

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

Repositorio Kimelü

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

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1993

Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer

Cunietti, Silvia E.

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/974>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TESIS

UNA PROFUNDIZACION EN LA
NATURALEZA DE NUESTRO QUEHACER

Silvia E. Cunietti

Claudia M. De Laurentis

M. Valeria Pernice

Biblioteca C.E.C.S. y C.A.	
Inventario	Signatura
553	615-8 C.364
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

- AGRADECIMIENTOS:

- . Agradecemos especialmente al Señor Jorge Ungaro,
- . a la Terapista Ocupacional Claudia Miranda, asesora de nuestra tesis,
- . a la colaboración de:

Pablo

Gonzalo

Mariana

- INTRODUCCION

A través de prácticas que realizamos en distintos geriátricos de la ciudad de Mar del Plata durante las cursadas de las asignaturas Práctica Clínica I y Práctica Clínica II, fuimos observando que surgían diferentes dificultades en la comprensión de las funciones que desempeña el Terapeuta Ocupacional en las instituciones geriátricas, y que dichas funciones y los objetivos planteados en la praxis terapéutica no llegaban a ser conocidos en profundidad o en todos sus alcances.

Este cuestionamiento surge tanto de experiencias vivenciadas dentro del área, como mencionamos anteriormente, así como también de la realización de exploraciones no sistematizadas dirigidas a todas aquellas personas que trabajan en el área de la Gerontología.

Frente a esta situación, investigamos en forma sistematizada para obtener datos estadísticos, cuál es el conocimiento que se posee sobre las funciones que desempeña el Terapeuta Ocupacional en el área de la Gerontología, y en base a los resultados obtenidos, confeccionar una propuesta de difusión con el objetivo de promover los alcances que el Terapeuta Ocupacional posee en el área.

También creemos necesario explicar hacia quiénes dirigimos los objetivos de nuestra investigación y el propósito de los mismos:

- a los dueños de las instituciones geriátricas, ya que los mismos son los que contratan a los Terapeutas Ocupacionales para que realicen su labor, pues consideramos que en muchas oportunidades los objetivos de esa labor

terapéutica son condicionados por los objetivos empresariales.

- a los profesionales que junto a los Terapistas Ocupacionales conforman los equipos interdisciplinarios para atender la compleja problemática del geronte, ya que el conocimiento de las funciones que desempeñan cada uno de los integrantes del equipo sería un factor que favorecería el interaccionar de los mismos.

- al personal técnico que asiste al geronte, porque es éste el que está en contacto diario con el mismo y permanentemente puede relevar sus diversos requerimientos.

En conclusión, la pregunta central que dirigió nuestro trabajo de investigación fue la siguiente:

Cuál es el conocimiento que poseen sobre las funciones que desempeña el Terapeuta Ocupacional en el área de la Gerontología, los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios, el personal técnico que asiste al geronte y los dueños (sean éstos profesionales o no) de las instituciones geriátricas o de establecimientos donde concurren los gerontes para su atención ambulatoria o internación /

1.- GERONTOLOGIA

X 1.1- CONCEPTOS GENERALES

La Gerontología es el estudio del proceso de envejecimiento. El envejecimiento puede ser definido como aquellos cambios que el factor tiempo introduce en el ser vivo, éstos cambios afectarán a cada uno de los innumerables aspectos de la vida, por lo tanto la Gerontología estudiará al envejecimiento en su más amplio sentido, comprendiendo todas las muchas y variadas divisiones de las ciencias biológicas, psíquicas y sociales; es pues el estudio global de todo cuanto en multitud de aspectos corresponde al geronte.

En cuanto a la ubicación temporal del envejecimiento, existen diversas acepciones acerca del período de inicio del mismo. Algunos autores citan el comienzo de la vejez a los 65 años, otros alrededor de los 70 o 75 años, etc.

Adherimos a la postura que toma el envejecimiento como un cambio continuo, un cambio en función del tiempo que transcurre, sin establecer límites específicos, destacando su aspecto de desarrollo, de "proceso" de transición del ser humano hacia la vejez, centrando dicho proceso en interacciones de carácter psicológicas, biológicas y sociales.

Esto nos permite valorar cada proceso de envejecimiento como un proceso individual, respetando las características particulares y evitando las generalizaciones.

Para entender mejor éste enfoque Salvarezza (Psicogeriatra) explica lo siguiente:

X "El Psicoanálisis ha privilegiado el encuadre histórico individual; en este la historia es una explicación del presente por el pasado, más especialmente, del presente adulto por el pasado infantil." (1) X

Para poder explicar operativamente éste concepto el autor recurre a la formulación de las series complementarias que realizara Freud en 1916.

"En ellas hay tres series de causas que no actúan independientemente, sino que en realidad lo que actúa es la resultante de su interacción. Una primera serie está constituida por factores hereditarios y congénitos, entre los primeros están los transmitidos por la herencia, por los genes; y entre los segundos los que derivan del período intrauterino. Esta serie también se denomina componente constitucional. La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles que, como se comprenderá son de importancia fundamental porque ocurren en los primeros momentos de la formación de la persona. Los factores actuales o desencadenantes constituyen la tercera serie. Estos actúan sobre la disposición, sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie." (1)

X Es por ésto que consideramos al envejecimiento, no como un estado, sino como el resultado de un proceso que se fue desarrollando y conformando a lo largo de toda la vida, y que por lo tanto no será casual sino causal. X

X 1.2- MANIFESTACIONES CONDUCTUALES EN EL ENVEJECIMIENTO

Las conductas que surjan como resultado del proceso de envejecimiento, serán de naturaleza muy diversa en cada geronte, y se representarán y estarán integradas en un todo, y es así como las vamos a considerar, teniendo en cuenta que se manifestarán en forma preponderante según los casos en el área 1: psicológica, en el área 2: biológica y en el área 3: social, según el concepto de J. Bleger sobre áreas de la conducta. X |

Mencionaremos algunas conductas características del envejecimiento pertenecientes a cada área, sin ser el objetivo de nuestra investigación desarrollarlas exhaustivamente. // No debe darse por un hecho que todo ser que envejece presente en conjunto estas manifestaciones; pueden presentarse o no, y en todo caso a tiempos diferentes. // } de.

X 1.2.1- Manifestaciones psicológicas: N

El esquema de las series complementarias nos permite entender el desarrollo psicológico de los seres humanos, y en el caso específico que estamos tratando nos permitirá comprender las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de personalidad (constitucional+disposicional), entendida ésta como el conjunto de rasgos que permite el ajuste adecuado y específico del individuo al medio en situaciones diversas (el concepto abarca el conjunto de peculiaridades biológicas,

psicológicas y sociales).

La acción de los factores desencadenantes que incidan sobre la personalidad, tales como los biológicos y los sociales, pueden determinar en que momento se convertirán en traumáticos.

La reciprocidad en la actuación de unas series con otras, nos permite explicar tanto el desarrollo psicológico del geronte, como sus eventuales estructuraciones psicopatológicas. Para entender su funcionamiento hay que recurrir al principio de la proporcionalidad inversa, es decir, que una disposición "fuerte", estará en condiciones de absorber adecuadamente y sin mayor complicación reiteradas situaciones conflictivas (factores desencadenantes o actuales), en tanto que en disposiciones "débiles" o debilitadas por reiterados sufrimientos, factores actuales mínimos, pueden desencadenar catástrofes al constituirse en verdaderas situaciones traumáticas difíciles o imposibles de manejar.

Tenemos en cuenta además, que ante los cambios del envejecimiento que producen tensión, la persona tiene posibilidades de reaccionar con los mismos mecanismos defensivos que ha utilizado a lo largo de los años.

Una respuesta adaptativa ante éstos cambios, es la reminiscencia (acto o hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatarlas), considerado muchas veces como un síntoma de decadencia, aunque en realidad es una lucha por el mantenimiento de la autoestima y en definitiva por la conservación de la identidad. En cada individuo y en

diferentes grados, es un cambio específico del yo por adaptarse a la senectud, según los casos podrá o no ser considerado patológico.

Es fundamental para el "buen envejecimiento", mantener la autoestima y controlar la depresión ante las múltiples pérdidas a que el individuo se sentía creador y con fuerzas cuando no tenía que enfrentarse con la muerte como posibilidad inmediata. Por otra parte, se da el mecanismo de no solo recordar el pasado, sino además de idealizarlo para que sea más gratificador aún. De ésta forma también se logra disminuir la envidia y la agresividad que deben por lo general reprimirse ya que son socialmente inaceptables y provocan como consecuencia angustia.

Otro mecanismo defensivo que se observa con mayor incidencia, es la regresión. La regresión es un movimiento defensivo del yo cuando se presenta una situación de tensión y de conflictividad, el individuo puede dejar de lado parcialmente sus deseos y para evitar la angustia volver a etapas anteriores.

Por ejemplo, si el anciano se enfrenta con el deseo genital que le está vedado o que es arriesgado satisfacer, puede regresar a fases anales u orales; entonces se centrará en las funciones gastrointestinales y por lo tanto experimentará una gran preocupación por los alimentos y las heces.

En los gerontes la regresión está motivada porque el predominio de la fase genital desaparece, de tal modo, que no les queda otra salida que recuperar las fases anteriores de

de su libido.

Al igual que el proceso del envejecimiento, la regresión es paulatina, y el tipo y grado en que se presente, dependerá del estado anterior del individuo, de su madurez, de sus relaciones anteriores con los objetos y con su propio yo.

Por lo tanto en ésta etapa, vemos que el geronte responderá e intentará adaptarse a las nuevas y diversas situaciones de acuerdo a como lo haya realizado en su historia de vida, y es en éste proceso, cuando vemos que el carácter y los rasgos de carácter que conforman la personalidad se conservan y reaparecen continuamente.

1.2.2- Manifestaciones biológicas:

Las modificaciones de las células, tejidos, órganos y funciones, son las que hacen aparente el envejecimiento y dan lugar a los denominados atributos del envejecer. Estos no deben ser considerados patológicos, sino concomitantes con el envejecimiento.

Entre esos signos podemos citar: cambios de la piel que obedecen a modificaciones de la epidermis, dermis, contenido de agua y adiposidad subcutánea, lo que se traduce externamente en arrugas y en pigmentación senil. La piel del anciano es menos vascularizada, de modo que la cicatrización es más lenta.

Las modificaciones en la piel repercuten en los anexos de la misma, como son el pelo (calvicié, canicie) y las uñas.

En cuanto a los sentidos, la vista pierde agudeza, el

anciano necesita más iluminación para ver, su foco tiene menos capacidad de acomodación, así como también disminuye la capacidad de amoldarse a los cambios entre luz y oscuridad, pueden producirse alteraciones en relación a la apreciación de los colores.

La audición se pierde con frecuencia, esto se debe a la rigidez de la membrana basilar, la atrofia y la desaparición de las células ciliares del órgano de Corti.

Se ha comprobado que después de los 75 años de edad, la lengua ha perdido hasta el 80% de unidades gustativas funcionales; esto trae consigo la disminución de la sensación gustativa y del placer de comer.

Las terminaciones y receptores nerviosos de la piel presentan cambios histológicos de extraordinaria complejidad, basta mencionar que a medida que se envejece dichas terminaciones disminuyen, lo cual muy posiblemente explique la reducción de la sensibilidad térmica y algésica de la piel vieja.

Los procesos cognitivos que sufren cambios y que se destacan con mayor frecuencia son: enlentecimiento en la asimilación de nuevos conocimientos, ni la imaginación, ni la abstracción, ni el poder de razonamiento se deterioran con la vejez, siempre que se mantenga el sistema nervioso sano, por lo tanto la inteligencia como tal no disminuye.

Se observa disminución de la capacidad de memorizar información a corto plazo, o de evocar hechos recientes, en cambio parece estar exagerada la evocación de acontecimientos remotos, también se observa disminución de la capacidad de

concentración, atención, etc., debido a la deficiente oxigenación del cerebro.)

En cuanto al sistema digestivo, las causas que generalmente producen alteraciones en el mismo son: disminución de las secreciones, disminución de la capacidad de absorción y defectuosos hábitos alimenticios.

En el sistema urinario, los riñones tienden a reducir su tamaño, la cantidad de nefrones útiles es menor por lo cual disminuye la función renal y la orina es menos concentrada, por tal razón el balance de los líquidos corporales se altera.

En el sistema circulatorio, el corazón siente el efecto de las modificaciones óseas, articulares y musculares de la cavidad torácica. El tamaño del corazón puede disminuir un poco a medida que la edad avanza, pero no queda excluida la posibilidad de hipertrofia ante los procesos patológicos. En la vejez el gasto cardíaco, aunque disminuido, es suficiente porque la atrofia de los tejidos, la disminución del metabolismo basal y la reducción del esfuerzo físico no generan grandes demandas del aporte de sangre.

Los vasos sanguíneos comienzan a disminuir su elasticidad, por lo que se reduce la velocidad de circulación y se presentan modificaciones en la tensión arterial.

En el sistema respiratorio, los cambios que acontecen en la caja torácica, en el corazón y en los vasos sanguíneos, repercuten en la estructura y función de los pulmones alterando la capacidad respiratoria.

El sistema esquelético sufre la constante pérdida de

sustancias óseas. La desmineralización propia de este proceso que no está relacionada con patología se llama osteoporosis primaria.

Las modificaciones óseas de la columna vertebral (vértebras y discos intervertebrales) y de las costillas, traen consigo aparte de la disminución de la estatura, cambios en la silueta de la persona originando posturas viciosas, cifosis, lordosis, etc.

La disminución de la fuerza y del trefismo muscular se acentúan con la edad, lo que trae aparejado síntomas de debilidad, fatiga y disminución de la resistencia.

Los reflejos lentos y poco intensos se traducen en baja capacidad de ejecución en cuanto a rapidez, aunque persista en algunos casos la precisión.

Se presenta también la declinación de la potencia sexual y reproductora, que ^{tiene} grandes repercusiones en la organización emocional y afectiva en la persona de edad.

1.2.3- Manifestaciones sociales:

El proceso de envejecimiento puede contemplarse como la historia de los roles cambiantes durante el curso de la vida.

Desde el punto de vista sociológico el apartamiento natural y normal de sus actividades laborales, puede significar para muchas personas el comienzo de su decadencia, si tenemos en cuenta que la jubilación tiene como características ser obligatoria, ser brusca y sin transición y que tiene como única causa la edad cronológica y no la

capacidad del individuo. Como consecuencia de la misma los ingresos insuficientes colocan al geronte en una situación de desventaja económica que le dificulta seguir viviendo en su medio, a menos que tenga otros ingresos.

La facilidad con que el anciano cae en situaciones de dependencia, sea de origen físico o psíquico, tiene consecuencias sociales y familiares muy importantes. El deseo de seguir siendo independiente para reafirmarse como individuo, se presenta con frecuencia; hay ancianos que en las peores condiciones económicas y físicas se niegan a recibir ayuda, porque eso les provoca sensación de dependencia y la consecuente desvalorización del mismo.

En ocasiones al geronte se le suma la pérdida de una vida autogobernada por el pasaje a otra vida distinta, su inclusión en residencias geriátricas.

En la antigüedad, el papel de los ancianos en tanto que poseedores y transmisores de experiencia y como consultores de la familia, les daba un rol dentro de la misma que les permitía mantener la autoestima, pero en la actualidad, la tendencia social a la disgregación de las grandes familias y el predominio de la familia nuclear, son factores que aumentan el sentimiento de desvalorización del geronte.

Otras conductas típicas del proceso del envejecimiento que repercuten en su relación con el medio que lo rodea son: el incremento de la preocupación por sí mismo, el decrecimiento del interés en su relación con los demás, la falta de comunicación con sus pares y la dificultad en la misma con otras generaciones.

Por lo tanto, las modificaciones biológicas, fisiológicas y los cambios sociales resultantes del proceso del envejecimiento, van a actuar como factores desencadenantes en esta etapa; y las reacciones que el geronte tenga ante dichos cambios tendrán que ver con la conformación de su personalidad (constitucional+disposicional), y es esto lo que va a determinar el envejecimiento particular de cada geronte.

(Es importante señalar la existencia de un envejecimiento normal que se refiere a cambios psíquicos, biológicos y sociales, relacionados con el tiempo de naturaleza no nociva, en contraste con cambios nocivos que presentan patologías).

1.3- CONCLUSION

Sabemos entonces que el geronte presenta una vasta y compleja problemática que se manifiesta en las áreas de la conducta; y si bien esas conductas que aparecen como resultado del proceso del envejecimiento pueden calificarse como pertenecientes a cada una de las mismas, tenemos que tener en cuenta: "la conducta siempre implica manifestaciones coexistentes en las tres áreas, es una manifestación unitaria del ser total, y no puede por lo tanto, aparecer ningún fenómeno en ninguna de las tres áreas sin que implique necesariamente a las otras dos, por lo tanto las tres áreas son siempre coexistentes." (2)

A partir de ésto y teniendo en cuenta como plantea Salvarezza que cada geronte "es el producto de sus propias series complementarias", tomaremos al mismo como una unidad biopsicosocial, en su totalidad, y desde un encuadre histórico individual.

Por lo tanto consideramos al igual que otros autores, que en la atención integral del geronte se requiere adoptar un criterio interdisciplinario para responder a la compleja problemática del mismo, y que a la vez ese accionar interdisciplinario tenga en cuenta las particulares necesidades de cada geronte.

2.- TERAPIA OCUPACIONAL EN GERONTOLOGIA

Para explicar cuáles son algunas de las funciones que conforman nuestro quehacer laboral en el área de la Gerontología, nos basamos en algunos conceptos del Modelo teórico del Terapeuta Ocupacional Gary Kielhofner: "Modelo de Ocupación Humana" y del Modelo del Terapeuta Ocupacional Reed Sanderson.

2.1- CONCEPTOS SOBRE LA OCUPACION HUMANA

Definiremos la ocupación como: "el uso del tiempo con propósito por los seres humanos para cumplir con sus impulsos internos de explorar y dominar el ambiente, que al mismo tiempo cumpla con los requerimientos del grupo social al cual pertenece y a la necesidad personal de autoafirmarse." (3).

Por lo tanto Terapia Ocupacional tiene por objeto de estudio a la ocupación humana, dirigida al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales del individuo con el fin de conducirlo a una adecuada interacción e integración social.

Las ocupaciones humanas se han dividido en tres:

- automantenimiento (conocidas como actividades de la vida diaria).
- productividad (trabajo).
- esparcimiento (tiempo libre).

- El área de ocupación de MANTENIMIENTO PERSONAL, comprende las actividades requeridas para mantener las necesidades vitales del individuo y las habilidades y

destrezas del individuo para ejecutar esas necesidades.

Aunque cada individuo tenga una combinación propia de necesidades de mantenimiento personal, hay áreas comunes que incluyen la alimentación, el vestido, higiene, movilidad, comunicación y resolución de problemas.

Estas necesidades deben ser ejecutadas; si el individuo no puede ejecutar las tareas necesarias para completar las actividades, otra persona debe ejecutar las mismas en parte o en su totalidad. Cuanta mayor asistencia necesita de otra persona para realizar dichas actividades, menor será la independencia que pueda lograr el individuo en el manejo de todas las funciones ocupacionales.

Además, el costo en términos de recursos de tiempo y dinero, será mayor para una persona dependiente que para una independiente.

- El área de PRODUCTIVIDAD, comprende las actividades que debe realizar una persona para proveer bienes y servicios para que otros utilicen o puedan obtener beneficios.

Las mismas implican habilidades laborales básicas que se manifestarán en distinta forma a lo largo de toda la vida.

Así en la niñez, productividad será el aprendizaje escolar; en la adultez será mantener un trabajo remunerado y en la vejez será mantener un trabajo voluntario o un trabajo de tiempo parcial. Conductas tales como ser puntual, seguir directivas, hacer uso de juicios, aplicar efectivamente habilidades para una actividad determinada, etc. forman parte de las habilidades laborales básicas.

- El área de ESPARCIMIENTO, comprende las actividades

que una persona realiza por regocijo personal. Es importante enfatizar, que las actividades de esparcimiento para una persona pueden ser productivas o de trabajo para otra.

Una ocupación particular puede ser analizada de acuerdo a los requerimientos para su ejecución en los componentes funcionales de habilidades o valores: motor, sensorial, cognitivo, intrapersonal e interpersonal.

Una HABILIDAD, está compuesta de conductas aprendidas las cuales se realizan para lograr una ocupación o parte de una ocupación. Un VALOR es una creencia de que algo es bueno o preferido, los valores interactúan para determinar que habilidades serán aprendidas y mantenidas.

- El componente MOTOR de ejecución comprende todo lo relacionado con el sistema neuromuscular esquelético, que es capaz de ejecutar las habilidades de los movimientos básicos que una persona necesita para completar los requerimientos de la ejecución.

- El componente SENSORIAL de ejecución, es el medio primario de obtener información del mundo externo. Los sentidos son capaces de funcionar separadamente, en combinación con otro y con el componente motor para permitir eficientemente la actividad corporal.

- El componente COGNITIVO de ejecución, permite a la persona atender una tarea en el tiempo suficiente, o lo contrario, aprender a ejecutarlo en el tiempo correcto, así como también resolver problemas que puedan surgir durante la ejecución de las mismas. Las destrezas de procesamiento

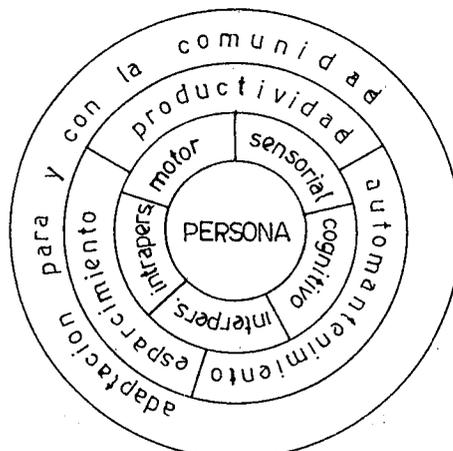
(atención, memoria, concentración, etc.) permiten a la persona recordar conocimientos y habilidades sobre un periodo corto o largo de tiempo.

- El componente INTERPERSONAL de ejecución, establece la habilidad de las personas para relacionarse con otras, ya sea en una situación de pares o grupo.

- El componente INTRAPERSONAL de ejecución, tiene que ver con las características de personalidad de cada individuo, y la consecuente modalidad particular de relacionarse con los objetos, de la utilización de los mecanismos de defensa, del control de sí mismo y del concepto de sí mismo en relación con el medio.

De acuerdo a los conceptos mencionados podemos decir, que la ocupación entendida como actividad, se basa en el supuesto que los seres humanos interactúan en el medio ambiente; dicha interacción realizada entonces por medio de las actividades ocupacionales, incluyen habilidades que realizadas eficientemente, influirán en la cantidad y calidad de adaptación y salud.

Por el contrario, la incapacidad para ejecutar los componentes de las habilidades o la carencia de capacidad para desempeñarse a un nivel esperado de competencia, puede tener un efecto negativo sobre la adaptación y la salud.



La ontogénesis de la ocupación ocurre durante toda la vida a través de una serie de experiencias formadas por elecciones internas y demandas y expectativas externas.

En la etapa de la vida que nos ocupa, la etapa de la ancianidad, los cambios y las conductas que aparecen o se modifican como resultado del proceso de envejecimiento, impactarán y se manifestarán de forma particular en la conducta ocupacional. Terapia Ocupacional, tendrá por lo tanto objetivos generales como: favorecer y mantener la salud del geronte; prevenir discapacidades; valorar, adecuar y/o desarrollar conductas socialmente aceptadas; recuperar y rehabilitar funciones psicofísicas desarrollando capacidades remanentes y/o potenciales; con el fin último y primordial de promover el rol activo del geronte en la sociedad, y a que éste reafirme posibilidades de realización personal, generando en base a esto proyectos vitales.

2.2- MEDIO TERAPEUTICO

Cuál es el medio que utiliza el Terapeuta Ocupacional para intentar concretar dichos propósitos?

El medio que utiliza es la ACTIVIDAD, reconocida como un organizador natural del comportamiento humano.

Para que la actividad pueda ser considerada un medio terapéutico, debe ser científicamente seleccionada, analizada y graduada, teniendo en cuenta los componentes motores, senso-perceptivos, cognitivos, intra e interpersonales necesarios para su ejecución de acuerdo a las posibilidades

del geronte.

El Análisis Ocupacional Clínico del Modelo de Ocupación Humana examina de que manera una ocupación puede permitir en los pacientes diferentes aprendizajes; exploratorio, de capacidad y de logros. De ésta forma se busca analizar previamente la actividad y luego adaptarla o modificarla para que responda a las necesidades planteadas en el proceso terapéutico seleccionado.

2.3- FUNCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN GERONTOLOGIA

Tomando como base esta serie de principios teóricos, mencionaremos algunas de las funciones que el Terapeuta Ocupacional desempeña en el área de la Gerontología.

- FUNCION PREVENTIVA:

Son las acciones graduadas y sistematizadas que el Terapeuta Ocupacional ejerce, participando en la elaboración, aplicación y evaluación de planes o programas de promoción de la salud en gerontes;

* realizando junto con otros profesionales cursos de preparación para la jubilación, que tienen el objetivo de neutralizar o por lo menos reducir el trauma que pueden sufrir los trabajadores al enfrentarse con los cambios socio-culturales que presupone el cambio de una vida protagonizada fundamentalmente a través de roles productivos remunerativos, a una vida pasiva laboralmente con numerosas modificaciones en los roles actuales.

Los programas intentan dar un sentido de satisfacción vital a los años venideros incluyendo temas como:

- . aspectos legales de la jubilación
- . presupuestos económicos de readaptación
- . alternativas para la vivienda
- . tiempo libre
- . posibilidades laborales después de jubilado
- . etc.

* orientando sobre indicaciones y contraindicaciones preventivas en la realización de las actividades de automantenimiento (actividades de la vida diaria) y actividades de tiempo libre (hobbies, recreación) para posibilitar la ejecución efectiva y adecuada de las mismas, haciendo uso del máximo de las capacidades potenciales del individuo y posibilitando también la prevención de accidentes dentro y fuera del hogar, así como también, evitando o disminuyendo la probabilidad de caídas.

* implementando junto con otros profesionales indicaciones y contraindicaciones acerca de la realización de diversas actividades corporales, orientando en la elección adecuada de las mismas, para que permitan fomentar la salud psicofísica y estimulen el bienestar general, mejorando la calidad de vida.

* planificando y coordinando grupos de orientación del tiempo

libre por medio de la interacción de grupos de pares y grupos intergeneracionales, con el objetivo de que el geronte pueda organizar y realizar actividades en su tiempo libre para estimular el regocijo personal, posibilitando su crecimiento psicofísico-espiritual a través de las capacidades creativas y expresivas, evitando de ésta manera el ocio y el sedentarismo.

* participando en la elaboración e implementación de programas de extensión universitaria para adultos mayores, basados en los principios de la educación permanente, actuando desde un rol protagónico no asistencial.

* participando en equipos interdisciplinarios en la elaboración, aplicación y evaluación de programas que planteen nuevas alternativas tanto en el área institucional como no institucional y que ayuden a la resolución de la problemática del geronte.

- FUNCION DIAGNOSTICA:

Son las acciones tendientes a obtener y relevar los signos y síntomas que presenta el geronte en las áreas de la conducta (biopsicosocial), lo que nos permite corroborar y ampliar los datos diagnósticos a través de:

* Observaciones clínicas: son las acciones que se realizan con el fin de registrar en forma no sistematizada los posibles cambios favorables o desfavorables que se producen durante la ejecución de las actividades individuales o

grupales que realizan los pacientes, tanto durante las sesiones programadas como en diferentes momentos del día.

* Entrevistas: es un instrumento de recolección de datos que permite obtener información acerca de lo que acontece al paciente e implica una relación bipersonal entre T.O - paciente, T.O - familiares del paciente, etc.

* Evaluación: es un proceso de recolección de datos, a través del cual podemos establecer la performance (nivel de desempeño, rendimiento) ocupacional de un individuo.

El proceso de evaluación incluye la recolección de datos del paciente, de informes médicos, de otros profesionales, de familiares, etc. Continúa con la administración de técnicas específicas para relevar sintomatología y concluye con el análisis de los resultados y la identificación de eventuales problemas.

La evaluación permite relevar sintomatología para realizar el futuro planteamiento terapéutico.

- FUNCION TERAPEUTICA:

Son acciones graduadas y sistematizadas dirigidas al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales psicofísicas del individuo, con el fin de conducirlo a una adecuada interacción e integración social, utilizando como medio terapéutico la actividad.

Dichas acciones permiten disminuir el desarrollo de la discapacidad o disfunción tal es el caso de recibir

tratamiento temprano en enfermedades, o por ejemplo cuando la discapacidad es irreversible, realizar tratamiento y proveer de dispositivos, adaptaciones o ayudas técnicas necesarias, etc.

Teniendo en cuenta la problemática propia del envejecimiento normal y/o patológico, las funciones dirigidas a la misma son las siguientes:

* desarrollar, mejorar y/o mantener las capacidades remanentes y/o potenciales:

. motoras (sistema neuromuscular esquelético: amplitud articular, fuerza muscular, tono muscular, reflejos, etc.)

. cognitivas (destrezas de procesamiento: memoria, atención, concentración, juicio, razonamiento, aprendizaje, capacidad de resolución de problemas, etc.)

. de comunicación-interacción (incluyen la habilidad de compartir y recibir información y coordinar la conducta propia con la de otros, de manera de alcanzar los objetivos y actividades mutuas)

. de hábitos y roles (favorecen el desarrollo efectivo de las actividades, posibilitando la realización de standards de desempeño adecuados a la edad)

Lo anteriormente detallado se llevará a cabo a través de técnicas y métodos específicos que posibiliten la implementación adecuada de las actividades seleccionadas, para la efectivización del proceso terapéutico requerido.

Se detallarán algunas de dichas acciones:

* realizar actividades corporales, en forma individual o

grupal, utilizando técnicas y métodos determinados en relación a los requerimientos del paciente para favorecer las capacidades motoras, fundamentalmente mejorando su calidad de vida, estimulando la realización eficiente de las actividades de la vida diaria dentro de las posibilidades del individuo.

* realizar actividades de taller en forma individual o grupal para posibilitar el tratamiento específico de patologías primarias o en el caso de existencia de secuelas irreversibles donde se observen diversos grados de disfunción o discapacidad.

* realizar actividades de estimulación cognitiva en forma individual o grupal, para favorecer las destrezas de procesamiento que incluyen las actividades dirigidas a manejar eventos o procesos en el ambiente, dentro del cual se encuentra la habilidad para resolver problemas y planificar.

* orientar el tiempo libre del geronte a través de actividades que se desarrollen en un marco recreativo terapéutico, dando indicaciones y contraindicaciones en la elección de actividades, estimulando las capacidades expresivas, creativas y productivas del geronte, así como también la utilización de destrezas previamente entrenadas en la terapia, con el fin de que los gerontes puedan realizar dichas actividades en sus tiempos libres, sin que sea necesaria la coordinación del Terapeuta Ocupacional.

* estimular la socialización e interacción social del geronte con sus pares, con sus familiares, con el personal de la institución y con personas que no pertenezcan a la misma.

* orientar a la familia a través de entrevistas periódicas, con el objetivo de indicar pautas de manejo del paciente, supervisar la realización del plan de actividades terapéuticas implementado, lograr la adaptación por parte de los familiares y del paciente al proceso de internación permanente o transitoria del geronte.

* participar en la formación y coordinación de grupos de autoayuda orientando tanto a los gerontes como a sus familiares, dando charlas, exposiciones e información acerca de la patología; indicaciones y contraindicaciones en las actividades de la vida diaria, actividades del hogar y del tiempo libre.

* prescribir y confeccionar equipamiento ortésico, de posicionamiento y de prevención de escaras y adiestrar en la utilización del mismo; participar en la evaluación de la pertinencia del equipamiento ortésico, protésico, posicionamiento y de prevención de escaras; asesorar al paciente, a los familiares, y al personal de la institución respecto de las características y formas de utilización.

- DOCENCIA:

Son las acciones dirigidas a:

* participar en la planificación, aplicación y evaluación de programas de formación para el personal que se desempeña en el área de la Gerontología (mucamas, asistentes geriátricas, etc.)

* realizar la planificación y aplicación de programas que permitan la formación teórica-práctica de alumnos que deban realizar su Práctica Clínica de la carrera de T.O y Licenciatura en T.O en el área.

* realizar la planificación y aplicación de programas de formación para permitir la especialización en el área de estudiantes y graduados de T.O o Licenciatura en T.O.

- INVESTIGACION:

Son las acciones dirigidas a :

* realizar estudios referidos a la evaluación y desarrollo de los actuales y nuevos métodos y técnicas aplicadas para el cumplimiento de los objetivos planteados en el área de la Gerontología.

* realizar estudios de relevamiento estadísticos que permitan la estandarización de las diferentes pruebas evaluativas empleadas en el área.

* realizar estudios de relevamiento estadísticos acerca de los resultados de la aplicación de las diferentes modalidades terapéuticas.

Las funciones mencionadas anteriormente son las que generalmente se desempeñan en la actualidad dentro del área y las que con mayor frecuencia se mencionan en la bibliografía existente referente al tema, por lo que fueron dichas funciones las que más nos interesaron investigar respecto del conocimiento de las mismas.

Por último destacamos que en la atención integral de los gerontes, dada su compleja problemática se requiere adoptar un criterio interdisciplinario en el estudio e investigación de los problemas, y a la vez un accionar interdisciplinario que tenga en cuenta las particulares necesidades de cada geronte.

Es importante que Terapia Ocupacional participe en ese criterio y accionar interdisciplinario; agregando a esto la necesidad de que los integrantes de los equipos, y en general las personas que se desempeñan en el área, tengan un mínimo conocimiento del campo laboral de cada uno de ellos, lo que facilitaría el diálogo fluido y comprensivo que se requiere para que el intercambio entre los mismos resuelva en un verdadero proceso dialéctico.

A partir de esto, nuestra inquietud nos lleva a investigar acerca del conocimiento que poseen de nuestro accionar terapéutico específico dentro del área de la Gerontología, las personas que se desempeñan en la misma.

3.- RESULTADOS

3.1- PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizó durante el mes de Julio de 1993 en las instituciones geriátricas reconocidas por PAMI, en el Servicio de Atención para la tercera edad del Hospital Privado de la Comunidad (SATE) y en el Hogar Municipal de Ancianos.

La muestra que se trató de tomar en un principio tuvo que ser disminuida debido a diferentes causas, como por ejemplo, el cierre de algunas instituciones geriátricas, la negativa de algunas personas a responder la encuesta, y por otras razones que influyeron en la disminución de la misma pero que estuvieron fuera de nuestro alcance poder resolverlas. Sin embargo, la muestra con la cual se trabajó conserva las características y condiciones establecidas en un primer momento.

La recolección de datos se realizó a través de 88 encuestas dirigidas a los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios, al personal técnico que asiste al geronte y a los dueños (sean estos profesionales o no) de las instituciones geriátricas o de establecimientos donde concurre el geronte para su atención ambulatoria o internación.

Las encuestas fueron confeccionadas con preguntas cerradas y preguntas abiertas.

.Las primeras incluyen:

-una pregunta con respuestas alternativas, que permitió

valorar cuantitativamente el conocimiento que se posee sobre las funciones de Terapia Ocupacional. Dentro de las respuestas alternativas se incluyeron enunciados relacionados directamente con las funciones desempeñadas por el T.O en el área, como así también, enunciados falsos (funciones que no pertenecen al campo de Terapia Ocupacional);

- y preguntas que incluyeron algunas variables que podían influir en el conocimiento de las funciones, dichas variables fueron:

* si el establecimiento en donde se realizaron las encuestas tenían o no Terapia Ocupacional, en el caso que tuvieran se preguntó si el encuestado compartía o no su horario de trabajo con el mismo;

* los años de trabajo dentro del área.

. Las preguntas abiertas hacen referencia a:

- cuáles son las actividades que el encuestado observa realizar al T.O en la institución,

- cuáles son las actividades que el encuestado considera más importantes a desempeñar por el T.O en el área de la Gerontología,

- y a través de que medios obtuvieron información sobre las funciones que desempeña el T.O en el área.

Estas preguntas nos permitieron realizar una valoración cualitativa sobre el tema.

Para poder evaluar cuantitativamente el conocimiento

sobre las funciones:

. se eliminaron los items que fueron bien contestados por más del 95 % y menos del 5 % de la muestra, por resultar los mismos demasiado obvios o fáciles, o por el contrario, fueran difíciles o la formulación de alguno de ellos no fuese la correcta.

. al tener cada item dos alternativas para responder (verdadero o falso), estadísticamente se considera que el 50 % de las preguntas bien contestadas se debe al azar.

En base a lo anteriormente expuesto se confeccionaron los siguientes intervalos:

Items	Porcentaje	Conocimiento
-47 - 0	0% - 50%	no conoce
1 - 16	51% - 66%	bajo conocimiento
17 - 32	67% - 82%	mediano conocimiento
33 - 47	83% - 100%	alto conocimiento

3.2- ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

"ESTADISTICOS DE POSICION Y DE VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 17 ENCUESTAS REALIZADAS A LOS DUEÑOS DE LAS INSTITUCIONES GERIATRICAS SEGUN TENGAN O NO TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS MISMAS". Mar del Plata Julio de 1993.

Existencia de T.O	n	Me	X	D.S	%	F	F0,05
NO	5	9	10	15	59	3,51	3,36
SI	12	15	17	8	66	P<0,05	

La Mediana y el Promedio de los puntajes de los que no tienen T.O resulta ser menor de los que tienen T.O. No se pudo verificar la significación de la diferencia entre Medias por ser significativa la diferencia entre las variancias de ambos grupos.

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondiente al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"ESTADISTICOS DE POSICION Y DE VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 17 ENCUESTAS REALIZADAS A LOS DUEÑOS DE LAS INSTITUCIONES GERIATRICAS SEGUN COMPARTAN O NO SU HORARIO DE TRABAJO CON EL TERAPISTA OCUPACIONAL". Mar del Plata Julio de 1993.

Comparte horario	n	Me	X	D.S	%	F	F0,05
NO	5	9	10	15	59	3,51	3,36
SI	12	15	17	8	66	P<0,05	

La Mediana y el Promedio de los que no comparten el horario de trabajo con el T.O resulta ser menor de los que si comparten.No se pudo verificar la significación de la diferencia entre Medias por ser significativa la diferencia entre las variancias de ambos grupos.

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondientes al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

(Se observa que todos los dueños de las instituciones geriátricas en donde hay T.O, comparten el horario con el mismo, según lo visto en relación al cuadro anterior.)

"ESTADISTICOS DE POSICION Y DE VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 17 ENCUESTAS REALIZADAS A LOS DUEÑOS DE LAS INSTITUCIONES GERIATRICAS SEGUN LOS AÑOS DE TRABAJO EN EL AREA." Mar del Plata Julio de 1993.

Tiempo en años	n	Me	X	D.S	%	F	FO,05	T	TO,05
1-5	8	15	16	8	66	3,78	2,64	0,09	2,131
6 o +	9	13	14	13	64	P>0,05		P>0,05	

La Mediana y el Promedio de los puntajes de los dueños que trabajan en el área entre 1 y 5 años es mayor al de los dueños que trabajan hace más de 6 años. Al verificar la significación de la diferencia hallada, se encontró que esta diferencia no es significativa ($P>0,05$).

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondiente al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"ESTADISTICOS DE POSICION Y VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 32 ENCUESTAS REALIZADAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE INSTITUCIONES O ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS SEGUN TENGAN O NO T.O EN LOS MISMOS." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993

Existencia de T.O	n	Me	X	D.S	%	F	FO,05
NO	6	11	10	4	62	6,25	4,53
SI	26	13,5	15	10	64,5	P<0,05	

La Mediana y el Promedio de los puntajes de los que no tienen T.O resulta ser menor de los que tienen T.O.No se pudo verificar la significación de la diferencia entre Medias por ser significativa la diferencia entre las variancias de ambos grupos. Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondiente al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"ESTADISTICOS DE POSICION Y VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 26 ENCUESTAS REALIZADAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS INSTITUCIONES O ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS SEGUN COMPARTAN O NO EL HORARIO DE TRABAJO CON T.O." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993

Comp. horario	n	Me	X	D.S	%	F	FO,05	T	TO,05
NO	2	8	8	1	58	100	249	0,94	2,064
SI	24	14,5	15	10	65,5	P>0,05		P>0,05	

La Mediana y el Promedio de los puntajes del equipo interdisciplinario que no comparte su horario de trabajo con el T.O resulta ser menor que los que comparten su horario de trabajo con el mismo. Al verificar la significación de la diferencia hallada, se encontró que esta diferencia no es significativa ($P>0,05$).

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondiente al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"ESTADISTICOS DE POSICION Y VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 32 ENCUESTAS REALIZADAS AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LAS INSTITUCIONES O ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS SEGUN LOS AÑOS DE TRABAJO EN EL AREA." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

Tiempo en años	n	Me	X	D.S	%	F	FO,05	T	TO,05
1-4	16	13	13	10	64	1,23	2,40	0,35	2,042
5 o +	16	12	14	9	63	P>0,05		P>0,05	

El Promedio de los puntajes del equipo interdisciplinario que trabaja en el área entre 1 y 4 años es menor al del equipo que trabajo hace más de 5 años. Al verificar las significación de la diferencia hallada se encontró que esta diferencia no es significativa ($P>0,05$).

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondientes al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"ESTADISTICOS DE POSICION Y VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 39 ENCUESTAS REALIZADAS AL PERSONAL TECNICO QUE ASISTE AL GERONTE EN INSTITUCIONES GERIATRICAS SEGUN TENGAN O NO T.O EN LAS MISMAS." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

Exist. de T.O	n	Me	X	D.S	%	F	FO,05	T	TO,05
NO	7	1	1	9	51	1,5	3,81	1,39	2,030
SI	32	7	7	11	57	P>0,05		P>0,05	

La Mediana y el Promedio de los puntajes del personal técnico que trabaja en instituciones donde no hay T.O resulta ser menor de los que trabajan donde hay T.O. Al verificar la significación de la diferencia hallada se encontró que esta diferencia no es significativa ($P>0,05$).

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondientes al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"ESTADISTICAS DE POSICION Y VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 32 ENCUESTAS REALIZADAS AL PERSONAL TECNICO QUE ASISTE AL GERONTE EN INSTITUCIONES GERIATRICAS SEGUN COMPARTAN O NO EL HORARIO DE TRABAJO CON EL T.O." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

Comp. horario	n	Me	X	D.S	%	F	F0,05	T	T0,05
NO	8	8	10	8	58	2,25	3,41	0,22	2,042
SI	24	7	6	12	57	P>0,05		P>0,05	

La Mediana y el Promedio de los puntajes de los que comparten su horario de trabajo con el T.O resulta ser menor de los que no comparten su horario. Al verificar la significación de la diferencia hallada, se encontró que esta diferencia no es significativa ($P>0,05$).

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondiente al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"ESTADISTICAS DE POSICION Y VARIABILIDAD DE LAS CALIFICACIONES DE 39 ENCUESTAS REALIZADAS AL PERSONAL TECNICO QUE ASISTE AL GERONTE EN INSTITUCIONES GERIATRICAS SEGUN LOS AÑOS DE TRABAJO DENTRO DEL AREA." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

Tiempo en años	n	Me	X	D.S	%	F	FO,05	T	TO,05
1 - 3	24	3,5	5	11	54	1	2,35	1,06	2,03
4 o +	15	7	7	11	57	P>0,05		P>0,05	

La Mediana y el Promedio de los puntajes del personal técnico que trabaja en el área entre 1 y 3 años es menor al del personal técnico que trabaja hace más de 4 años. Al verificar la significación de la diferencia hallada, se encontró que esta diferencia no es significativa ($P>0,05$).

Los valores porcentuales hallados se encuentran en la categoría correspondiente al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área.

"NUMERO Y PORCENTAJE DE RESPUESTAS CONTESTADAS POR LOS DUEÑOS, EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y EL PERSONAL TECNICO DE INSTITUCIONES O ESTABLECIMIENTOS DONDE CONCURRE EL GERONTE PARA SU ATENCION AMBULATORIA O INTERNACION." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

Resp. Encuest.	Resp. correctas		Resp. incorrectas		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
DUENOS	525	65,7	274	34,3	799
EQ. INTERD.	971	64,6	533	35,4	1504
PERS. TEC.	1026	56	807	44	1833
TOTAL	2522	61	1614	39	4136

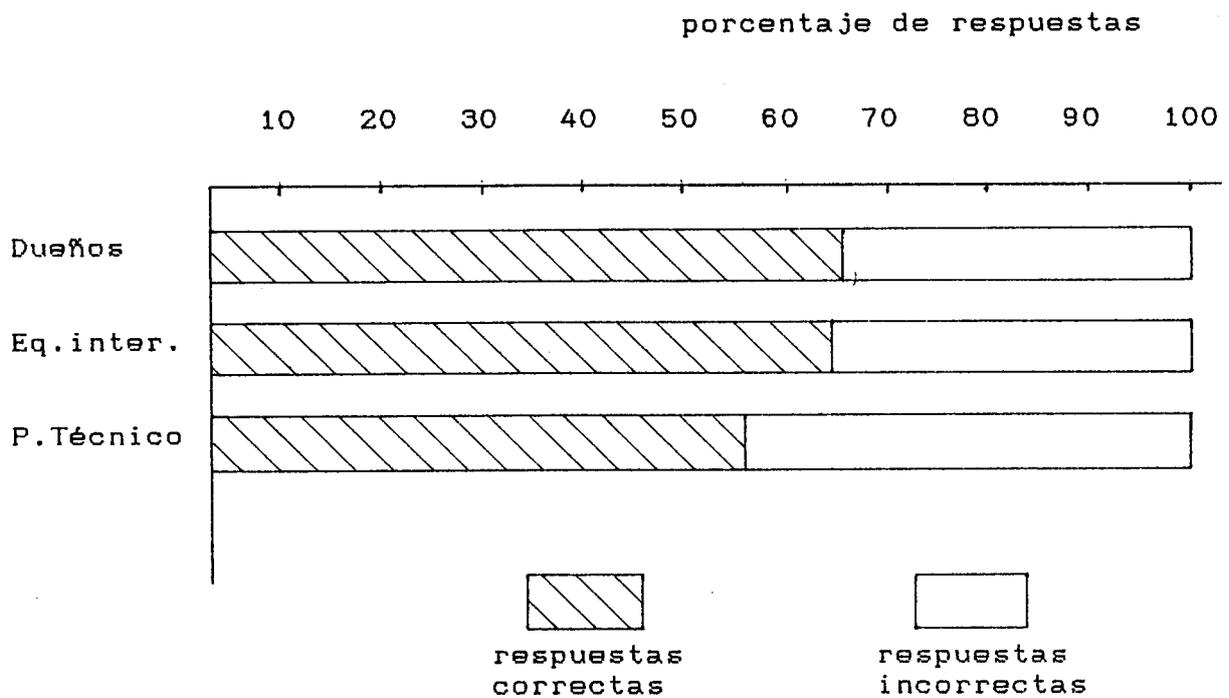
$X^2(D; E. I; P. T) = 35,11$ $gl=2$ $P < 0,001$

$X^2(D; P. T) = 21,8$ $gl=1$ $P < 0,001$

$X^2(D; E. I) = 6,1$ $gl=1$ $P > 0,05$

$X^2(E. I; P. T) = 25,3$ $gl=1$ $P < 0,001$

$X^2(D \text{ y } E. I; P. T) = 34,3$ $gl=1$ $P < 0,001$



De acuerdo a los valores porcentuales hallados el grupo encuestado (dueños, eq. interdisciplinario y personal técnico), se encuentran en la categoría correspondiente al BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones de T.O en el área de la gerontología. La diferencia de conocimiento entre los dueños y el equipo interdisciplinario en relación al personal técnico es altamente significativa, notando que dicha diferencia entre los dueños y el equipo interdisciplinario no es significativa.

"FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE LOS ITEMS AFIRMATIVOS Y NEGATIVOS SEGUN HAYAN OBTENIDO MAYOR O MENOR CANTIDAD DE RESPUESTAS CORRECTAS." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

	Item	Nº resp. contest	%
Items de respuestas afirmativas con > cantidad de resp. correctas	12	80	90,8
	47	78	88,6
	40	74	84
Items de respuestas negativas con > cantidad de resp. correctas	31	87	98,8
	21	81	92
	42	81	92
Items de respuestas afirmativas con < cantidad de resp. correctas	29	9	10,2
	25	18	20,4
	9	35	39,7
Items de respuestas negativas con < cantidad de resp. correctas	39	11	12,5
	33	13	14,7
	20	21	23,8

- Las funciones de T.O reconocidas más fácilmente por parte de los encuestados son las que hacen mención a la utilización de las actividades socializantes y recreativas como medio terapéutico; y las que mayor dificultad ofrecieron en su reconocimiento fueron las relacionadas con el área preventiva y de tratamiento, vinculada esta última a la evaluación, diseño, elaboración y utilización del equipo ortésico, de posicionamiento y de prevención de escaras.

- Dentro de los items falsos que la mayor parte de los encuestados confundieron y respondieron como funciones de T.O

fueron los referentes a la utilización de actividades con el único fin de enseñar las mismas, de divertir a los gerontes y evitar su ocio; y aquellos items que reconocieron fácilmente como falsas funciones de T.O fueron las relacionadas con las funciones del médico.

"ACTIVIDADES QUE OBSERVAN REALIZAR AL T.O DENTRO DE LAS INSTITUCIONES, LOS DUEÑOS, LOS INTEGRANTES DEL EQ. INTERDISCIPLINARIO Y EL PERSONAL TECNICO DE LAS MISMAS."
MAR DEL PLATA JULIO DE 1993

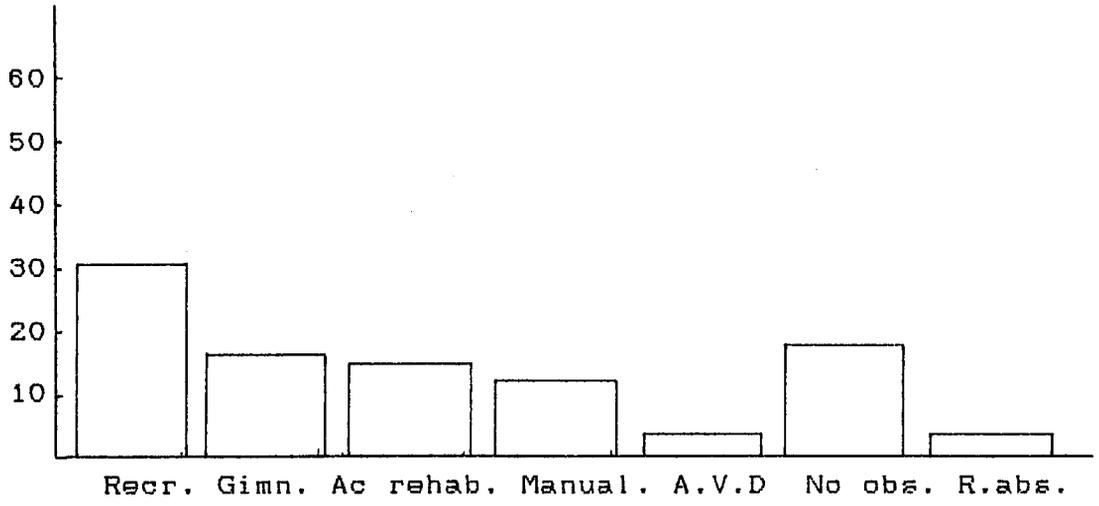
Actividades observadas	Nº de respuestas	%
Recreación (juegos, entret.)	34	30,2
Gimnasia	19	16,8
Rehabilitación	17	15
Manualidades	14	12,4
A.V.D	4	3,5
No observan	21	18,6
Resp. absurdas *	4	3,5
TOTAL	113	100

*: se incluyeron dentro de esta categoría respuestas tales como: "brindar afecto", "dar alegría", "acompañarlos", "entenderlos", "enseñarles cosas lindas", "ser cariñosos con los abuelos", etc, consideramos que estas respuestas no corresponden a ninguna actividad profesional.

Observación:

Las actividades mencionadas en la tabla fueron transcritas literalmente de acuerdo a la denominación que dieron los mismos encuestados.

%



Recr. Gimn. Ac rehab. Manual. A.V.D No obs. R.abs.

Activ.
observ.

"ACTIVIDADES QUE LOS ENCUESTADOS CONSIDERAN MAS IMPORTANTES QUE EL T.O DESMPENE DENTRO DEL AREA DE LA GERONTOLOGIA." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

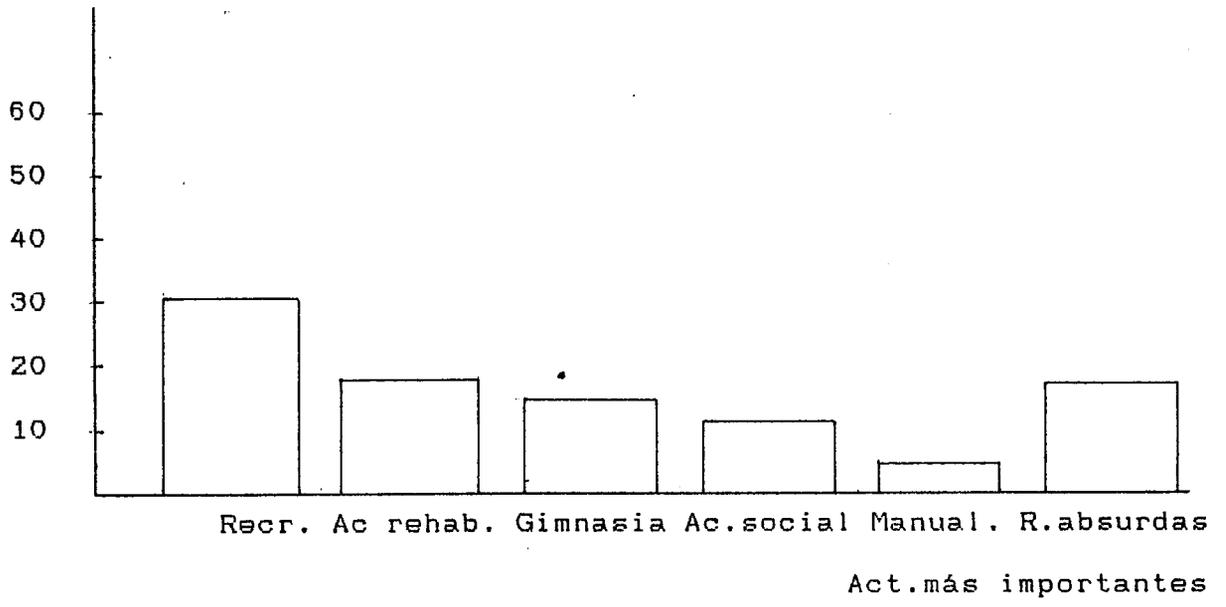
Activ. más importantes	Nº de resp.	%
Recreación(juegos)	34	30,4
Rehabilitación	21	18,8
Gimnasia	17	15,2
Activ.socializantes	13	11,6
Manualidades	6	5,3
Resp. absurdas *	21	18,7
TOTAL	112	100

*: se incluyeron dentro de esta categoría respuestas tales como: "brindar afecto", "dar alegría", "acompañarlos" , "entenderlos", "enseñarles cosas lindas", "ser cariñosos con los abuelos", etc, consideramos que estas respuestas no corresponden a ninguna actividad profesional.

Observación:

Las actividades mencionadas en la tabla fueron transcriptas literalmente de acuerdo a la denominación que dieron de las mismas los encuestados.

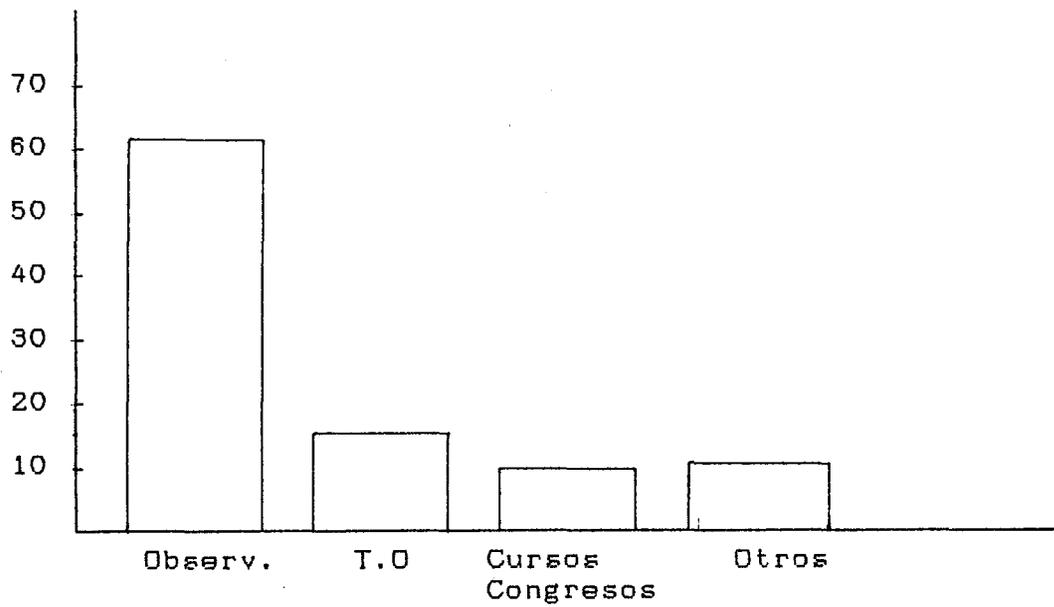
%



"MEDIOS A TRAVES DE LOS CUALES LOS ENCUESTADOS RECIBEN INFORMACION SOBRE LAS FUNCIONES QUE EL T.O DESEMPEÑA EN EL AREA DE LA GERONTOLOGIA." MAR DEL PLATA JULIO DE 1993.

Información recibida por:	Nº de resp.	%
Observación	63	61,7
T.O	16	15,7
Cursos, congresos	11	10,8
Otros	12	11,8
TOTAL	112	100

%



Medios

En relación a las actividades que los encuestados observan realizar al T.O se encuentra el mayor porcentaje en la correspondiente a recreación, pudiendo observar que el mismo porcentaje se obtiene en la misma actividad, considerada como la más importante a desempeñar por el T.O en el área de la Gerontología. En segundo lugar se mencionaron como actividades más importantes las relacionadas con rehabilitación, notando igual porcentaje de respuestas absurdas.

La observación se registró con el mayor porcentaje, como medio a través del cual los encuestados reciben información sobre las funciones que el T.O desempeña en el área de la Gerontología.

4. - CONCLUSION - DISCUSSION

En base a los resultados obtenidos, podemos responder la pregunta central que dirigió nuestro trabajo de investigación:

- Los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios, el personal técnico que asiste al geronte y los dueños (sean éstos profesionales o no) de las instituciones geriátricas o establecimientos donde concurren los gerontes para su atención ambulatoria o internación, poseen BAJO CONOCIMIENTO sobre las funciones que desempeña el Terapeuta Ocupacional en el área de la Gerontología.

En cuanto al comportamiento de las variables que podían influir en el conocimiento se observó que:

- El conocimiento que poseen el equipo interdisciplinario, el personal técnico y los dueños aumenta en las instituciones o establecimientos geriátricos donde hay Terapia Ocupacional y disminuye en aquellos que no tienen Terapia Ocupacional. En los casos en que se pudo verificar la significación de la diferencia, se observó que no era estadísticamente significativa.

- El compartir o no el horario de trabajo con el Terapeuta Ocupacional y los años de trabajo dentro del área de la Gerontología por parte de los dueños, del equipo interdisciplinario y del personal técnico no influye en el conocimiento que éstos poseen sobre las funciones que desempeña el Terapeuta Ocupacional en el área.

En un primer momento se planteó confeccionar una propuesta de difusión según el grado de conocimiento que tuviera la población explorada.

Ahora nos preguntamos:

se solucionaría el bajo conocimiento existente con la correcta difusión de las funciones de Terapia Ocupacional en el área de la Gerontología?.

Creemos que ésta solución sería deficitaria en sí misma, ya que no resolvería el problema sin que antes nos preguntáramos con qué factores se relaciona éste bajo conocimiento. Hacia dónde vamos a apuntar la difusión si no conocemos donde están las fallas.

Si pensáramos solamente en la propuesta de difusión trasladaríamos la problemática al "afuera", suponiendo entonces que el problema está en el "otro" que no logra comprender lo que hace el Terapeuta Ocupacional.

/ A partir de los resultados y de la experiencia clínica, pudimos observar que las funciones de los enfermeros y de los médicos, por ejemplo, resultan claramente definidas a partir del desempeño del rol, sin que éstos realicen una tarea de difusión./

Comprobamos también, que el mayor porcentaje de encuestados conoce las funciones del Terapeuta Ocupacional directamente por la observación, esto nos permitiría pensar que la existencia del bajo conocimiento, se relacionaría con un desempeño poco claro del rol del Terapeuta Ocupacional.

Tal situación conllevaría a una mala interpretación de las funciones desempeñadas, ya que al no reconocer la utilización de la actividad como medio terapéutico, se confunden los objetivos planteados en la praxis terapéutica, por lo tanto hay "algo" en el desempeño del rol que no queda claro para el "otro".

Por eso nos parece necesario pensar que pasa en la estructura interna desde Terapia Ocupacional, para luego poder describir y dar soluciones en el nivel externo.

En conclusión surge una nueva problemática:
Cuáles son los factores que inciden en el desempeño poco claro del Teapista Ocupacional en el área de la Gerontología?

Algunos de éstos factores podrían ser:

* El déficit en la formación académica sobre el desempeño del Terapista Ocupacional en el área de la Gerontología.

* La falta de especialización de Terapistas Ocupacionales dentro del área.

* La escasa bibliografía de nivel científico respecto del quehacer específico del Terapista Ocupacional.

Nos parece importante que éste planteo no se limite desde Terapia Ocupacional únicamente al área de la Gerontolo-

gía, sino que exista la posibilidad de reflexionar y realizar un cuestionamiento similar en otras áreas.

" PENSARSE UNO MISMO PARA LUEGO PENSARSE A OTRO. "

5. - BIBLIOGRAFIA

- "Psicogeriatría" Teoría y clínica. L Salvarezza. Edit. Paidos. 1988 (1)

- "La tercera edad" .Estudio integral. O. Fustinioni; D. Passanante. Editores:"La Prensa Médica Argentina"

- "Revista Argentina de Gerontología y Geriatria"
(órgano de la Soc. Arg. de Gerontología y Geriatria).
Revista N°3.1983

- "Medicina Geriátrica". Cuidado Médico de la madurez tardía. E. Stieglitz. Edit. Salvat. 1956

- "Psicología de la conducta". J. Bleger. Edit. Paidos. 1973 (2)

- "Terapéutica Ocupacional" C. Spackman

- "Terapia Ocupacional". El camino del hacer. C.O.L T.O. 1991. VIP Ediciones.

- "Terapia Ocupacional en salud mental" C.O.L.T.O.P. 1988

- "Terapia Ocupacional". Teoría y Clínica. T.O L.Sbriller. T.O G.Warchavski. Ediciones Vergara. 1991

- "The objectives and functions of T.O". por American T.O Association. Traducido por M.Suter.
- "Cuadernos de gerontología". AGEBA.1991. Año 4 nº 9.
- "Inclusión del tiempo libre en los tratamientos de T.O" T.O L. Moreno. 1988
- "Modelo de ocupación humana" primera parte. Marco conceptual y contenido. O.T.R. G.Kielhofner.1980 (3)
- Incubencias profesionales correspondientes al título de Lic. en T.O que otorga la U.N. Mar del Plata.Folio nº199 res. nº147.
- Perfil profesional del Lic. en T.O. Anexo 1.Disp. de direcc. nº128 folio 150.

- INDICE

- INTRODUCCION	3
1.- GERONTOLOGIA	6
1.1- Conceptos generales	7
1.2- Manifestaciones conductuales en el envejecimiento	9
1.2.1- Manifestaciones psicológicas	9
1.2.2- Manifestaciones biológicas	12
1.2.3- Manifestaciones sociales	15
1.3- Conclusión	17
2.- TERAPIA OCUPACIONAL EN GERONTOLOGIA	19
2.1- Conceptos sobre la ocupación humana	20
2.2- Medio terapéutico	24
2.3- Funciones de T.O en Gerontología	25
3.- RESULTADOS	34
3.1- Proceso de recolección de datos	35
3.2- Análisis e interpretación de datos	38
4.- CONCLUSION - DISCUSION	57
5.- BIBLIOGRAFIA	62

TESIS

Nombre: Una profundización en la
NATURALEZA de nuestro quehacer.

Autores: CUNIETTI, SILVIA.
De LAURENTIS, CLAUDIA.
PERNICE, VALERIA.

Integrantes de Jurado: DRA. SHARODSKY
T.O. MENDIÑA, E.
Lic. SAMPERIO, E.

Fecha de defensa: Diciembre 93

Calificación: 9 (nueve)