



Representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional en salas de Clínica Médica

Social representations of health professionals about Occupational Therapy interventions in the Internal Medicine Units

Cecilia Spikermann

Cecilia Spikermann

Licenciada en Terapia Ocupacional. Realizó la Residencia básica y jefatura de residencia en Hospital B. Rivadavia, Residencia de Terapia Ocupacional del GCBA. Actualmente Residencia Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos del GCBA, con base en Hospital Carlos Bonorino Udaondo.

ceciliaspikermann@yahoo.com.ar

Resumen

El presente trabajo surge a partir de mi experiencia como residente en la sala de Clínica Médica de un hospital general de agudos del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Se detectó que en varias oportunidades fue necesario explicitar a los profesionales las incumbencias del terapeuta ocupacional en dicha área. Además, se ha percibido que en ocasiones las derivaciones a Terapia Ocupacional eran inadecuadas o tardías, dificultando el trabajo diario. Por ese motivo, se lleva a cabo un protocolo de investigación cualitativo, con el objetivo conocer las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional en la sala de Clínica Médica del Hospital B. Rivadavia, y de este modo, favorecer una adecuada difusión del rol en el área, pudiendo pensar e implementar modificaciones para una mejora en el trabajo diario, con el consiguiente beneficio para los profesionales, la institución, y principalmente, los pacientes.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, agudos, equipo multidisciplinario, representaciones sociales.

Abstract

The present report arises from my experience as a resident in the Internal Medicine unit at a general acute care hospital of the public health system of the city of Buenos Aires (Argentina), where, in several occasions it was necessary to explain to the professionals the OT's responsibilities in that area. In addition, referrals to OT were inadequate or delayed in several occasions, making daily work difficult. For this reason, the present qualitative research protocol is carried out, with the objective of investigating the social representations of health professionals about TO interventions in the Internal Medicine unit of the Hospital B. Rivadavia, and thus, promote an adequate diffusion of the role in the area, being able to think and implement modifications for an improvement in daily work, with the consequent benefit for the professionals, the institution, and mainly, the patients..

Key words: Occupational Therapy, acute, multidisciplinary team, social representations.

Introducción

El presente trabajo surge a partir de mi experiencia como residente de Terapia Ocupacional en la sala de Clínica Médica en el Hospital General de Agudos B. Rivadavia.

La intervención de Terapia Ocupacional (TO) en las salas de Clínica Médica, en hospitales generales de agudos de la C.A.B.A., comenzó en el año 1998, a partir de la iniciación del Programa de Residencias y Concurrencias de Terapia Ocupacional del G.C.B.A. (Pérez, 2013). Actualmente, dicha especialización en el área de adultos, tiene lugar en los hospitales Dr. Enrique Tornú y B. Rivadavia, en el servicio de internación de Clínica Médica, y otras especialidades que soliciten la intervención de Terapia Ocupacional, como por ejemplo la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Coronaria, Neurología, Cirugía, etc.

La inserción de TO en estos dispositivos, tiene que ver con que el proceso de hospitalización aguda y se asocia con frecuencia a una limitación en el desempeño ocupacional¹, particularmente en las personas mayores (Pérez, 2013). Esta problemática puede deberse a diversas causas (por ejemplo, alguna limitación física secundaria a alguna enfermedad), pero, en el proceso de internación (sobre todo cuando la misma es prolongada), ocurre un fenómeno llamado descondicionamiento², que ocasiona complicaciones secundarias a la hospitalización, disminuyendo la capacidad funcional de las personas y deteriorando su estado de salud.

Es por eso que el objetivo de TO en un hospital general de agudos está focalizado en promover la participación de los pacientes internados en actividades cotidianas, prevenir complicaciones secundarias al reposo prolongado en cama, mantener o aumentar el nivel de funcionamiento para reducir el impacto de la internación al momento del alta (Pérez, 2013). La metodología de trabajo en dichos hospitales es multidisciplinaria, con lo cual, el terapeuta ocupacional está en contacto permanente con otras disciplinas de la salud (médicos/as, kinesiólogos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales), con quienes se intercambia información de forma constante.

En lo que respecta mi experiencia por la sala de internación de Clínica Médica, en varias oportunidades fue necesario explicitar a los y las profesionales las incumbencias del terapeuta ocupacional en esta instancia. Además, se ha percibido en

algunas oportunidades derivaciones inadecuadas o tardías, dificultando el trabajo diario.

Se considera que lo anterior puede estar relacionado al escaso conocimiento que se tiene acerca de la profesión en general. A esto se le suma que la inserción de TO en hospitales generales de agudos es reciente respecto a otras áreas, y son pocas las instituciones que cuentan con este servicio. Por lo tanto, es posible que muchos y muchas profesionales no estén interiorizados/as en el rol del terapeuta ocupacional en estas instituciones. Por lo planteado hasta aquí, es que formulo la siguiente pregunta: ¿Cómo son las representaciones sociales de los y las profesionales de la salud que forman parte del equipo de las salas de internación de Clínica Médica en el Hospital general de agudos B. Rivadavia (HGA), sobre las intervenciones del terapeuta ocupacional en dicha área?

Población y Muestra

La elección de la muestra fue no probabilística, intencional y por cuotas, hasta conseguir la redundancia y saturación teórica de los datos y procurando generar representatividad de cada una de las profesiones en la misma.

Criterios de inclusión:

Todo y toda profesional de la salud que desempeñe tareas en el área de Clínica Médica en el Hospital B. Rivadavia, en el transcurso del año 2017/2018, sea residente, concurrente o de planta permanente del mencionado hospital.

Criterios de exclusión:

Todo y toda profesional de la salud que no desee participar del estudio.

La investigación fue llevada a cabo en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital B. Rivadavia, durante el período de Junio de 2017 a Mayo de 2018.

El presente protocolo de investigación científica fue presentado en el Comité de Ética en Investigación (CEI) Hospital B. Rivadavia, siendo aprobado por el mismo el 14/06/2017. Se respetó y cumplió con todas las legislaciones y reglamentaciones pertinentes para este estudio, a las cuales adhiere el CEI según su Manual de Procedimientos operativos vigentes al momento de su realización.

Aquellas personas que aceptaron participar del estudio, debieron previamente firmar el consentimiento informado y hoja de información para los sujetos de investigación. Se respetó la confidencialidad de la información personal registrada garantizando la no utilización de la misma en perjuicio de los sujetos en estudio, según los términos de la Ley 1845 (Ley de protección de los datos personales, C.A.B.A.).

1 Desempeño Ocupacional: es la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno y la actividad. (Ávila Álvarez, A. et al., 2010)

2 Descondicionamiento: son aquellos cambios que ocurren dentro de los primeros días o semanas de internación debido a una rápida disminución en la actividad, la cual afecta negativamente a un amplio rango de sistemas fisiológicos, independientemente de la enfermedad. El mismo revierte con la actividad. (Stucki, G., 2005 en Pérez, M., 2006)

Diseño, materiales y métodos

El diseño fue descriptivo, observacional, transversal, y prospectivo. Respecto al enfoque metodológico, se realizó un trabajo cualitativo, ya que el objeto de estudio cuenta con gran contenido subjetivo, y en las investigaciones de esta índole, se considera más rico un relevamiento de datos donde se puedan destacar los aspectos subjetivos de los discursos. En los estudios cualitativos, se busca la comprensión de la conducta humana, desde el propio marco de referencia del sujeto que actúa; se valora la diversidad de los sentidos, lo heterogéneo de los significados que cada individuo le otorga a su experiencia, situada en contextos específicos y complejos (Bottinelli, 2003).

Instrumento de recolección de datos

Se aplicó una entrevista semi-estructurada, con preguntas abiertas a través de las cuales se buscó obtener la opinión propia de cada sujeto, con el fin de obtener datos reales, ricos y profundos (Bottinelli, 2003).

Variabes en estudio: profesión, género, edad, cargo (planta, residente o concurrente), antigüedad en el cargo, Representaciones Sociales sobre las intervenciones de TO en el HGA.

Análisis de datos

Al tratarse de un trabajo de carácter *cualitativo*, para el análisis de datos se utilizaron ejes de análisis. Los mismos fueron categorizados a partir de la conceptualización de “*representaciones sociales*” propuesta por Moscovici:

La representación social representa a un objeto, y al mismo tiempo pertenece, es parte del mundo subjetivo de un sujeto. El ámbito de significados comunes depende del grado en que se comparta la cultura de un determinado grupo social y las representaciones sociales que involucra. Cada grupo desarrolla su propia concepción de la realidad. (Moscovici, 1961 citado en Aiseison, 2011, p.162)

En relación con el mismo concepto, Moscovici agrega que:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, S., 1979 citado en Mora, M., 2002, p.7)

A partir de esta última definición, y con fines didácticos, Moscovici divide las representaciones sociales en tres dimensiones: la *información*, organización o suma de conocimientos

con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento/hecho (esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones que se forman los individuos sobre la realidad). El *campo de representación*, expresa la organización de contenido de la representación en forma jerarquizada y remite a la idea de imagen, (deben considerarse los factores ideológicos en la estructuración del campo de representación). Finalmente, La *actitud*, que considera la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social, (Moscovici. 1979, citado en Mora, 2002).

Teniendo en cuenta lo previamente descripto, en el presente trabajo se realizó el análisis de los datos de la siguiente manera:

1. Se desgravaron las entrevistas realizadas y se transcribieron las respuestas en sistema computarizado.
2. Se agrupó la información en relación a cada pregunta, y se clasificó según la dimensión detectada (actitud, campo de representación, información).
3. Se buscaron adjetivos calificativos, palabras que surjan con mayor o menor frecuencia, similitudes y diferencias en cada relato.
4. En un segundo tiempo, se pasó a un nivel de análisis interpretativo, en el que se volcó la información en un cuadro con diferentes categorías (actitud, información, campo de representación, y Representaciones Sociales según profesión), para facilitar la visualización y el consiguiente análisis de contenido, según cada eje de análisis.

Descripción de la muestra

La muestra quedó conformada por 14 profesionales de la salud: 5 hombres y 9 mujeres, de edades entre 28 y 64 años. Participaron 1 kinesiólogo y 2 kinesiólogas de planta (de 2, 5 y 12 años de antigüedad), 1 trabajadora social de planta (de 4 años de antigüedad), 1 psicóloga de planta (5 años antigüedad), 2 enfermeros de planta (de 10 y 5 años antigüedad), 2 médicos y 2 médicas residentes (2 de 1er. Año, y 2 de años más avanzados), 1 médico y 2 médicas de planta (uno de 40 años de antigüedad, y dos de reciente tiempo en el cargo: menos de 2 años).

Resultados

Información y campo de representación

En relación a las intervenciones

Al realizar el análisis de los datos, se observó que las personas entrevistadas relacionaron asiduamente el rol de TO en sala de Clínica Médica, con el trabajo con las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Esto puede verse en frases como “*involucrar a los pacientes en actividades de la vida diaria*” (K3), “*Evaluar lo que*

impide al paciente realizar sus actividades” (P1), “que los pacientes vuelvan a tener su funcionalidad” (MP2). Otros y otras profesionales detectaron, además, el trabajo con actividades creativas o recreativas, aunque con menor frecuencia que las AVD: se escucharon frases del estilo *“trabajan la reconexión con lo creativo” (P1) o “los he visto traer libros para que leyeran” (MR1).*

El hecho de que la mayoría de los y las profesionales hayan detectado este aspecto, puede demostrar un grado de conocimiento importante de la profesión, ya que el terapeuta ocupacional, promueve la inmediata participación de las personas en las A.V.D. (actividades de la vida diaria) que tienen sentido y propósito para la misma, con el fin de mantener o recuperar la capacidad funcional del paciente y en consecuencia impactar en sus funciones y estructuras corporales (Pérez, 2013).

Sin embargo, se observó que los y las profesionales presentaron dificultades para identificar el uso terapéutico que el terapeuta ocupacional implementa al trabajar con las actividades.

En muchas oportunidades, profesionales mencionaron que TO interviene con aquellos y aquellas pacientes que se aburren, o tienen dificultades de ocupar su tiempo:

“pacientes con alguna cuestión de ansiedad, porque le ocupa el tiempo con algo recreativo” (P1), “Cuando veo que el paciente está muy poco involucrado en actividades, pasa mucho tiempo en cama y no se le ocurre que hacer” (MR3), “cuando el paciente refiere me aburro en sala y me gustaría involucrarme en alguna actividad” (MP2).

Aquí se observa, que suelen identificar a la profesión con la *prescripción de actividades*, o de la utilización de dichas actividades con el único fin de entretenimiento. Esta mirada quizás esté influenciada por la visión verticalista médico hegemónica, que deja al paciente en un lugar pasivo. En este sentido, uno de los principales pilares de la profesión, es trabajar con aquellas actividades que resulten *significativas* para la persona, tomando a esta como protagonista en su tratamiento.

Otra intervención del terapeuta ocupacional que los y las profesionales recordaban con frecuencia, fue el trabajo con las habilidades motoras de los y las pacientes (cambios de posicionamiento, ejercicios funcionales, etc.), esto se ha visto en frases como:

“Es como que activan a los pacientes que están postrados o con alguna dificultad en la movilidad”(P1); “siempre lo pido cuando quiero que el paciente se mueva, camine, o no crea que por estar internado tenga que estar todo el tiempo planchado, y no pierda esa capacidad funcional(MP3)”.

A la vez, se observó que los y las profesionales también detectaron el uso de equipamiento, adaptaciones y elementos de uso diario. Esto, (y también el trabajo con las actividades) puede deberse a la facilidad de observar empíricamente dichas intervenciones en el ámbito de trabajo. En varias oportu-

nidades, daba la impresión que mencionaban los elementos utilizados en las intervenciones, por lo llamativo de los mismos, pero sin comprender por completo su función. Por ejemplo, una médica de planta refirió *“lo que me llama la atención son los elementos”.* Generalmente, el uso del equipamiento fue asociado al “comfort” de las personas *“los pacientes siempre están esperando que vengan, refieren que con el uso del equipamiento pudieron estar mejor, más tranquilos...” (P1),* este puede ser uno de los objetivos del uso del equipamiento, aunque no el único. Por ejemplo, no se ha señalado la utilización de los mismos para evitar la aparición de escaras. Este fue un aspecto mencionado por profesionales de medicina y enfermería, pero sin ligarlo al uso del equipamiento.

La inserción de TO en salas de Clínica Médica, se enmarca dentro del área de rehabilitación física. Entre las intervenciones que se realizan, se encuentran aquellas destinadas a mantener o mejorar las habilidades motoras de las personas, dentro de un enfoque integral, centrado en la persona y sus ocupaciones.

La elevada prevalencia con la que los y las profesionales de la sala detectaron de este aspecto, puede deberse a la gran frecuencia con la que se realizan estas intervenciones. Además, la mayoría de las personas entrevistadas, tienen formación en el área biomédica (Medicina, Enfermería, Kinesiología), con lo cual, su observación también podría estar más ligada a dicho campo de formación.

Más allá de la relación de la TO con aspectos motores, muchos/as de los/as entrevistados/as ligaron la intervención de las terapeutas ocupacionales con personas de *edad avanzada*, que se encuentren atravesando *situaciones de vulnerabilidad social*; por ejemplo, aquellas personas que tienen escasa o nula red de apoyo, y/o que suelen transcurrir largos períodos de internación.

Esto puede relacionarse con el incremento de las problemáticas sociales complejas de la actualidad. Podría inferirse que en algunas oportunidades, los y las profesionales asocian la intervención del terapeuta ocupacional, con un modo de compañía, donde se intentaría paliar la fragilidad de la red social de esas personas:

“Cuando los llamamos a ustedes es para que esas personas, primero, tengan con quien hablar, porque muchas veces están solos”(MR1) , “ayudan al paciente en su período de internación a no estar tan quieto, a no tener tanta falta de inclusión, porque el paciente internado está un poco solo, un poco apartado del mundo”(MR2), “tratan de resolverle problemas a ese paciente que quizás no puede por estar en la cama todo el día, y capaz no pasa nadie en todo el día o pasan pocos”(MP3).

Al asociar principalmente el accionar del terapeuta ocupacional con personas en contexto de vulnerabilidad social, los y

las profesionales no solían mencionar el trabajo con las familias; una intervención que se realiza con frecuencia en el área para asesoría en los cuidados, capacidad funcional de la persona, acompañamiento soporte emocional, etc. Sólo fue mencionada por dos enfermeros, ligada a la asesoría en cuidados posturales, y por la psicóloga y trabajadora social, en relación al acompañamiento y soporte a la familia. Esto último probablemente se relacione al hecho de que las últimas profesionales forman parte del equipo de Cuidados Paliativos que funciona en el hospital, donde se inserta TO, y por este motivo existe un intercambio de información más fluido en relación al accionar profesional. Otros y otras profesionales, quizás no hayan tenido oportunidad de observar al terapeuta ocupacional interviniendo con las familias. Es interesante que la TS mencionó ambos aspectos (tanto la intervención con las familias, como el trabajo con aquellos pacientes que presentaban escasa red social).

Describiendo el Rol de Terapia Ocupacional en la sala

Se observó que los y las profesionales presentaron cierta dificultad para describir el rol del terapeuta ocupacional en la sala de Clínica Médica, ya que en general, fueron nombrando las diferentes características percibidas en un modo fragmentado, y no en un discurso continuo. Iban mencionando los diferentes aspectos, según recordaban, y de forma separada. Esto puede guardar relación con la formación de grado de TO, que además de los saberes propios de la disciplina, toma conocimientos de diferentes campos de la salud (biomédicos, de salud mental, comunitario, etc.), lo que favorece la mirada integral del paciente a la hora de intervenir, pero puede suceder que ocasione confusión para que otras profesiones logren identificar un rol definido de dicha disciplina, o comprender como confluyen todas estas incumbencias en una sola profesión.

Una mirada integral

Es de relevancia resaltar que muchas de las personas entrevistadas destacaron la mirada *integral* que presentan las terapeutas ocupacionales al abordar los y las pacientes:

“Se ocupan tanto de la rehabilitación física, como todo el contexto, todo lo concerniente al paciente” (MP2), “le preguntan su rutina en la casa o todo ese tema de cosas personales, más profundo” (MP3), “tienen tiempos diferentes de abordajes, y favorece que se brinde una atención más completa a los pacientes” (K1).

Varios y varias profesionales relacionaron a la intervención del terapeuta ocupacional con conceptos como *bienestar, confort, autonomía, y calidad de vida*. En relación a los objetivos del terapeuta ocupacional en la sala de Clínica Médica, los y las profesionales mencionaron algunos tales como:

“Procurar el bienestar de la persona, trabajar con su potencial para que pueda alcanzar un estado de bienestar y autonomía” (P1), “mejorar la calidad de vida durante la internación” (TS1), “mejorar el confort, buscarle una mejor calidad de vida” (K2).

Estas frases continúan denotando lo que denominaban como “mirada integral” y que atribuyen al quehacer profesional del terapeuta ocupacional. Se resaltó, además, el acompañamiento que realiza a los y las pacientes, el tiempo dedicado y la capacidad de escucha:

“Yo creo que son las que más escuchan a los pacientes (...) escuchan sus preocupaciones, más allá de que tengo y como me curo” (MP2)

“los pacientes se sienten mucho más cómodos, sienten que alguien les presta atención, que realmente se interesa...” (P1)
“ustedes hablando, ayudan a que esos pacientes estén mejor” (MR1).

Es importante que los y las profesionales hayan detectado esta característica del abordaje en TO. La escucha activa, y el soporte emocional, conforman un pilar fundamental en la construcción de un vínculo terapéutico, y en el acompañamiento de pacientes hospitalizados y sus familias, atendiendo a sus necesidades integrales. Es importante señalar, que el soporte emocional no es incumbencia específica de TO, sino que se encuentra entre sus posibles intervenciones. Para brindar un cuidado más humanizado, esta intervención debería ser central en toda profesión de la salud.

En relación a las derivaciones

Se encontró que para las personas entrevistadas, no fue sencillo identificar y describir los criterios de derivación que utilizan para solicitar intervención de TO. Al intentar mencionarlos, solían realizarlo de un modo ambiguo, pero demostrando que detectan necesidad de TO en una gran cantidad de pacientes en frases como “nosotros derivamos muchos pacientes” (MR1), “de los pacientes que están internados, a casi todos” (MP2), “no creo que hay alguien que diga no, este no voy a derivarlo” (MR3). Incluso, en ocasiones, y a modo de broma, algunos profesionales mencionaban “derivamos a todos” (risas)(MR4).

De todos modos, lograron identificar algunos criterios generales de derivación: la mayoría de los y las profesionales refirieron que suelen derivar a TO los y las pacientes que transcurren *largos períodos de internación, sin o con escasa red de apoyo y de mayor edad*. De este modo, puede verse reflejado como las personas entrevistadas, relacionan el rol del terapeuta ocupacional con el trabajo con pacientes que posean una limitación funcional y/o complicación establecida. Este aspecto pudo apreciarse en frases como: “en pacientes que vienen de una internación prolongada y quiero que se vayan a casa, los

necesito, porque esa persona perdió orientación en tiempo y espacio, perdió capacidades habituales” (MP2).

Una vez más, se observa la asociación que realizan los y las profesionales en relación al trabajo de los y las terapeutas ocupacionales con pacientes que atraviesan situaciones de vulnerabilidad social: “derivo pacientes sociales, pacientes que no tienen familia” (MR1), “aquellos pacientes que están solos, en su mayoría de más edad, que no puedan moverse, o se puedan mover pero estén solos”(MR2), “aquellos pacientes solos que nadie los pueda ayudar a movilizarse”(MP2).

Retomando el apartado anterior, el hecho de derivar pacientes que posean una limitación funcional, es adecuado, teniendo en cuenta que según lo referido por la bibliografía, uno de los principales objetivos de TO en salas de Clínica Médica es promover la autonomía de las personas (Pérez, 2013). Sin embargo, no debe perderse de vista que el terapeuta ocupacional en agudos trabaja para garantizar una rehabilitación precoz, focalizando en la intervención temprana para *prevenir el desacondicionamiento* y evitar que surjan complicaciones secundarias a la hospitalización. Esto no quiere decir que también se trabaje con pacientes con complicaciones establecidas previamente. Se señala lo siguiente porque se observó mayor dificultad por parte de los y las profesionales en reconocer el papel que la profesión cumple en acciones preventivas. Sólo en una oportunidad una médica de planta de escasa antigüedad en el cargo, mencionó que el terapeuta ocupacional procura “que el paciente que se interna tenga las herramientas para poder evitar enfermedades”.

El hecho de que los y las profesionales refieran derivar pacientes con complicaciones establecidas, puede guardar relación con varios aspectos.

La mayoría de los y las profesionales recibieron formación de grado en el marco del modelo imperante de atención en salud (médico hegemónico), el cual se centra en la enfermedad y su curación, dejando en un segundo plano la promoción y prevención de la salud. Sumado a esto, la demanda que se recibe diariamente en el hospital, puede influenciar en que los y las profesionales prioricen derivar aquellos/as pacientes que ya posean una complicación, antes de los que no la hayan adquirido aún. En la actualidad, se ha evidenciado un aumento de la demanda de pacientes que no poseen, o disponen de escasa red social de apoyo. Y, por último, la derivación de pacientes con patologías ya establecidas, puede deberse a la inserción histórica de la TO en dispositivos de tercer nivel de atención. Desde sus orígenes, la profesión trabajó con pacientes que presentaban patologías crónicas, que ocasionaran severas limitaciones en la funcionalidad. Con lo cual, el imaginario social de la misma puede asociarse con mayor facilidad a este tipo de abordaje.

Rol de Terapia Ocupacional en el equipo

Un aspecto muy destacado por los y las profesionales, fue el rol de comunicador que el terapeuta ocupacional cumple en el equipo. En numerosas ocasiones, las personas entrevistadas representaron al terapeuta ocupacional como nexo entre pacientes y profesionales “es un eslabón de un montón de cosas que normalmente están desconectadas” (K2). Refirieron la utilidad del intercambio de información con dicho profesional: “las veo como intermediario entre la parte médica y pacientes” (MP2), “hablar con ustedes me da buena información, que la necesito” (K1), “Para mí hoy es ir a la sala y preguntar, ¿qué opinas de este paciente?”(P1). De esta manera, puede verse reflejado el esfuerzo diario de las terapeutas ocupacionales de entablar comunicación fluida con el equipo, un pilar importante de intervención en el área. Además, se mencionó el trabajo interdisciplinario, y la importancia del mismo. “un trabajo interdisciplinario es mucho más productivo que una sola disciplina que quiera abarcar todo, me parece mucho más óptimo y que resulta” (K3). Sin embargo, en lo cotidiano, el estilo de trabajo que se observa en la sala de Clínica Médica, se asemeja más a la *multidisciplina*, donde cada profesional realiza intervenciones separadamente, con sus propios objetivos, existiendo pocos espacios de reunión, intercambio, o de planificación en conjunto. Los momentos en los que se entrecruza información quedan reducidos a esfuerzos individuales de aquellos y aquellas profesionales que deseen realizarlo. Es decir, el intercambio de información sucede, pero luego, cada cual trabaja con su propio abordaje de modo paralelo, sin establecer metas ni objetivos en común.

Actitudes

En líneas generales, los y las profesionales mencionaron cualidades positivas del rol de Terapia Ocupacional en salas de Clínica Médica. Se mencionó en muchas oportunidades la utilidad del trabajo en conjunto con las terapeutas ocupacionales en la sala: “me sirve mucho TO para el abordaje” (K1).

También se destacó la buena predisposición para trabajar, compromiso y compañerismo: “muy buena predisposición para trabajar y muy buena respuesta de los pacientes” (MP2). “el trato siempre fue excelente con ustedes, siempre buena predisposición, nunca me rechazaron nada, la verdad, muy agradecido a su servicio” (MR2).

Se resaltó también la cantidad de tiempo dedicada a los y las pacientes como algo positivo “tienen más tiempo con ese paciente, y eso me sirve, para ver cómo avanzar” (K1).

En relación a la efectividad de las intervenciones de TO en la sala, todas las personas entrevistadas mencionaron efectos positivos: “muy buena, y muy valorada además” (TS1), “yo creo que ayudan mucho, yo las veo que se preocupan por un montón de cosas” (K2), “efectos totalmente positivos, lo que es Terapia Ocupacional acá es excelente” (MP2), “hemos visto

cambios enormes” (MP3). En algunas oportunidades, se mencionó el aprendizaje vivenciado junto a las terapistas ocupacionales: “el abordaje me parece excelente, aprendí mucho de ustedes” (MP2), “me parece un trabajo sumamente valorable, he aprendido un montón de cosas, siempre que busco alguna sugerencia me interesa la opinión del terapeuta ocupacional, porque a veces tienen una visión que yo no la tengo”(TS1).

Solamente en dos ocasiones, se comentaron algunas *resistencias* existentes con el servicio: Kinesiología, mencionó la presencia de cierto “resquemor” por la similitud que existe entre ambas profesiones. Sin embargo, él y ellas no comparten esa actitud, de acuerdo con la experiencia del trabajo diario. Un médico de 40 años de antigüedad en el puesto, mencionó la resistencia existente entre los médicos y las médicas de mayor antigüedad ante la inclusión de la TO en el equipo de Clínica Médica. Atribuyó este hecho al desconocimiento que existe sobre la utilidad y el objetivo de dicha profesión. De todos modos, continuó refiriéndose a la profesión (y a las otras profesiones no-médicas) como “co-adyuvante” de la medicina, manteniendo una actitud centrada en lo médico hegemónico. Lo cual atribuye un carácter subalterno de la profesión respecto de la medicina. Por más que estas últimas dos opiniones hayan referido cierta incomodidad con la profesión, ambas terminaron virando hacia una actitud positiva con la misma. Al ser una terapeuta ocupacional perteneciente al servicio la que realizaba las entrevistas (yo misma), es probable que los y las profesionales presentaran comentarios negativos que hayan decidido omitir a la hora de realizar la entrevista.

Representaciones Sociales según profesión

La mayoría de los y las profesionales (Kinesiología, Medicina, Psicología y Enfermería), detectaron similitudes entre la TO con otras profesiones, principalmente con Kinesiología.

Es llamativo el hecho de que los y las profesionales constantemente asemejen el rol del terapeuta ocupacional con el de otras profesiones. Esto puede guardar relación a la formación de grado amplia que recibe el terapeuta ocupacional, en donde se toman conocimientos de diversas ciencias (biomédicas, salud mental, etc.), lo que puede favorecer que muchas veces, sea difícil para “la lente” de otros y otras profesionales, discernir las incumbencias específicas de los y las terapeutas ocupacionales.

Profesionales de Kinesiología, Medicina y Enfermería, comentaron que generalmente presentan dificultades para discernir el criterio de derivación entre TO y Kinesiología “para mí, Kinesiología y TO van a la par, a veces es muy difícil disociar cuando uno necesita uno, o cuando necesita el otro (...)” (MP2). Sin embargo, un kinesiólogo mencionó una diferencia: “ustedes se ocupan de lo funcional y nosotros de lo selectivo” (K1), aquí se denota que se registra el trabajo que el terapeuta ocupacional realiza con las ocupaciones y la capacidad fun-

cional de las personas. Sin embargo, esta apreciación no surgió con mucha frecuencia. Los y las profesionales que detectaron esta diferencia, fueron el kinesiólogo y las kinesiólogas, quienes poseen profundo conocimiento de su propio quehacer profesional, y pueden conseguir identificar diferencias entre ambas disciplinas. Describieron ambas profesiones como complementarias: “a veces nosotros para cumplir determinados objetivos necesitamos a TO, y TO, para cumplir determinados objetivos, necesita de Kinesiología” (K3). La complementariedad entre ambas profesiones, también fue detectada por profesionales de Medicina y Enfermería, aunque con mayor dificultad de delimitar las incumbencias de cada una.

Más allá de la confusión con el quehacer de otras profesiones, la mayoría de las personas entrevistadas relacionó el abordaje del terapeuta ocupacional con las AVD. Sin embargo, los y las residentes de medicina de menor antigüedad, tuvieron mayor dificultad en detectar este aspecto: una residente de medicina de 4to año mencionó que “los R1 confunden TO con Kinesiología”. Sumado a esto, 3 residentes de medicina, mencionaron lo novedoso de la profesión “había escuchado, pero no sabía específicamente lo que hacían” (MR1). Una residente de 4to año, atribuyó este hecho a que hace algunos años que no se realiza la clase introductoria al rol del terapeuta ocupacional en la sala de Clínica Médica, que solía llevarse a cabo anualmente para los y las residentes ingresantes de medicina.

Si bien los y las profesionales asemejaron la mayoría de las veces el quehacer profesional de TO con el de Kinesiología, también se mencionaron, (aunque con menor frecuencia), similitudes con otras disciplinas. En una oportunidad, una médica relacionó a la profesión con Trabajo Social, por trabajar con aquellos pacientes que se encuentran *solos*, pero esta no fue una concepción que surgiera con mucha frecuencia. En cambio, Psicología y Enfermería, entablaron similitudes de la TO con cada una de las disciplinas referidas, respectivamente. La psicóloga refirió que, en ocasiones, el trabajo del terapeuta ocupacional se asemeja al del psicólogo, como interlocutor en el equipo, Enfermería, detectó similitud entre ambas profesiones, en relación a las AVD de baño y aseo. A modo de diferenciación de las incumbencias, destacaron que el terapeuta ocupacional realiza dichas intervenciones con el fin de garantizar la calidad de vida a los pacientes.

Por otro lado, los y las profesionales de Kinesiología, Medicina y Enfermería destacaron la cantidad de tiempo que las terapeutas ocupacionales dedican a los y las pacientes. Esto puede estar relacionado a que estas son profesiones con orientación biomédica, en la que mayoritariamente se abordan problemáticas reducidas a determinada área física, y por lo general no abordan problemáticas sociales, emocionales, o de otra índole, que pueden requerir mayor dedicación de tiempo en la sesión. En relación con esto, se mencionó en reiteradas oportunidades el espacio de escucha que las terapeutas ocu-

pacionales brindan a los y las pacientes (Medicina, Psicología, Trabajo Social). Llama la atención que solamente Psicología y Trabajo Social, destacaron en varias oportunidades el trabajo del terapeuta ocupacional con pacientes que se encuentren atravesando dolor. Seguramente se relacione, con que ambas profesionales forman parte del equipo de Cuidados Paliativos y están más habituadas a observar o escuchar las incumbencias de Terapia Ocupacional en esta área. Ocurrió en una oportunidad, que un médico residente de 1er. Año, registró la intervención del TO con actividades de relajación, pero sin conseguir vincularlo a algún objetivo específico (por ej. alivio del dolor).

Conclusiones

A lo largo del escrito, se han encontrado representaciones sociales diversas en los distintos profesionales de la salud, respecto al rol de TO en la sala de Clínica Médica. Esto era esperable, teniendo en cuenta la subjetividad que las representaciones sociales implican. Sin embargo, más allá de las diferencias, se han visto coincidencias en varios puntos: por ejemplo, la incumbencia del terapeuta ocupacional en la realización de las AVD, el trabajo con el equipo, mirada “integral” en el abordaje, etc. Por otro lado, se puede afirmar que las intervenciones que se detectaron con mayor frecuencia fueron aquellas observadas empíricamente, y con cierta dificultad para identificar el uso terapéutico de las ocupaciones (noción de la intervención del terapeuta ocupacional para “ocupar el tiempo” o “entretenimiento” de los pacientes).

Se han encontrado diferencias en las representaciones sociales según la profesión, evidenciando cierta tendencia a identificar aquellas cuestiones más ligadas a las incumbencias de cada disciplina. Se observaron más similitudes entre las representaciones sociales de aquellas profesiones ligadas al campo físico de la salud (Medicina, Enfermería y Kinesología). Sin embargo, hay representaciones sociales que surgieron en todas las profesiones por igual. Por ejemplo, la relación del trabajo del terapeuta ocupacional con las AVD, la función de comunicador entre pacientes y profesionales, y abordaje con los y las pacientes que presenten mayor vulnerabilidad social.

Respecto a la antigüedad en el cargo, la mayor discrepancia que se ha encontrado en los discursos, fue lo referido por el médico de 40 años de antigüedad en el puesto, quien ubicó a la profesión (junto con las otras profesiones no médicas) como co-adyuvantes de la medicina, con un tinte subalterno.

Por lo visto hasta aquí, se puede apreciar que en líneas generales, las representaciones sociales de los y las profesionales de la salud que trabajan en la sala de Clínica Médica del Hospital sobre el rol del terapeuta ocupacional en la misma, han sido positivas, transmitiendo una actitud a favor de la profesión.

Se ha demostrado conocimiento sobre la función del terapeuta ocupacional en esta área, en mayor medida de lo esperado. Esto puede estar relacionado a los años de trayectoria y trabajo que las terapistas ocupacionales vienen realizando en el hospital desde el año 2002. Sin embargo, los discursos analizados denotaron que fue complejo para los y las profesionales distinguir entre los abordajes de kinesología y TO, presentando dificultad para discernir criterios de derivación entre ambas. También se observó que fue difícil identificar algunas intervenciones que realiza el terapeuta ocupacional en relación a la prevención de complicaciones y abordaje familiar.

Discusión

Estos conocimientos socialmente construidos, tienen consecuencias sobre la práctica profesional diaria y los procesos de formación (residentes ingresantes). Por lo tanto, se considera necesario continuar elaborando estrategias para una adecuada difusión del rol. Principalmente, haciendo foco en comunicar los diversos criterios de derivación existentes, ya que se ha relacionado en muchas oportunidades la intervención del terapeuta ocupacional, con aquellas personas que posean complicaciones tardías, y que no tienen, o tienen escasa red social de sostén. Al tratarse de un segundo nivel de atención, es importante poner énfasis en intervenciones que favorezcan la *rehabilitación precoz*, para evitar el surgimiento de complicaciones secundarias a la hospitalización.

Dadas las dificultades sociales y económicas que existen en la actualidad, es de esperar que se incremente la demanda para trabajar con personas que atraviesan situaciones sociales complejas, y este es un aspecto que debe ser abordado interdisciplinaria e intersectorialmente. Sin embargo, no se deben perder de vista, aquellos casos que pueden experimentar complicaciones secundarias a la hospitalización, posibles de ser atenuadas o evitadas con una intervención temprana, aún contando con red social de apoyo, y/o una mejor situación económica.

Se considera que concientizar a los y las profesionales sobre el “por qué” o “para qué” el terapeuta ocupacional trabaja con las actividades que realizan las personas, puede colaborar a que más adelante puedan aunarse los criterios de derivación a dicha profesión.

El proceso realizado a partir de este trabajo, permite repensar y reorientar las prácticas llevadas a cabo habitualmente en la sala de Clínica Médica, para una mejora en el trabajo diario. El presente escrito pretende haber sido de utilidad, para poder colaborar en brindar pautas para redireccionar los esfuerzos para dicho fin. ■

[Recibido: 01/10/18 - Aprobado: 22/06/2019]

Referencias bibliográficas

- Aisenson, D. B. (2011). Representaciones sociales y construcción de proyectos e identidad de jóvenes escolarizados. *Espacios en Blanco*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=384539803007>
- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M.A., et al. (2010) *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso*. 2da. Edición (traducción). Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Bottinelli, M., (2003). *La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional: reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos*. Universidad de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Kottke, J., Lehmann, J. (1997) *Krusen, medicina física y rehabilitación*. 4º edición. Madrid, España, Ed. Médica Panamericana.
- Ley N° 1.845/05 de Protección de Datos Personales. (2005, 24 de noviembre). Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires 2691, Mayo 2005.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora>
- Pérez Riffo, M. (2006). Terapia Ocupacional en un Hospital General de Agudos. Manuscrito no publicado. Buenos Aires.
- Pérez Riffo, M. (2013). Terapia Ocupacional en un Hospital General de Agudos. Autónoma de Buenos Aires. Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (2), 99-112. doi:10.5354/0719-5346.2014.30220
- Torrance, M. (1998). Terapia Ocupacional en pacientes agudos. En Spackman, W., Hopkins H., Smith H. (Ed.), *Terapia Ocupacional*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Cómo citar este artículo:

Spikermann, C. (2019). Representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional en salas de Clínica Médica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 20-28.

