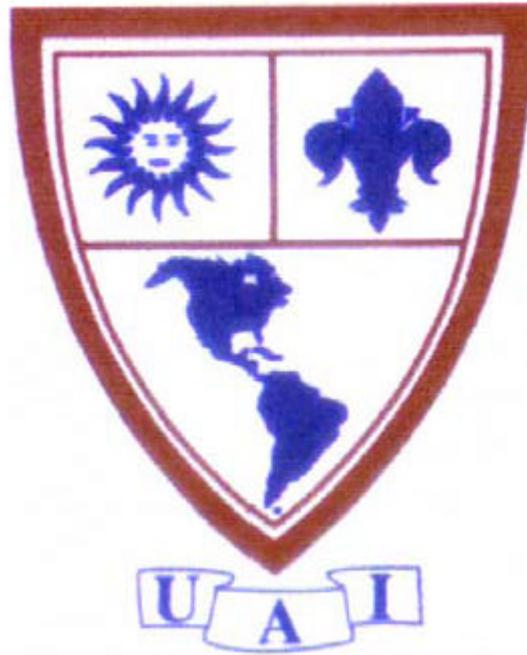


UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Sede Regional Rosario
Facultad de Psicología
Lic. en Terapia Ocupacional



PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE UN INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DEL ÁREA DE LA SALUD ACERCA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SU INFLUENCIA EN LAS DERIVACIONES A LOS PROFESIONALES DE ESTE CAMPO.

Autora: Larrambebere, Julieta.

Tutora Metodológica: Paris, Laura.

-Diciembre: 2011

INDICE.

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1.-Objetivos.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.-Terapia Ocupacional.....	6
2.1.1. Historia.....	6
2.1.2. Definición y objetivos.....	7
2.1.3. Funciones y ámbitos de actuación del terapeuta ocupacional.....	9
2.1.4. Proceso de intervención en terapia ocupacional.....	10
2.2.-Interdisciplina en equipos de salud.....	12
2.2.1. Pensando la interdisciplina y su práctica clínica.....	12
2.2.2. Teoría de la Identidad Social en el marco de equipos de salud.....	16
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	24
4.1.-Análisis de los cuestionarios.....	24
4.2.-Análisis de las entrevistas.....	33
5. CONCLUSIONES.....	35
6. SUGERENCIAS.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

Resumen

En el presente trabajo se analizan las percepciones de los profesionales de la salud acerca de la Terapia Ocupacional; y la influencia de las mismas en las derivaciones a terapeutas ocupacionales. La investigación se llevó a cabo en un Instituto Interdisciplinario de la ciudad de Rosario, provincia de Santa fe.

A través de cuestionarios y entrevistas realizadas a psicólogos, trabajadora social, acompañante terapéutico, coordinadores y directora del instituto, se logró llegar a los resultados que dan un cuadro estimativo en torno al conocimiento que se tiene de esta disciplina y cómo estas representaciones inciden en las posibilidades de intervención en equipos interdisciplinarios.

Palabras claves: terapia ocupacional, percepciones, derivaciones, equipo de salud, interdisciplina.

1.Introducción.

La Terapia Ocupacional (T.O) se ha desarrollado y profundizado con mayor intensidad a lo largo del siglo XX. Particularmente en Argentina, durante la última década, se viene experimentando un avance notorio de la misma, acompañado de una sólida y creciente inserción laboral de los profesionales de este campo, en el marco de múltiples áreas vinculadas a la salud, la educación, los recursos humanos, y demás profesiones afines.

Sin embargo, resulta de primordial importancia señalar que la labor del terapeuta ocupacional no es lo suficientemente conocida y transitada, tanto por la sociedad en general, como por los profesionales de la salud. Actualmente esta profesión se encuentra en una labor constante por hacerse sitio, ya que necesita asumir un lugar distintivo para así evitar solaparse con otras profesiones con las que, si bien posee puntos de contacto, se diferencia en saberes y abordajes de tratamiento.

En una investigación realizada por Di Monaco y Nieto (2003)¹ donde se observó la evolución de las características de los servicios de terapia ocupacional en instituciones públicas, privadas y mixtas de la ciudad de Rosario, se obtuvo como resultado una disminución en las derivaciones de distintas especialidades médicas y los servicios que atienden a adultos; mientras que, por el contrario, se evidenció un incremento de los servicios que cuentan con más de un profesional de terapia ocupacional abocados al tratamiento de niños y adolescentes. Estos resultados nos animan a plantear la problemática de la escasa intervención de la T.O. en ámbitos aún no explorados en profundidad debido al insuficiente conocimiento que mantienen los especialistas de la salud respecto del abordaje y amplitud de la misma.

En terapia ocupacional la mayoría de las veces el punto de partida de una intervención terapéutica reside en la derivación; habitualmente realizada por un médico.

Las derivaciones pueden proceder de fuentes diversas; en este sentido su origen

¹ DI MONACO y NIETO (2003): *Evolución de los servicios de la Terapia Ocupacional de la ciudad de Rosario*. Tesis de Licenciatura, Universidad Abierta Interamericana, Rosario.

se verá estrechamente vinculado al ámbito en el que se desempeña el terapeuta ocupacional. De manera que, la coordinación entre los diferentes servicios socio-sanitarios de la comunidad de referencia del sujeto, la idoneidad y continuidad de los programas de intervención en relación con sus necesidades, así como también el conocimiento por parte de todos los agentes implicados en el abordaje de cada paciente, de los recursos, objetivos y métodos de tratamiento característicos de cada profesión, constituyen elementos imprescindibles para favorecer una justa adecuación de las demandas y, en última instancia, para proporcionar un servicio eficaz y conforme con la naturaleza de cada caso particular.²

Sabiendo de los logros obtenidos por la Terapia Ocupacional en materia de salud, se vuelve imperioso abordar este análisis con vistas a que se obtengan una mayor visibilidad de esta disciplina; teniendo como horizonte colaborar en la problemática de las derivaciones a la misma.

Hoy en día no contamos con una gran cantidad de derivaciones a Terapeutas Ocupacionales; en consonancia con esto, podemos observar equipos de trabajos interdisciplinarios donde el conocimiento sobre este campo y su modo de intervención es escaso o, en ocasiones, nulo.

Debido a lo planteado anteriormente, podemos formular diferentes interrogantes que operarán de guía en esta investigación: **¿Cuáles son las percepciones de los profesionales de la salud con respecto a la terapia ocupacional?, ¿cómo influyen esas mismas percepciones en las derivaciones a los terapeutas ocupacionales?, ¿qué conocimientos tienen sobre la terapia ocupacional?, ¿en qué grado conocen la intervención del terapeuta ocupacional?** Asimismo, trataremos de discernir: **¿cuáles son los criterios de derivación que utilizan?, ¿existe una relación entre las percepciones de los profesionales de salud y sus derivaciones?**

Se pretende, de este modo, colaborar en la divulgación sobre el rol de la terapia ocupacional y la importancia de la misma; fortaleciendo y contribuyendo al estatus del terapeuta ocupacional dentro del ámbito de la salud.

² MORUNO MIRALLES, P. y ROMERO ASUYO, D. (2003). "Evaluación Ocupacional". **En:** *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. 1ª ed. Barcelona. Elsevier – Masson; p 207.

Se intenta a su vez, generar en los profesionales un interés en torno a esta disciplina que cumple más de 50 años en Argentina; para que se incrementen las derivaciones y se trabaje en equipos interdisciplinarios donde se conozcan las diferentes formas de trabajos de las disciplinas que lo integran, de manera tal que se produzca un intercambio enriquecedor entre los profesionales de la salud, al tiempo que facilite la planificación conjunta y asertiva para los tratamientos de los pacientes.

1.1.-Objetivos.

Objetivo General

- Analizar las percepciones de los profesionales de la salud con respecto a la Terapia Ocupacional y su influencia en las derivaciones a los terapeutas ocupacionales.

Objetivos Específicos

- Describir el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la terapia ocupacional y sus modos de intervención.
- Identificar los criterios de derivación que utilizan los profesionales de la salud.
- Analizar la vinculación entre las percepciones de los profesionales de la salud y las derivaciones al servicio de terapia ocupacional.

2. Marco teórico.

Tal como venimos remarcando, la figura profesional del terapeuta ocupacional no es lo suficientemente conocida, y a menudo, malinterpretada. Con frecuencia, el encargo que recibe lo posiciona en un lugar que se torna ambiguo y poco operativo, como el de “mantener ocupados a los pacientes”.

Es por eso que en el marco teórico de la presente investigación, nos proponemos considerar brevemente los conceptos y núcleos temáticos que se entretajan y sedimentan el terreno de la Terapia Ocupacional y sus zonas de confluencia con otras áreas de la salud, para así dejar planteada no sólo la necesaria singularidad de la disciplina, sino también el trabajo conjunto y de proyección interactiva que requiere la intervención de los sujetos a tratar.

2.1.-Terapia ocupacional.

2.1.1. Historia.

La historia de la Terapia Ocupacional queda entrelazada con la historia del hombre, pero cabe resaltar el auge y desarrollo que tiene a comienzos del siglo XX, debido a que es posible distinguir un punto de partida concreto. Movimientos como el Humanista y Humanitarista, el desarrollo de las artes y oficios en el siglo anterior, los avances tecnológicos, los éxitos en física y astronomía, los cambios políticos, el desarrollo industrial, van configurando un tejido que, en términos generales, pone en riesgo la salud de la sociedad, el ambiente, el entorno, provocando profundos cambios.

Los sistemas de salud también evolucionan con los avances de la sociedad y mientras se desarrollan, se van dirigiendo hacia un enfoque mecanicista, diseñando especialidades con el propósito de aislar, definir y tratar para enfocar el problema aisladamente. Resalta de esta orientación su efectividad, ya que ha conseguido avanzar y desarrollar nuevas tecnologías; sin embargo, en alguna medida, distorsiona la noción de persona, sin contemplarla en su globalidad.

Los primeros pasos de la profesión comienzan a darse en los años sesenta. Por aquel entonces, se comienza a trabajar en los campos de psiquiatría y en rehabilitación física; el siguiente campo que toma auge es la geriatría. Pero la sociedad evoluciona muy rápidamente; la tecnología, el desarrollo industrial, proporcionan otras disfunciones que alteran la salud general de nuestra sociedad: accidentes laborales, de tráfico, ambientales; las ciencias médicas consiguen erradicar enfermedades y por lo tanto la esperanza de vida se ve aumentada considerablemente, generando otras necesidades que demanda la sociedad. Además, estas necesidades generalmente sobrepasan los límites puramente médicos, implicando a aspectos sociales y ambientales.

La definición de Terapia Ocupacional, sus bases filosóficas y la afirmación de que la ocupación es la esencia de la Terapia Ocupacional; proporcionan las bases en las que se sustenta dicha disciplina científica. De este modo se establece un marco de referencia en el que, teniendo en cuenta los cambios que acontecen en la sociedad, se encuadra la formación, la práctica profesional y la investigación.³

2.1.2. Definición y objetivos.

La federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales la define como *“un campo de conocimiento y de intervención en salud, educación y en la esfera social, reuniendo tecnología orientadas a la emancipación y autonomía de las personas que, por razones relacionadas con problemáticas específicas, físicas, sensoriales, mentales, psicológicas y/o sociales, presentan temporaria o definitivamente dificultad en la inserción y participación en la vida social”*.

Podemos afirmar, entonces, que las intervenciones en terapia ocupacional son dimensionadas por el uso de la actividad. El terapeuta ocupacional recurre a ésta con propósitos planeados, sin perder de vista el entorno, y con el objetivo de lograr que la persona adquiera el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar

³ Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales A.P.E.T.O. (1999): *Documento técnico sobre Terapia Ocupacional*. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml.

las actividades de la vida diaria, y de esta manera, alcanzar el máximo de autonomía e integración.

Es así como el fundamento primordial de este campo se apoya en la certeza de poder intervenir en beneficio de la salud y la calidad de vida de los sujetos a través de la participación en ocupaciones importantes y revestidas de significado.⁴

El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad con intención, con propósito. En efecto, utilizando su capacidad de motivación intrínseca, es capaz de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con objetivos, es decir, reflexiva y planificada.

Partiendo de la idea de que la vida es un continuo proceso de adaptación, es posible que factores biológicos, psicológicos y ambientales puedan interrumpir dicho proceso en cualquier momento de su existencia. La actividad con propósito, por tanto, facilitaría herramientas para reanudar o estimular este proceso de adaptación.

Resulta pertinente aclarar que las actividades con propósito serían las tareas o experiencias en las cuales la persona está participando activamente, donde se procura coordinar aspectos motores, cognitivos y emocionales; sin dejar de lado que en estas experiencias también confluyen aspectos intra e interpersonales. Además, debe tenerse en cuenta que siempre que se despliega una acción, estamos ocupando un tiempo y un espacio; en otras palabras, estamos interactuando con el entorno.

Al conjunto de actividades las llamamos *ocupación*; ésta es considerada como el medio a través del cual los seres humanos dan sentido al significado de la vida, en tanto que la misma estructura y mantiene la organización del tiempo.

Es factible pensar, entonces, que la Terapia Ocupacional utiliza la ocupación como medio y como fin:

* Como *medio*: realiza una selección y un análisis; y su aplicación evalúa, facilita, restaura y mantiene la función de acuerdo con las necesidades de la persona.

⁴ WILLARD, H.S. y SPACKMAN, C.S. (2008): "Terapia ocupacional y ciencia ocupacional: pasado, presente y futuro.". **En:** *Terapia Ocupacional*. Madrid, Ed. Panamericana; p.28.

* Como *fin*: actúa como elemento de relación e interrelación posibilitando la cohesión social de la persona, y en consecuencia, mejora el concepto de sí misma (cuando la persona realiza ocupaciones acorde a su edad, a sus motivaciones, sus necesidades... se siente eficaz, productivo en su medio, como persona que puede controlar las acciones y situaciones).

Como se desprende de lo planteado hasta aquí, el núcleo común de la Terapia Ocupacional es la "*actividad con intención*", puesto que es utilizada como dispositivo fundamental para prevenir y mediar en la disfunción y producir la máxima adaptación.

Por otra parte, para que la actividad pueda ser entendida como terapéutica, tiene que reunir una serie de características, a saber: estar dirigida a una meta, tener significado para el paciente, requerir la participación del mismo en algún nivel, ser un instrumento para la prevención de la disfunción, mantenimiento o mejoramiento de la función y la calidad de vida, reflejar la participación del paciente en tareas vitales, ser adaptable y graduable y estar determinada por el juicio profesional del Terapeuta Ocupacional y basada en su conocimiento (conocimiento sobre el desarrollo humano, patología médica, relaciones interpersonales y el valor de la actividad).⁵

Tras verificar que la actividad reúna estas características, hay que analizarla valorando con minuciosidad su potencial terapéutico; y para ello es necesario medir las destrezas que potencialmente se pueden desarrollar. Las mismas son: motoras, sensoriales, cognitivas, perceptuales, emocionales, sociales, culturales.

2.1.3. Funciones y ámbitos de actuación del Terapeuta Ocupacional.

La función del terapeuta ocupacional es potenciar las capacidades funcionales, desarrollar las capacidades residuales, suplir los déficits funcionales irrecuperables y lograr la reintegración del paciente a la sociedad; cuando se lo requiere, acompañando

⁵ GASTAÑADA UGARTE, M. (2009): "Apuntes de geriatría en equipo". San Vicente, Alicante. Ed. Club Universitario; p. 304.

el proceso de asumir que tendrá que vivir con su discapacidad, pero invariablemente, trabajando en torno al logro de un mayor grado posible de independencia.

En esta dirección, el profesional se aboca a la resolución de problemas para mejorar la calidad de vida de la persona y lo hace desde un enfoque holístico, es decir, se adopta una visión integral, compleja, múltiple, en la intervención, ya que se considera al paciente en todas sus dimensiones (física, intelectual, relacional, emocional, espiritual, etc.). De acuerdo con tal postura, resulta de primordial importancia examinar todas las tareas en relación a la situación y el entorno en el que se desenvuelve dicha persona, sin perder de vista que detrás de cada problema o patología está la totalidad de un sujeto.

Por otra parte -siguiendo lo establecido por la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales-, los ámbitos y campos típicos de actuación son: instituciones y entidades (tanto públicas como privadas), comunidades de pertenencia, como así también los propios domicilios de las personas atendidas. Seguidamente, especificamos cada uno de ellos:

Ámbitos de actuación:

- ★ Ámbitos hospitalarios y de salud: hospitales, sanatorios, clínicas.
- ★ Ámbitos comunitarios: centros de rehabilitación, cárceles, escuelas, centros de día, asociaciones y ONG.

2.1.4. Proceso de intervención en Terapia Ocupacional.

En primera instancia, el proceso de intervención debe contemplar:

- Área de desempeño ocupacional: incluyen las prácticas de la vida diaria, ya sean actividades de trabajo relacionadas con el entorno, como actividades de ocio y distensión.
- Componentes del desempeño ocupacional: se refiere a las habilidades funcionales que se requieren en el desenvolvimiento cotidiano, incluyendo componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales.

Existen, también, otros factores relevantes que deben tomarse en cuenta en la práctica terapéutica; englobados en lo que se conoce como “influencias del espacio vital”. Este concepto abarca, en términos generales, el ambiente, la cultura y la familia.

La intervención del terapeuta ocupacional puede puntualizarse en las siguientes tareas:

- Evaluación y planificación de tratamientos.
- Habilitación y rehabilitación en las destrezas o habilidades sensoriales, motoras, cognitivas y psicosociales.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
- Entrenamiento para la integración laboral.
- Adaptaciones ambientales (escuelas, viviendas, trabajos).
- Entrenamiento en prótesis y ortesis.
- Determinación, diseño y realización de férulas y ayudas técnicas.
- Integración sensorial.
- Estimulación precoz.
- Rehabilitación psicomotriz.
- Otros.

El terapeuta ocupacional determina a través de la evaluación qué limitaciones de los componentes del desempeño ocupacional (sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales) están afectando a las prácticas de la vida diaria.

Para cada proceso de intervención particular, por supuesto, es necesario llevar a cabo una cuidadosa y precisa labor de selección de actividades, métodos y técnicas propias del campo, a fin de ahondar reflexiva y deliberadamente en el tratamiento de los componentes y áreas de desempeño ocupacional.

2.2.-Interdisciplina en Equipos de Salud.

La práctica interdisciplinar, por momentos objeto imposible de atrapar, se presenta como un desafío cotidiano en los ámbitos comunitarios en los que confluyen diversas disciplinas bajo un objetivo común. Así, plantear un campo de trabajo que promueva y facilite este tipo de práctica, supone que el equipo de trabajadores de la salud se proponga construir una mirada más rica y compleja que la que admite la mera superposición de disciplinas.

En primer lugar, pensar en la noción “interdisciplinar” nos conduce necesariamente a reflexionar sobre aquello que se considera “disciplina”. En tal sentido, suele plantearse que fue el espíritu positivista de la Modernidad lo que condujo a la constante investigación, tras la meta de alcanzar un conocimiento más acabado y específico del objeto de estudio.

Una disciplina se puede definir, entonces, como *"el marco conceptual con un objeto de estudio determinado, con normas, metodología y extensión limitada."*⁶

Es evidente que todos los campos disciplinarios producen un modo particular de trabajar, de pensar, intervenir, etc. Entre otras cosas, dicho paradigma está constituido por los códigos que utilizamos, la racionalidad con la que construimos el campo, los componentes ideológicos que sostenemos y las relaciones de poder que establecemos. Es interesante, pues, interrogarnos sobre la manera en que la resistencia a renunciar al poder disciplinario se suele convertir en obstáculo para un auténtico trabajo en equipo.

2.2.1. Pensando la interdisciplina y su práctica clínica.

Desde hace tiempo se sabe que la interdisciplina no es simplemente la suma de diversas disciplinas, sino más bien la construcción de un nuevo modo de entender y abordar al sujeto. Supone, por lo tanto, varias ideas: la complejidad del objeto de

⁶ FRIDMAN, G. (2005): *Enfoque filosófico-histórico de la Interdisciplina en las Ciencias de la Salud*. Acta Farmacéutica Bonaerense, vol. 24, N° 1, pp.149-154.

estudio, la visión que se tiene desde cada disciplina, lo incompleto de cada una de esas miradas y, especialmente, la necesidad de un espacio de construcción integral y crítico.

Esta perspectiva de trabajo implica un cuestionamiento de la formación de cada uno de los integrantes del equipo de profesionales; y como consecuencia, tal indagación debe llevar a una revisión de sus propios saberes. Es evidente que la propuesta de un equipo de trabajo de estas características envuelve la valorización tanto de la subjetividad de cada uno de los profesionales, sus conocimientos, sus prácticas, así como también el reconocimiento de lo que la producción grupal puede generar.

Por esta razón, no es suficiente unir varias disciplinas en un mismo tiempo y espacio, ni contar únicamente con “intenciones”; se trata principalmente de crear espacios reales donde se pueda debatir, pensar y elaborar las diversas intervenciones clínicas que el equipo considere aplicar. En esta misma línea, Stolkiner argumenta: “*Es prácticamente imposible el trabajo interdisciplinario si no se genera un espacio de reflexión, porque el trabajo interdisciplinario no es un trabajo espontáneo.*” Y, seguidamente, esta psicóloga asevera: “*(...) el trabajo interdisciplinario requiere dispositivos específicos para la construcción interdisciplinaria.*”⁷

Por cierto, podríamos pensar como uno de los pilares fundamentales de dicha construcción el dispositivo de la **interconsulta**, ya que constituye una herramienta que permite dirigir y trabajar una determinada problemática por fuera de los límites de única disciplina.

La interconsulta “*consiste en la comunicación entre dos personas con diferentes áreas de experiencia.*”⁸ El objetivo de la misma es, primordialmente, brindar una atención óptima al problema de salud que presenta un paciente. En esta dinámica, el

-ROSAS, M. (2005): *Entrevista a Alicia Stolkiner. Disciplina-Interdisciplina*. Cuadernos de capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (coord. Ana Lía Cabral). Ministerio de Salud - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; publicado en revista “Salud y Población” (2008), N° 6, p.53.

⁸ DIAZ NOVAS, J. y GALLEGU MACHADO B. (2005): *La interconsulta y la referencia*. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. Vol.21, n.3-4 [citado 2011-10-03]. **Disponible en:** <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

profesional de la atención primaria solicita orientación en el “manejo” de un aspecto del proceso de intervención o en su atención total; no obstante, para ello debe existir una adecuada comunicación entre dicho profesional y el íterconsultante, con miras a lograr la mejor información posible y llegar a la decisión más efectiva.

Lógicamente, es imprescindible haber efectuado las investigaciones y estudios pertinentes antes de solicitar una íterconsulta, para lo cual se debe elaborar una “hipótesis diagnóstica”. Aquí, se expondrá claramente al íterconsultante el motivo de tal solicitud, y al mismo tiempo, es importante ofrecer al paciente las razones de esa propuesta de acción conjunta, teniendo en cuenta siempre que éste se convenza de que se busca un proceder para mejorar su atención; y dejando en evidencia además, que no se trata de una falta de competencia de su médico; o lo que es más imperioso aún, evitar cualquier posible rechazo (riesgo que se presenta frecuentemente en las íterconsultas).

Entonces, después de haber analizado el caso con el íterconsultante, el que tiene a su cargo la atención primaria debe continuar con la responsabilidad de su paciente, total o compartida con el especialista, en los casos en que se necesite un seguimiento continuado por este último. En otras palabras, nunca se debe perder el contacto con el paciente, puesto que la atención discontinua o fragmentada puede acarrear trastornos considerables en la práctica terapéutica.

A continuación, enumeramos las razones principales para efectuar la íterconsulta:

- ★ Necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad.
- ★ Por orientación de algunos programas de salud.
- ★ Necesidad de un enfoque multidisciplinario.
- ★ A solicitud del paciente o la familia.
- ★ Evolución no satisfactoria del problema del paciente.
- ★ Enfermedades potencialmente fatales o de mal pronóstico.

Al momento de realizar una remisión, resulta indispensable proporcionar toda la información necesaria al profesional que va a atender al paciente: examen físico,

exámenes complementarios, tratamientos utilizados, evolución, motivo por el cual se le remite y las condiciones para el ingreso en la Institución. De igual forma, cuando el paciente es enviado de nuevo a su lugar de residencia, ya sea después del alta hospitalaria, de una evaluación o de un período de atención por parte del especialista, este último debe enviar toda la información necesaria al médico de familia, pues es quien va a continuar con la atención del paciente.

En efecto, es de suma importancia que el especialista íterconsultante, o el que recibe la remisión, informe adecuadamente, enseñe sin disertar, oriente sin dar órdenes, resuelva los problemas sin hacer que el médico que solicita la íterconsulta parezca un incapaz; y aun cuando el diagnóstico del médico de familia estuviera equivocado, evite desmeritarlo abiertamente, reconociendo su esfuerzo, subrayando a cada paso de la intervención, el beneficio del trabajo conjunto.

Como puede observarse en lo desarrollado hasta aquí, una de las características más importantes en la interconsulta es *la **comunicación** entre los profesionales*. A propósito, vale decir que en nuestra práctica diaria, percibimos una falta de fluidez en la interrelación de atención primaria y atención especializada. Entre las causas que suelen conllevar a esta deficiente relación podemos mencionar, especialmente, la pertinencia de las derivaciones, la información transmitida en los documentos interconsulta, el circuito de derivación, las listas de espera, la poca respuesta por parte del especialista, competencia entre niveles, etc.⁹

Llegados a este punto, estamos en condiciones de afirmar que uno de los principios esenciales del trabajo interdisciplinario en el área de la salud, es garantizar una atención coordinada y permanente, para lo cual es imprescindible potenciar el seguimiento conjunto del paciente a través de una comunicación ininterrumpida entre los niveles asistenciales comprometidos.

Son estos lugares de encuentro, discusión, lectura, construcción e intercambios de saberes, los que verdaderamente posibilitan un abordaje interdisciplinario. Logros

⁹ RUBIO ARRIBAS V., RODRÍGUEZ IBÁÑEZ M.L., SAMPEDRO MARTÍNEZ E., VÍCTORES BENAVENTES C., ALECHIGUERRA GARCÍA A., BARRIO GAMARRA J.L. (2000): *Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta*. Aten Primaria; 26:681-684.

auténticos y enriquecedores no serían posibles sin la consciente renuncia a los poderes disciplinarios de cada profesional. Por otra parte, dichas renunciaciones pueden coadyuvar a una real homogenización del poder y de las responsabilidades; y en suma, al fomento de un liderazgo democrático y rotativo.

Cabe aclarar que en un proyecto interdisciplinario la renuncia no sólo se refiere a la superioridad de poder en tanto intervención de una determinada disciplina frente a otras; también remite a la primacía de un saber que, creyéndose único, muchas veces corre el riesgo de acallar la diversidad de otros saberes.

Si se negara o disminuyera la heterogeneidad del conjunto, podríamos estar frente al peligro de permanecer en una mirada recortada, o incluso, tergiversada de quien tenemos a nuestro lado.

2.2.2. Teoría de la Identidad Social en el marco de equipos de salud.

Partiendo de la noción elemental del ser humano como un ser complejo, es claro que lo será aún más en su interacción con otros; complejidad que se ve acrecentada en los últimos años a causa de las vertiginosas transformaciones sociales que impactan de una u otra forma en la subjetividad de cada uno de nosotros. En esta época en que “el ser” se define por lo que se tiene, en que se incita desmedidamente a la competencia y se priorizan las intervenciones individuales, constituye un desafío y un enriquecimiento constante promover y sostener espacios de prácticas y saberes colectivos.

Así, pues, el punto de partida de esta teoría radica en la concepción del mundo social como un entramado complejo y en constante transformación, donde resulta

prácticamente imposible aprender y ordenar la cantidad de información que se genera al convivir e interactuar en múltiples prácticas cotidianas.¹⁰

Los humanos tendemos a simplificar el mundo social en categorías sociales. Asimismo, los profesionales de la salud no escapamos a esta forma de reducir la vastedad del conjunto social. Podríamos afirmar, incluso, que nos encontramos más expuestos a dicha categorización que otros ámbitos laborales porque nos relacionamos con distintas profesiones cuyo conocimiento previo es mínimo; y por lo mismo, nos vemos tentados a generar estereotipos para interpretar la variedad de profesiones que coexisten en nuestro campo de actuación.

En este sentido, es pertinente formularnos autocríticamente la siguiente pregunta: *¿quién conoce el objeto de estudio y las técnicas de intervención propias del: terapeuta ocupacional, educador social, musicoterapeuta, psicomotricista, psicopedagogo, etc.?*

Cuando aparecen en escena estas figuras o etiquetas, y las más consolidadas que también pesan sobre estas disciplinas de la salud, si no tomamos consciencia de este proceso de categorización social es probable que nos vinculemos no con el terapeuta ocupacional sino, por ejemplo, con el de las “manualidades”; o con el de las “pensiones”, en el caso de la trabajadora social; o con el “monitor de tiempo libre” en el caso del educador social; o el de las “pastillas, en el caso del psiquiatra...

¿Cómo “desmontar” estas categorías sociales? Será necesario, en primer término, que cada colectivo profesional se conceda la oportunidad de conocer en cierta profundidad la aportación específica de las demás profesiones con las que se sostiene un objetivo común.

Al acercarnos a las demás disciplinas nos encontramos con una constelación de experiencias y saberes que hacen a la complejidad de la interacción; puesto que cada uno trae consigo modelos teóricos propios, métodos de valoración, procedimientos de

¹⁰ BELLIDO MAINAR, J.R (2007): “El equipo interdisciplinar: una oportunidad para activar sinergias”; trabajo presentado en *IV Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental: “La rehabilitación en salud mental hoy: ¿hacia dónde vamos?”*; 24 y 25 de Mayo de 2007. Barcelona.

intervención, paradigmas, un conjunto de niveles de evidencia científica y una tradición práctica en la intervención con pacientes. Sin embargo, llegaremos a experimentar paulatinamente que en el trabajo individual no se dejan de contemplar aspectos imprescindibles del objetivo común –resumido éste en mejorar la calidad de vida del paciente-; al tiempo que lograremos comprender que la aportación específica de cada profesión es única, y que si bien ésta se puede suplir en un momento determinado del tratamiento, nunca sustituir del todo; teniendo siempre como horizonte reflexionar e intervenir positivamente en la problemática del paciente.

3. Diseño metodológico.

Tipo de estudio.

Se trata de un diseño no experimental, transeccional de tipo descriptivo, con utilización de técnicas de recolección de datos cualitativos y cuantitativos.

Variables.

1. Percepciones de los profesionales de la salud sobre la terapia Ocupacional.
 - Definición conceptual: conocimientos y apreciaciones de los profesionales de salud sobre la Terapia Ocupacional.
 - Definición operacional: Se evaluará a partir de sus respuestas en los cuestionarios y entrevistas realizadas.

2. Derivaciones a los Terapeutas Ocupacionales.
 - Definición conceptual: Proceso mediante el cual se pone en contacto a un individuo que tiene una determinada necesidad, con los servicios que pueden atenderla.
 - Definición operacional: Se tomará en cuenta:
 - Cantidad de derivaciones (por profesional y en total).
 - Frecuencia de derivación (por profesional y en total).
 - Motivos de las derivaciones (por profesional y en total).
 - Pedidos de interconsulta (por profesional y en total).
 - Comunicación del profesional con el Terapeuta Ocupacional.

Población.

La población está comprendida por todos los profesionales de un Instituto Interdisciplinario con atención en salud mental. El mismo presenta un total de veintidós profesionales, de los cuales se identifican: diecinueve psicólogos, un acompañante terapéutico, un trabajador social y un terapeuta ocupacional.

Sus edades oscilan entre los 24 y los 37 años.

El cargo de dirección en la institución, lo desempeña una psicóloga; mientras que otra persona de la misma profesión cumple la función de coordinadora general. Ambas, se ocupan de realizar las entrevistas de incorporación de pacientes y de acuerdo a éstas, posteriormente se deriva el caso al coordinador particular del área requerida por el tratamiento, es decir, al profesional que de ahí en más trabajará con el paciente y evaluará las necesarias intervenciones; desde su disciplina y desde las demás áreas que hacen al colectivo institucional. De este modo, cada coordinador particular tiene a su cargo orientar al resto de los integrantes del equipo mediante reuniones, y efectuar derivaciones cuando lo crea necesario.

En lo que atañe a las características edilicias, el lugar cuenta con tres consultorios utilizados por los diferentes profesionales; y además, hay un salón de usos múltiples donde se llevan a cabo las reuniones de equipo. Periódicamente, estas reuniones posibilitan la participación conjunta de las personas que forman parte de la institución; cada uno aporta sus experiencias y puntos de vista en cuanto al tratamiento de los pacientes, y a partir de allí, se planean las derivaciones a los profesionales más pertinentes, conforme al plan de intervención convenido.

Los pacientes que ingresan en este espacio son personas que padecen de algún tipo de enfermedad mental. Una vez integrados al Instituto, tienen la oportunidad de realizar distintos talleres, dependiendo de sus intereses y tratamiento; y al tiempo que reciben cotidianamente un acompañamiento terapéutico para las actividades diarias que realizan fuera de la institución.

Muestra.

La muestra es no probabilística, por conveniencia, integrada por los profesionales de la salud, directora, coordinadora general y coordinadores del Instituto Interdisciplinario con atención en salud mental.

Técnicas de recolección de datos.

a) Cuestionario.

Se utilizará como instrumento un cuestionario que será presentado a la totalidad de los profesionales de la salud que forman parte de la institución. Se escogió esta técnica ya que su aplicación permite agilizar la recolección de datos, acorde con el tiempo del que disponen dichos profesionales para prestar colaboración en este análisis.

Por otro lado, el anonimato procura generar una mayor confiabilidad y autenticidad en las respuestas a los interrogantes.

Descripción del instrumento.

El cuestionario está compuesto por:

- Un encabezado con preguntas demográficas.
- Una pregunta cerrada.
- Cinco Preguntas abiertas.

CUESTIONARIO.

EDAD:

SEXO:

PROFESIÓN:

AÑO DE EGRESADO:

1. ¿Trabajó alguna vez en una institución con un Terapeuta Ocupacional?
2. ¿Conoce cuál es el trabajo de un Terapeuta Ocupacional? Describalo.
3. Escriba un breve concepto de lo que usted piensa que es la Terapia Ocupacional.
4. ¿Realiza usted derivaciones a otras disciplinas? ¿A cuáles?
5. ¿Considera que la Terapia Ocupacional es una disciplina importante? ¿Por qué?
6. ¿Cree importante el trabajo en equipo dentro de una institución? ¿Por qué?

b) Entrevista.

A su vez, se realizará una entrevista dirigida únicamente a los directivos y coordinadores de la institución, para recibir mayor información acerca de las derivaciones y de su desempeño, debido a que, como ya se apuntó más arriba, son ellos los que en concreto realizan los ingresos de los pacientes, teniendo bajo su cargo la responsabilidad de derivarlos a las distintas disciplinas que allí se encuentran.

Descripción del instrumento.

La entrevista está compuesta por:

- Un encabezado con preguntas demográficas.
- Cinco Preguntas abiertas.

ENTREVISTA.

EDAD:

SEXO:

PROFESIÓN:

AÑO DE EGRESADO:

1. ¿Cómo es su trabajo dentro de la institución?
2. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en esta institución?
3. ¿Qué criterios tiene usted en cuenta cuando realiza una derivación?
4. ¿Qué conocimientos posee acerca del trabajo del Terapeuta Ocupacional dentro de esta institución?
5. ¿Piensa que es importante el conocimiento acerca de otras disciplinas? ¿Por qué?

Procedimiento.

En primer lugar, se destinará un cuestionario a los veintiún profesionales de la salud; luego, en una segunda instancia, se realizará una entrevista de forma individual a la directora, a la coordinadora general y al coordinador.

Para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios, se reunirá a los profesionales de la salud, el investigador hará entrega del listado de preguntas, disponiendo de 20 minutos para su realización.

Una vez instrumentados los cuestionarios y entrevistas, se procederá a hacer entrega de un folleto con información pertinente sobre la Terapia Ocupacional, a saber, definición, objetivos e incumbencias; con el propósito de ampliar el espectro de saberes en torno a este campo, y así promover la productividad de su aporte en el trabajo interdisciplinar.

4. Análisis e interpretación de datos.

4.1.- Análisis de los cuestionarios.

A continuación se presentarán los resultados que fueron obtenidos a partir de los cuestionarios realizados a los profesionales que integran el Instituto Interdisciplinario del área de la salud.

Como vimos anteriormente, la mayoría de dichos profesionales son psicólogos y desempeñan sus tareas como acompañantes terapéuticos; a su vez, tienen la posibilidad de derivar pacientes a los distintos talleres y disciplinas que forman parte de este espacio. Las derivaciones también están a cargo de los coordinadores, directora y coordinadora general.

El cuestionario que se elaboró para llevar adelante esta investigación fue realizado al total de los profesionales de la salud de la institución; es decir, a las veintiún personas restantes que conforman el equipo interdisciplinario, entre las cuales diecinueve son psicólogos, uno es trabajador social y otro, acompañante terapéutico.

Pasaremos, en adelante, a desarrollar un análisis ordenado y reflexivo de la información aportada por las respuestas del cuestionario.

✚ Cuando se preguntó a los profesionales si alguna vez habían trabajado con un terapeuta ocupacional, los resultados fueron los siguientes:

TRABAJÓ CON UN TERAPEUTA OCUPACIONAL					
EDAD	SI		NO		TOTAL
	FEM	MASC	FEM	MASC	
24- 30	9	2	6	1	18
31- 37	-	1	-	2	3
TOTAL	9	3	6	3	21

En la tabla se puede observar que del total de las personas, nueve contestaron negativamente, es decir que –según ellos- hasta el momento no han tenido oportunidad de trabajar con un Terapeuta ocupacional. En cierta forma, este dato indica el escaso conocimiento o la falta de un diálogo más estrecho entre los profesionales que trabajan en la institución puesto que la misma cuenta con un Terapeuta Ocupacional.

✚ Con respecto al conocimiento sobre el trabajo del terapeuta ocupacional y la descripción acerca del mismo se recogieron los siguientes datos:

TRABAJO DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL									
PROFESION	no conoce	Inclusión de personas discapacitadas	Desarrolla Actividades	promover habilidades	desarrollar hábitos y actitudes	ayuda a afrontar Probl. de la vida cotidiana	rehabilitación	reinserción laboral	TOTAL
PSICOLOGOS	6	1	6	2	-	1	1	2	19
A.T.	-	-	1	-	-	-	-	-	1
TRAB. SOCIAL	-	-		-	1	-	-	-	1
TOTAL	6	1	7	2	1	1	1	2	21

Observando esta tabla, podría decirse que la mayoría de los profesionales seleccionaron como trabajo del terapeuta ocupacional la opción “desarrolla actividad”. En concreto, fueron siete los que se inclinaron por esta idea; a lo cual le siguió la opción “no conoce” elegida por seis profesionales. Siguiendo este último dato, y tomando como indicador el número total de quienes participaron del cuestionario, se pone en evidencia que un considerable porcentaje no posee conocimiento –a lo sumo aproximado-, sobre el desempeño específico del Terapeuta Ocupacional.

A continuación, se citarán fragmentos textuales de los encuestados para ejemplificar los resultados de este análisis:

-“**Desconozco** detalles de su desempeño”;

-“**No tengo claro** de qué se trata”;

-“La verdad no tengo demasiados conocimientos pero **supongo que** fomenta el desarrollo de ciertos hábitos y actitudes a través de acciones y tareas...”;

-“No estoy muy segura pero **supongo que** tiene que ver con promover habilidades cognitivas y ayudar a la reinserción social”;

-“No conozco claramente cuál es el trabajo pero **supongo que** tendría que ver con la coordinación de talleres”;

-“Realiza con el paciente actividades que le permiten desplegar sus capacidades y movilizar el deseo...”

[En todos los casos citados, la marcación de las palabras en negrita y cursiva me pertenece]

✚ Al interrogar acerca del concepto de Terapia Ocupacional se obtuvieron las siguientes respuestas:

CONCEPTO DE TERAPIA OCUPACIONAL										
PROFESIÓN	no contesta	realiza act. Teniendo en cuenta habilidades, intereses	recuperar el bienestar por medio de la ocupación	terapia centrada en el desenvolvimiento del paciente	plantea actividades y ocupaciones	promueve habilidades físicas y psíquicas	terapia basada en la inclusión laboral	alivia el sufrimiento mediante la actividad	trabajo con el paciente indicado por otro profesional	TOTAL
PSICÓLOGOS	1	2	1	2	6	4	1	1	1	19
A.T					1					1
TRAB. SOCIAL					1					1
TOTAL	1	2	1	2	8	4	1	1	1	21

Algunas respuestas literales de los encuestados acerca del concepto de la Terapia Ocupacional:

-“Profesional que trabaja en la estimulación del paciente; se ***basa en la actividad*** del mismo.”

-“Tipo de terapia que consiste en ***organizar actividades*** para conseguir objetivos previstos.”

-“Recuperar el equilibrio y bienestar del paciente por medio de una ***ocupación.***”

[Las palabras en negrita y cursiva han sido destacadas por mí]

✚ En lo que atañe a las derivaciones de un campo específico hacía otras disciplinas, se obtuvieron los siguientes resultados:

PROFESIÓN	DERIVACIONES										
	no deriva	psiquiatría	fonoaudiología	neurología	psicopedagogía	nutrición	psicología	Medicina	a.t.	t.o.	TOTAL
PSICÓLOGO	9	6	3	4	6	1	-	4	1	-	34
A.T.	-	1	-	-	-	-	1	-	1	1	4
TRAB. SOCIAL	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
TOTAL	9	7	3	4	6	1	2	4	2	1	39

Esta tabla pone en evidencia un punto fundamental para nuestro análisis investigativo, en tanto que resulta notable la cantidad de profesionales que manifestaron no realizar derivaciones. Mientras que, en aquellos casos que respondieron positivamente, se destacan cuáles son las disciplinas que usualmente reciben mayor porcentaje de derivaciones, a saber, Psiquiatría y Psicopedagogía.

En este sentido, es importante acentuar que de los veintiún encuestados solamente doce –o sea, poco más de la mitad- instrumentaron la derivación como parte del tratamiento; y de esta cantidad sólo se realizó una al Terapeuta Ocupacional que integra este equipo de trabajo.

✚ **Al interrogar acerca de la importancia de la terapia ocupacional como una disciplina de la salud y el por qué de su consideración, se presentan los siguientes resultados:**

IMPORTANCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL						
PROFESIÓN	No es importante	Si es importante	No sabe	No contesta	No siempre	TOTAL
PSICÓLOGOS		16	1	1	1	19
A.T		1				1
TRAB. SOCIAL		1				1
TOTAL		18	1	1	1	21

Del total de profesionales que valoró a la T.O. como disciplina importante en el área de la salud:

- la mayoría (siete) mencionó como fundamento de su elección la idea general de que ayuda para abordar patologías desde otra perspectiva y para complementar el trabajo individual con los saberes y herramientas de los demás campos afines;
- tres personas argumentaron que su relevancia viene dada por el hecho de brindar herramientas importantes y específicas;
- otras tres, en cambio, tuvieron en cuenta el fomento de la creatividad y la actividad en el paciente;

- los cinco profesionales restantes eligieron respuestas diferentes y no lo suficientemente justificadas, tales como: sólo porque sí; o bien por considerar al trabajo y a los aspectos afectivos de la persona como esenciales en el tratamiento, o bien porque ayuda a la rehabilitación así como a las adaptaciones en casos de discapacidad, etc.

Llegados a este punto, es posible aventurar una **conclusión parcial**: si bien buena parte del equipo opinó favorablemente acerca de la relevancia de la T.O, resulta significativo el hecho de que los distintos profesionales no se hayan exployado lo suficiente en torno al concepto y la descripción del área de desempeño de la misma; y en reiteradas ocasiones, expusieran nociones y argumentos muy generales o pocos precisos.

Además, también puede observarse que -en contraste con esta valoración positiva sobre la T.O.-, concretamente no se efectuaron derivaciones a su campo.

✚ Cuando se preguntó sobre la importancia del trabajo en equipo y el por qué se consideraba de esta forma se obtuvieron los siguientes datos:

IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO									
PROFESIÓN	Dar mayor respuestas Reconocer limitaciones Y aprender de otras disciplinas	Abordar al sujeto de forma integral	Intercambiar puntos De vistas y Conocimientos	Única forma de trabajo	Importante que la disciplina este a disposición	Visión sostenida en la diferencia, Creando modos de operación	Interesante para los profesionales y los pacientes	Fundamental pensamiento complejo y la intervención en diferentes niveles	TOTAL
PSICÓLOGOS	1	6	6	1	1	1	2	1	19
A.T			1						1
TRAB. SOCIAL			1						1
TOTAL	1	6	8	1	1	1	2	1	21

En esta tabla se observa que el total de profesionales que realizó el cuestionario manifestó la importancia del trabajo en equipo dentro de la institución; y en su mayoría, por considerar indispensable intercambiar puntos de vistas y conocimientos con otras disciplinas.

4.2.-Análisis de las entrevistas.

A continuación se presentará el análisis de datos de las entrevistas que fueron realizadas a la directora, coordinador y coordinadora general de la institución.

Estas personas, como ya vimos, tienen un papel fundamental en la **derivación**, ya que son las que realizan las entrevistas de admisión y luego derivan al paciente a los diferentes profesionales.

Las edades de los entrevistados oscilaban entre los 32 y los 47 años.

Al interrogar acerca de **los criterios que tienen en cuenta cuando realizan una derivación**, se obtuvieron los siguientes datos:

Los tres entrevistados coincidieron en que un aspecto fundamental a tener en cuenta es la patología del paciente y el perfil profesional de quien lo va a atender o evaluar.

Uno de ellos, además, agregó:

“Resulta esencial hacer una evaluación de las limitaciones propias, y vincular esto con las urgencias o necesidades que exija la problemática del paciente; para luego poder derivarlo a otro profesional.”

Aún así, cuando se interroga acerca de **los conocimientos que se ponen en juego sobre la T.O. a la hora de realizar una derivación a esta profesión en particular**, únicamente la directora logró responder de forma más amplia. Entre otras cosas, destacó su importancia para el complemento de abordajes de patologías diversas y la consideró como una disciplina que estimula y fomenta capacidades del paciente. Por otra parte, también señaló la potencialidad de su aplicación en tanto que incrementa la creatividad, ayudando a anudarlo a la vida del paciente.

En este mismo punto, el resto de los entrevistados respondieron que conocían algunas de sus actividades; sin especificar bien cuáles ni dar mayor información al respecto. Por ejemplo, una de sus breves respuestas fue:

*“Sí, conozco **algunas** de sus actividades e incumbencias.”* [La marcación en negrita nos pertenece].

Nuevamente, al igual que en los cuestionarios, vuelve a ponerse de manifiesto el concepto de terapia ocupacional ligado a la actividad. En este sentido, parecería que la noción de “actividad” que subyace en estas respuestas escasamente fundamentadas es la de un “HACER por HACER”; noción que se sostiene en una visión algo sesgada, como la de “gente parada, malos pensamientos”...

Y por último, al interpelarlos en torno a **la importancia del conocimiento de otras disciplinas**, todos valoraron como fundamental e imprescindible el hecho de tener saberes y contacto con otras profesiones, presentando como argumento lo significativo que resulta el aporte desde otra óptica para el abordaje del paciente; lo cual permite realizar derivaciones adecuadamente. En palabras de uno de los entrevistados:

“Creo que es importante saber de otras disciplinas para realizar derivaciones ya que cada una aporta algo diferente para la recuperación o rehabilitación del sujeto.”

Reiteradas veces durante la investigación nos encontramos con esta valoración positiva del trabajo en equipo, del conocimiento sobre otras disciplinas, de sus objetos de estudio e incumbencias. Sin embargo, es necesario dejar sentado que muchas de las respuestas dadas en las entrevistas demuestran que en el momento de involucrarse con otras profesiones y, consecuentemente, derivar el caso que se tiene bajo su responsabilidad, la tarea no resulta tan simple como parece.

Asimismo, la imagen que se tiene del terapeuta ocupacional –en el marco del Instituto Interdisciplinario en el que se realizó este análisis-, es poco profunda, o bien, suele quedar reducida a unas pocas e imprecisas nociones. Tal es así que, a menudo, el encargo que recibe el profesional es el de “mantener ocupados” a los pacientes.

5. Conclusiones.

En la presente investigación delineamos un recorrido en el que se propuso tomar fundamentalmente dos puntos de partida; por una parte, las **percepciones** que manifestaban los profesionales de un Instituto Interdisciplinario con atención en salud mental acerca del campo de la **Terapia Ocupacional**, y por otra parte, las diferentes formas de concebir y materializar el trabajo en equipo, es decir, la **interdisciplinariedad** en la práctica clínica; para luego hacer confluir dichos trayectos en un análisis interpretativo de la problemática aquí planteada: la forma en que dichas percepciones de las demás áreas de la salud -en sus flujos y reflujos de saberes y experiencias cotidianas-, determinan la evaluación concreta de la T.O. al momento de realizar **derivaciones** a la misma. En otros términos, la real consideración de la Terapia Ocupacional en la participación e integración que se le acredita desde las demás disciplinas reunidas bajo un proyecto colectivo.

A tales fines, tuvimos en cuenta algunas de las nociones esenciales, cimientos e incumbencias propuestas por Willard y Spackman (2008). Las mismas sustentan el campo de la T.O. desde su lugar propio, es decir, como disciplina autónoma y calificada, y en relación al resto de profesiones con las que comparte y planifica espacios de construcción para hacer frente al desafío de casos tan diversos y sus respectivos tratamientos. Estos lineamientos generales sirvieron para poner al descubierto la insuficiencia o vaguedad con que se trata a esta disciplina; particularmente en los procedimientos y conocimientos de un equipo de profesionales de la institución que se abordó.

El tratamiento de los datos que recogimos en las entrevistas y cuestionarios aporta fundamento a estos aspectos que venimos remarcando. Tal es así que, en la mayoría de los casos, se pudo observar el modo en que los profesionales vinculaban, de alguna u otra forma, la T.O. a la simple ejecución de actividades; y con frecuencia

sin atinar a describir aproximadamente sus modos de operar, componentes a tratar e incumbencias.

Si bien la *actividad* constituye un aspecto esencial en el trabajo terapéutico (en tanto que su intervención es dimensionada por ésta), no por eso debe reducirse toda una disciplina a esta categorización. Coincidiendo con Bellido Mainar (2007), es preciso hacer hincapié en la importancia de desmontar las figuras o etiquetas por las que suelen atravesar las diferentes disciplinas en los equipos de salud, ya que en caso contrario se correría el peligro de relegar a la T.O. a un plano ambiguo, algo improvisado y poco “profesional”.

Desde esta misma perspectiva, presumimos que se vuelve ineludible poner bajo la mirada crítica a aquella noción de *actividad*, en tanto que -en los términos que en se la solía emplear en las respuestas de muchos profesionales-, se dejó vislumbrar la idea de “un hacer por hacer”; como si el tratamiento desde la T.O. no estuviera guiado por evaluaciones y planificaciones constantes en el proceso de revestir de sentido a las actividades y desarrollar potencialidades diversas. Retomamos aquí el concepto que planteamos en el marco teórico sobre la actividad terapéutica y concordando con Gastañaga Ugarte (2009), creemos que las actividades que utiliza el Terapeuta ocupacional están dirigida a una meta, poseen significado para el paciente, son adaptables y graduales; convirtiéndose así en un instrumento para la prevención de la disfunción, mantenimiento o mejoramiento de la función, fundamentalmente al pasar por el tamiz del juicio y el conocimiento del profesional.

Así pues, debemos remarcar que tanto las particulares destrezas, entrenamientos, adaptaciones, a trabajar, así como el propósito más general de lograr la reintegración ambiental, cultural y familiar del paciente son factores que aprecia el profesional en todo momento, especialmente a la hora de instrumentar las actividades seleccionadas.

Por otro lado, es de destacar que buena parte de los encuestados hizo notar que no tenía conocimiento alguno acerca de la T.O; y en los casos restantes manifestaron la necesidad de aclarar que sus conceptos o descripciones se basaban, más que en conocimientos sólidos o en experiencias, en meras *suposiciones*. Dato no menor, si se

considera que se trataba de un equipo interdisciplinar que contaba con un profesional de dicha disciplina.

En efecto, se propuso en nuestro desarrollo investigativo la necesidad imperiosa de “desmontar” categorías o estereotipos sociales, los cuales suelen ponerse en juego en estos espacios de confluencia de profesiones diferentes, anquilosando la percepción de las subjetividades y formas de trabajo; y que, por otra parte, operan como “barreras” que imposibilitan una circulación fluida de prácticas y conocimientos entre los protagonistas involucrados.

Es preciso, pues, retomar la idea de Fridman (2005) planteada en el marco teórico, en torno a la concepción del trabajo “interdisciplinar” no como mera yuxtaposición de diversas disciplinas, sino como visión y práctica constructiva para abordar integralmente al sujeto. En esta línea, apuntamos la necesidad de asumir lo incompleto de cada una de las miradas, y consecuentemente, el compromiso de responder a las demandas de todo espacio colectivo; sobre todo, en lo que atañe al renunciamiento de los poderes disciplinares.

Puede observarse -siguiendo aquellas ideas apuntadas-, que en ocasiones las respuestas ofrecidas por los profesionales manifestaban cierta contradicción entre, por un lado, lo que valoraban y sostenían acerca del trabajo interdisciplinario y, por el otro, el número real de *derivaciones* y la concreta *instrumentación* de las mismas en campos reducidos.

En especial, tal paradoja se hace evidente si se analizan los resultados obtenidos a la luz de la escasez de derivaciones que experimentó el terapeuta ocupacional en dicho Instituto Interdisciplinario. Concretamente, del total de profesionales involucrados (veintiuno), únicamente doce aseguraron realizar derivaciones, de las cuales sólo una fue dirigida al terapeuta ocupacional.

Para ir finalizando, resulta oportuno señalar que a lo largo del desarrollo de este trabajo, nos hemos encontrado con ciertas dificultades al momento de recolectar y analizar la información relevante para los objetivos propuestos.

En primer lugar, es preciso apuntar la inevitable parcialidad de nuestras conclusiones, teniendo en cuenta que la muestra poblacional que se tomó para nuestra indagación se redujo exclusivamente a un grupo de profesionales de un único Instituto Interdisciplinario. Entonces, no debemos pasar por alto que si bien la bibliografía consultada y el sondeo de nuestro recorrido por experiencias similares de otros terapeutas ocupacionales manifestaron como común denominador la ausencia de un conocimiento ajustado de la T.O., aun así, el punto de llegada de la presente investigación no dejan de ser un *recorte* de la amplia y heterogénea realidad en el campo de la salud.

En esta misma línea, más que un cierre conclusivo, procuramos plantear un nuevo punto de partida; es decir, intentamos abrir la discusión acerca de las nociones ambiguas o insuficientes que circulan alrededor de la figura del terapeuta ocupacional en los espacios interdisciplinarios.

En segundo término, también es importante hacer alusión a la actitud general de los profesionales que colaboraron en la recolección de datos, mediante su participación en la entrevista y cuestionario realizados para dicho fin. Al respecto, vale decir que en la mayoría de los casos, las respuestas confeccionadas resultaron bastante concisas y, en ciertas ocasiones, un tanto insuficientes, dado que no se explayaron demasiado al dar argumentos para sostener y justificar el criterio y valoración de sus propios puntos de vista.

Por lo demás, como ya sugerimos anteriormente, consideramos que más allá del particular recorte de nuestro trabajo, de alguna manera hemos colaborado para continuar abriendo camino al debate y al permanente intercambio sobre un tema de evidente trascendencia para la disciplina, que afecta a tantos intereses y espacios. Creemos fundamental, en síntesis, promover la reflexión permanente con el propósito de repensar las prácticas e ideas en torno al ámbito de la salud, sin olvidar los efectos sociales que de éstas se desprenden.

6. Sugerencias.

Se les entregará a los profesionales de la salud que formaron parte de esta investigación un folleto con información acerca de la terapia ocupacional, sus incumbencias, modalidad de trabajo y población con la que trabaja. De esta forma, se pretende difundir y destacar las potencialidades de la terapia ocupacional a fin de que se interesen por la misma y la tomen en cuenta a la hora de efectuar sus derivaciones y las necesarias interconsultas en la práctica de su desempeño cotidiano.

Estamos convencidos de que una mayor difusión de los saberes y experiencias de los distintos campos de la salud, y en particular el de la T.O. que todavía está en vías de consolidarse como disciplina autorizada, puede colaborar de alguna forma a mejorar significativamente el tratamiento de los pacientes. El trabajo en equipo requiere –como condición de base- de un recíproco y comprometido diálogo de todas las disciplinas que intervienen en el mismo, con el objeto de fomentar un intercambio enriquecedor, tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes.

Referencias bibliográficas.

- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES [Online]:
<http://www.terapiaocupacional.org.ar>

- ASOCIACIÓN PROFESIONAL ESPAÑOLA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES A.P.E.T.O. [Online]:
<http://www.terapia-ocupacional.com>

- BELLIDO MAINAR, J.R. (2007): *El equipo interdisciplinar: una oportunidad para activar sinergias*. Trabajo presentado **en** IV Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental: "La rehabilitación en salud mental hoy: ¿hacia dónde vamos?", 24 y 25 de mayo de 2007, Barcelona.

- DIAZ NOVAS, J. y GALLEGO MACHADO B. (2005): *La interconsulta y la referencia*. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. Vol.21, n.3-4 [citado 2011-10-03]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

- DI MONACO, P. y NIETTO, S. (2003): *Evolución de los servicios de la Terapia Ocupacional de la ciudad de Rosario*. Tesis de Licenciatura, Universidad Abierta Interamericana. Rosario.

- FRIDMAN, G. (2005): *Enfoque filosófico-holístico de la Interdisciplina en las Ciencias de la Salud*. Acta Farmacéutica Bonaerense, vol. 24, Nº 1. Disponible en: http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_8_1_28LW5VCRK2.pdf.

- GASTAÑAGA UGARTE MARIO, (2009): "Apuntes de geriatría en equipo". Ed. Club Universitario. San Vicente, Alicante.

- KIELHOFNER, G. (2004): *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

- MORUNO MIRALLES, P. y ROMERO ASUYO, D. (2003): *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. 1ª Ed. Editorial Elsevier – Masson. Barcelona.

- ROSAS, M. (2005): *Entrevista a Alicia Stolkiner. Disciplina-Interdisciplina*. Cuadernos de capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. (Coord.

Ana Lía Cabral). Ministerio de Salud - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; publicado **en** revista "Salud y Población", N° 6, 2008.
Disponible en: www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/rieeps.

-RUBIO ARRIBAS V., RODRÍGUEZ IBÁÑEZ M.L., SAMPEDRO MARTÍNEZ E., VÍCTORES BENAVENTES C., ALECHIGUERRA GARCÍA A., BARRIO GAMARRA J.L. (2000): *Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta*. Aten Primaria; 26:681-684.

- SPACKMAN, C.S. y WILLARD, H.S. (2008): *Terapia Ocupacional*. Ed. Panamericana. Madrid.