector privado teniendo presente que existe demanda, interés y valorización del aporte que realiza el T.O. en Terapia Intensiva, lo cual beneficia a la profesión y favorece la calidad de atención de los pacientes del área.
- ✓ Gestionar para que en la próxima propuesta normativa del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se incluyan las incumbencias del profesional de T.O. en el área de Terapia Intensiva de asistencia a pacientes adultos.
- ✓ Continuar investigando factores que entorpecen el crecimiento de la profesión de Terapia Ocupacional para poder realizar modificaciones puntuales, enriqueciendo el conocimiento en beneficio de la misma.



SEXTA PARTE

6. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ✓ ALBANO, M.B.; MARCILI, M. C.; VAZQUEZ, M.L.: " *Terapia Ocupacional Neonatal*". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. (s.e.). 1998.
- ✓ ANJOS FURTADO, ELIANA: "*Percepcao acerca de Terapia Ocupacional.*" En: Revista de Terapia Ocupacional. Vol. 2. N° 1. 1991.
- ✓ AUSSIERE, M; JANNARIZ, M; SCHUTZ, J.: "*Terapia Ocupacional en atención de pacientes agudos*". Tesis de Grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. UAI. Buenos Aires. 1999.
- ✓ BIANCANI, A; LOSADA, M. "*Práctica privada en Terapia Ocupacional*". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. 2000.
- ✓ BECCE, HERMINIA E; DI SANTO, MARIA G.: "*Adquisición de las A.V.D de cuidado personal en niños pertenecientes a población con necesidades básicas insatisfechas*". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social . UNMdP. (s.e). 1998.
- ✓ BELTRAN, M. ELENA; MORTOLA, ADRIANA: "*Consideraciones acerca del rol del Lic. en T.O.*" Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP [s. e.]1999.
- ✓ CACACE, M. S; ROSSI, V; TIRIBELLI, A.M.: "*La Terapia Ocupacional en el ámbito Jurídico- Laboral*" Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. [s.e.]. 1995.
- ✓ CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Occupational Therapy Guidelines for Client-centred practice. Toronto. Canadá. 1991.
- ✓ CUNIETTI, S.; LAURENTIS, C.; PERNICE, M.: "*Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer*". Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMdP. Mar del Plata. 1993.

- ✓ DEITCH; GUTMAN; FACTOR: "*Medical Residents' Education About Occupational Therapy: Implications for Referrals*". En: Revista A.J.O.T. Vol. 48. Nº 11. Nov/Dec 1994
- ✓ DI CLEMENTE, L.: "*Evaluación del desempeño en el proceso de formación profesional de oficios*". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio social. UNMdP. [s.e.]. 1999.
- ✓ DONATI, S. ; SCHMIDT, Y. "*Terapia Ocupacional en Pacientes Oncohematológicos Pediátricos en situación de Internación*". Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio social. UNMdP. [s. e.] 2000.
- ✓ EMERY, E.R.; YATES, A.K.; MOORHEAD, P.: Técnicas de Terapia Intensiva. Manual de Procedimientos. Editorial El Ateneo S.A. 1ªEdición. España. 1981.
- ✓ FLORIAN, V. & SACKS, D.: "*Resources for patient referral to Occupational Therapy Units by health care professionals*". En: Journal of Allied Health. 1985.
- ✓ GREENBLATT, S. L.: "*Training ophthalmology residents to treat patients with vision loss.*" En: Ophthalmology. Nº 97, págs.138-143. 1985. (Citado por Deitch, Gutman y Factor: "*Medical Residents' Education About Occupational Therapy: Implications for Referrals*". En: Revista A.J.O.T. Vol. 48. Nº 11. Nov/Dec 1994.)
- ✓ GHERARDI, C.; BIANCOLINI, C Y OTROS. Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: "*Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico.*" En : Terapia Intensiva. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Bs. As. Argentina. 1995.
- ✓ HEIM, M.; PEREZ, M.; Roca, M.G.: "*Aportes al futuro graduado de los docentes no Terapistas Ocupacionales que ejercen en la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.1997.*" Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. [s.e.].1997.

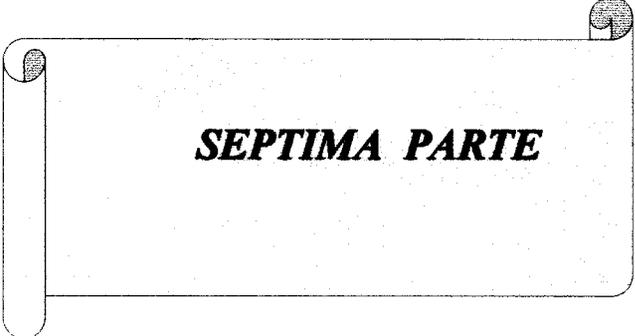
- ✓ http://www.hespanol.com/Especialidades/Terapia_Intensiva/body_terapia_intensiva.html
- ✓ KIELHOFNER, G.: A model of human occupation theory and application. Ed. Williams y Wilkins.USA. 2º Edición. 1995.
- ✓ KOTTKE, F; AMATE, E.: Adelantos clínicos en medicina física y rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica 533. Washington. D.C. 1994.
- ✓ KOTTKE, F; LEHMANN, J.: Krusen Medicina Física y Rehabilitación. Editorial Médica Panamericana S.A. 4ª Edición. España. 1993.
- ✓ LAWIN, P.: Cuidados Intensivos Ed. Salvat Editores S.A. 1ª edición. España. 1973.
- ✓ LOVIESO, C.: Medicina Intensiva. Editorial Librería El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. 1984.
- ✓ MEREGA, H.: Cien respuestas sobre la transformación educativa. Entrevista a Inés Aguerro. Editorial Santillana S.A. Buenos Aires. Argentina. 1995.
- ✓ MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA. *"Incumbencias profesionales correspondientes al Título de Lic. en T.O."* Resolución 147. Folios 197-8-9-200-1. UNMdP. Año 1989.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. SECRETARIA DE SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA: *"Normas de clasificación y categorización del área de Terapia Intensiva."* Decreto no.1269. Resolución 703/93. Argentina. 1992.
- ✓ MODULO 0. LEY FEDERAL DE EDUCACION: Ley de educación de la Provincia de Buenos Aires y Contenidos Básicos Comunes. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. La Plata. Enero de 1995.
- ✓ NICHOLS, P.J. R.: Rehabilitación en Medicina. Tratamiento de la Incapacidad Física. Editorial Salvat S.A. Versión Española. Barcelona. 1984.

- ✓ O.P.S. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA O.M.S: Unidades de Cuidado Intensivo para la América Latina hacia la atención progresiva del paciente. Publicación Científica nº 264. Washington D.C. E.U.A. 1973.
- ✓ PEDRETTI, L.: Practice skills for phisical dysfunction. Editorial Mosby. 4º Edición. Mist. Louis. Missouri. 1996.
- ✓ Perfil Profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional: Anexo 1. Disposición de Dirección Nº 028/87. UNMdP. Año 1987.
- ✓ PINEDA, E.B.; DE ALVARADO, E.L.; DE CANALES, F.H.: Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de personal de salud. Editorial Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud nº35. O.P.S./O.M.S. 2ª Edición. Washington D.C. 1994.
- ✓ POLIT; HUNGLER: Investigación científica en Ciencias de la Salud. 5ª Edición. Editorial Mc Graw – Hill. Interamericana. México. D.F. 1997.
- ✓ PROHASA (PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA Y SISTEMAS DE SALUD).-PROGRAMA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD. O.P.S/ O.M.S. "*Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios*". Washington. D.C . 1989.
- ✓ RIPPE, J; Csete, M.E.: Manual de Cuidados Intensivos. Editorial Salvat. Versión Española. Barcelona. España. 1988.
- ✓ REED, K; SANDERSON, S: Concepts of Occupational Therapy. Williams & Wilkins. 3ª edición. Maryland. 1992.
- ✓ SIERRA BRAVO, R.: Tesis doctorales y trabajos de investigación científica. Metodología de su elaboración y documentación. Editorial Paraninfo. 4ª Edición. Madrid. España. 1996.
- ✓ SKILLMAN, J.: Cuidados Intensivos. Editorial Salvat S.A.. Versión Española. Barcelona. 1979.
- ✓ SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (S.A.T.I.): "*Carta de derechos y obligaciones de pacientes y equipo de Salud*" Personería Jurídica no.2481. Año 1998.

- ✓ SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (S.A.T.I.): Terapia Intensiva Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Bs. As. Argentina. 1995.
- ✓ SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (S.A.T.I.): Terapia Intensiva. Tomo 2. "Reflexiones sobre la tarea en la sala de cuidados críticos". Bs.As. Argentina .1992.
- ✓ TORRES SANTOME, JURJO: Globalización e interdisciplinariedad: el curriculum integrado. Editorial Morata. S.L. España. Año 1997.
- ✓ TROMBLY, C.A.: Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones Científicas La prensa médica mexicana. S.A. de C.V. 1ª Edición. México. 1991.
- ✓ WILLARD; SPACKMAN: Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. 8ª Edición. España. 1998.

6. 1. Fuente de Información Secundaria

- ✓ EXPOSICION A CARGO DE LA LIC. EN T.O. GRACIELA BACIGALUPO: "Inserción de la *Terapia Ocupacional en Terapia Intensiva*". Semana de la Terapia Ocupacional. UNMDP. 1999



SEPTIMA PARTE

7. ANEXO

7. 1. Cuestionario

“Conocimiento sobre el profesional de Terapia Ocupacional en el área de Terapia Intensiva”.

Dirigido a médicos terapeutas intensivos que se desempeñan en Unidades de Terapia Intensiva (U.T.I) de asistencia a pacientes adultos en Centros Asistenciales de la ciudad de Mar del Plata. En caso de reunir esta condición, se les solicita la colaboración para contribuir mediante las respuestas del cuestionario a la realización de nuestra tesis de grado correspondiente a la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2001.

Marque con una cruz en los casilleros las opciones correctas y complete los espacios vacíos según corresponda.

1) Nombre de la institución a la cual Ud. pertenece: _____

2) Sexo:

- 1) - Femenino
 2) - Masculino

3) Edad: _____

4) Especialidad: _____

5) ¿Qué cargo posee Ud. en el área?

- 1) - Jefe de: 1) - Servicio
 2) - Sala
- 2) - Planta permanente
 3) - Residente
 4) - Concurrente

6) ¿Qué antigüedad posee ejerciendo como profesional en el área ? _____

7) En la U.T.I. a la cual Ud. pertenece:

7.1) En relación al equipo de salud: ¿Se trabaja en equipo?

- 1) - NO
 2) - Sí ¿Con qué profesionales? _____

7.2) En relación a Terapia Ocupacional:

- 1) Actualmente se desempeña un Terapeuta Ocupacional
- 2) Anteriormente se desempeñó un Terapeuta Ocupacional
- 3) Nunca se desempeñó un Terapeuta Ocupacional

8) De acuerdo a la formación del Terapeuta Ocupacional (T.O.):

8-1) Ud. lo considera como:

- 1) - Auxiliar
- 2) - Profesional de la Salud
- 3) - Técnico
- 4) - Paramédico

8-2) El Nivel Académico es:

- 1) - De Post-grado
- 2) - Universitario
- 3) - Terciario no Universitario

8-3) La duración del programa de estudios es de:

- 1) - 1 a 3 años
- 2) - 4 años
- 3) - 5 años

8-4) La cantidad de materias del programa de estudios abarca:

- 1) - de 10 a 20
- 2) - de 21 a 31
- 3) - de 32 a 42

Aclaración: desde pregunta 8-5) a 12) inclusive las opciones no son excluyentes

8-5) Conocimientos adquiridos:

- 1) - De Areas de Medicina Clínica
- 2) - De Neuroanatomía- Fisiología- Biomecánica
- 3) - De Metodología en T.O.
- 4)- De Metodología en Investigación
- 5) - Del Comportamiento
- 6) - Del Desempeño Ocupacional
- 7) - De Sociología
- 8) - De Antropología

9) La/s función/es del graduado en T.O. en el área son:

- 1) - Motivar y brindar contención emocional al paciente y familia.
- 2) - Desarrollar la funcionalidad del paciente
- 3) - Mantener la funcionalidad del paciente.
- 4) - Educar e informar al paciente, su familia y equipo de profesionales.
- 5) - Prevenir complicaciones secundarias de la patología primaria.
- 6) - Recuperar la funcionalidad del paciente

10) ¿Cuál/es de las siguientes acciones considera Ud. que el T.O. realiza para proceder en el área?

- 1) - Entrevista a familiares – amigos / Evaluación del paciente
- 2) - Planeación de un Programa de Tratamiento
- 3) - Intervención de acuerdo a objetivos planificados
- 4) - Reevaluación
- 5) - Alta de Terapia Ocupacional

11) ¿Qué prácticas considera Ud. que el T.O. realiza?

- 1) Análisis e iniciación del entrenamiento en ocupaciones de mantenimiento personal (actividades simples de lavado de la cara, cuidado bucal, alimentación y comunicación).
- 2) Análisis y administración de ocupaciones recreacionales (uso de actividades lúdicas).
- 3) Diseño, elaboración y entrenamiento de equipo ortésico.
- 4) Diseño, elaboración, entrenamiento y adaptación de equipo personal y ambiental.
- 5) Aplicación selectiva de actividades sensoriales (aplicación gradual de estímulos).
- 6) Aplicación selectiva de actividades motoras (programas de arco de movimiento pasivo, activo, activo asistido; programas de control postural, de fuerza muscular, de coordinación).
- 7) Aplicación selectiva de actividades cognitivas (técnicas de orientación a la realidad, juegos cognitivos).
- 8) Aplicación selectiva de actividades psicosociales (intrapersonales e interpersonales).

12) ¿Qué actitud/es Ud. considera que el T.O. posee al desempeñarse en el área?

- 1) Capacidad para implementar la disociación instrumental en el vínculo terapéutico
- 2) Creatividad ante las necesidades y posibilidades del paciente
- 3) Capacidad para trabajar en equipo
- 4) Compromiso para actualizar sus conocimientos
- 5) Capacidad para priorizar las evaluaciones y tratamientos
- 6) Flexibilidad y adaptabilidad ante las exigencias del área
- 7) Interés por participar en eventos de especialización en el área

13) ¿Cómo considera Ud. la inclusión de un T.O. en el área?

- 1) Importante.
 2) Medianamente importante.
 3) No importante.

-¿Por qué? _____

14) ¿Cómo obtuvo conocimiento acerca de la Terapia Ocupacional?

- 1) - A través de Textos/Publicaciones: 1) - Nacionales
 2) - Extranjeras
 2) - Por compartir el ámbito laboral con Terapia Ocupacional
 3) - Por participaciones conjuntas en cursos, congresos, jornadas de formación
 4) - Por trabajos de investigación conjuntos
 5) - Otros (especifique cuáles) _____

15) ¿ Es de su interés recibir información acerca del desempeño del T.O. en el área?

- 1) NO
 2) SI

16) En el caso de ser de su interés recibir información ¿ por qué medios prefiere recibirla?

- 1) Reuniones, Congresos, Jornadas, Cursos, Simposios.
 2) Vía Internet.(Especifique su dirección de correo electrónico)
 3) Textos/ Publicaciones.
 4) Otros (especifique cuáles) _____

Muchas gracias por completar el cuestionario.

FE DE ERRATAS:

Pág.58: En el punto 3.9 Muestra donde dice:...“se utilizaron para el estudio: 48 de los 60 médicos disponibles”...

Debe decir: ... “se utilizaron para el estudio: 46 de los 60 médicos disponibles”...

Pág.88: Donde dice: “ En las Instituciones Privadas se registró un Nivel de Conocimiento Medianamente Alto; en la de tipo Estatal un Nivel Alto y Medianamente Alto acerca de la competencia...”

Debe decir: “ En las Instituciones Privadas se registró un Nivel de Conocimiento Alto y Medianamente Alto; en la de tipo Estatal un Nivel Alto y Medianamente Bajo acerca de la competencia.....”

7. 2. Carta de Autorización

Mar del Plata, de mayo de 2001

Dr.

Director de / Jefe de docencia e investigación de....

Mediante la presente nos dirigimos a Ud. solicitando su autorización para llevar a cabo en esta Institución una investigación en la cual nos proponemos identificar el nivel de información que poseen los médicos terapistas intensivos que se desempeñan en unidades de terapia intensiva de asistencia a pacientes adultos en los centros asistenciales de la ciudad, acerca de las acciones del Licenciado en Terapia Ocupacional en dicha área.

El propósito de lo anteriormente planteado es poder realizar nuestra tesis de grado y colaborar de esta manera al desarrollo científico de nuestra profesión.

Extendemos a su vez el pedido solicitando se nos facilite el listado de médicos terapistas intensivos que se desempeñan en esta Institución, dato que nos permitirá conocer el total de médicos de dicha especialidad de la ciudad de Mar del Plata.

Adjuntamos a esta nota uno de los cuestionarios de carácter anónimo que, en caso de contar con su aprobación, realizaremos a los médicos terapistas intensivos comprometiéndonos a proceder de acuerdo a las condiciones que usted considere más oportunas para no entorpecer el buen funcionamiento del servicio.

Aprovechamos la oportunidad para saludarlo muy atentamente y agradecerle su colaboración.

Díaz, Mariana Inés

Matrícula 2860/94

León, María Daniela

Matrícula 2895/94

Estudiantes de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.