



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la
carrera de

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TÍTULO

“Representaciones sociales de profesionales de Terapia
Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo
interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con
amputación de miembro superior”.

Autoras: Montesino, Victoria Ayelén DNI.40670706 - Mancini, Nataly
DNI.40670711

Directora: Mg. TO Candela Sánchez.

Sede: Rosario

Fecha de presentación: 1/02/2023

Firma:



UGR Universidad
del Gran Rosario

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la
carrera de

LICENCIATURA EN ORTESIS Y PROTESIS

TÍTULO

“Representaciones sociales de profesionales de Terapia
Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo
interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con
amputación de miembro superior”.

Autoras: Mancini, Nataly DNI.40670711 - Montesino, Victoria Ayelén
DNI.40670706

Directora: Mg. TO Candela Sánchez.

Sede: Rosario

Fecha de presentación: 1/02/2023

Firma:

Resumen

La investigación tuvo como objetivo identificar, describir, comparar y por ende analizar las representaciones sociales (RS) de profesionales de Terapia Ocupacional (TO) y Ortesis y Prótesis (OP) sobre el trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior. Se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo que incluyó revisión bibliográfica y entrevistas semi estructuradas a seis profesionales (tres de TO y tres de OP).

El análisis de la información resultó en cinco variables relacionadas con el equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior. Los resultados mostraron que los profesionales compartían una visión positiva del trabajo en equipo interdisciplinario y reconocían su importancia en el proceso de rehabilitación. Destacaron la necesidad de una actuación interdisciplinaria para evitar el rechazo de las prótesis en los adultos jóvenes. También se identificaron obstáculos institucionales, como la falta de comunicación y recursos humanos, que dificultan la implementación del trabajo en equipo en las instituciones de salud.

No se encontraron diferencias significativas en las RS entre los profesionales de TO y OP. Todos coincidieron en la importancia de la colaboración y el intercambio de conocimientos entre distintas disciplinas para lograr resultados eficaces en la rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

Por lo tanto, en relación a los resultados de la investigación, fue posible arribar a las RS de los profesionales entrevistados. Los mismos destacan la importancia de promover la colaboración interdisciplinaria y superar los obstáculos institucionales para lograr una atención integral y dar por finalizado el proceso de rehabilitación.

Índice

Índice	2
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
II.a Objetivo General	4
II.b Objetivos específicos	4
III. Marco teórico.....	5
III.a Personas con amputación.....	5
III.b Rehabilitación	8
III.c Terapia Ocupacional	11
III.d Ortesis y Prótesis.....	12
III.e Representaciones sociales	16
III.f Equipo interdisciplinario	19
IV. Justificación	23
V. Metodología	25
VI. Resultados.....	27
VII. Conclusión y discusión.....	31
VIII. Referencias.....	35
IX. Anexos.....	41
Anexo I. Consentimiento informado, libre y voluntario.....	41
Hoja de información del consentimiento informado, libre y voluntario (Google form).....	41
Hoja de firmas del consentimiento informado, libre y voluntario	42
Anexo II. Entrevista semi estructurada.....	43
Anexo III. Matriz.....	45
Anexo IV. Carta de aceptación del director propuesto	46

Anexo V. Carta de aval del director (dirigida al director de la Lic. Terapia Ocupacional)..... 47

Anexo VI. Carta de aval del director (dirigida al director de la Lic. Ortesis y Prótesis)..... 48

Palabras clave: grupo de atención al paciente, rehabilitación, Terapia Ocupacional, Ortesis y Prótesis, amputados, representaciones sociales

Keywords: PatientCareTeam, rehabilitation, Occupational Therapy, Orthotics and Prosthetics, amputees

I. **Introducción**

En la presente investigación se planteó como objetivo analizar las RS de los profesionales de TO y OP en relación al equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

La temática de las amputaciones de miembro superior y el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes enfrenta la intervención de diversas disciplinas, como TO y OP dentro de un equipo interdisciplinario. Sin embargo es un tema poco estudiado por lo que hizo que su análisis sea un desafío.

La pérdida de un miembro superior conlleva implicaciones funcionales, psicológicas, sociales y estéticas. Las mismas se relacionan con la pérdida de la imagen corporal, la integración de habilidades y destrezas previamente desarrolladas, como la fuerza, precisión y sensibilidad de la mano. Esas funciones desempeñan un papel crucial en las actividades diarias y en el bienestar emocional de las personas, según señalan los autores Miravete et al., (2022 a).

Las características de las amputaciones de miembros superiores, como menciona el autor Zambudio (2009a), varían principalmente en su etiología traumática y se ven influenciadas por la edad y el entorno social de cada persona. Las mismas pueden afectar tanto a los aspectos psicológicos como a los físicos. Para los adultos jóvenes, la amputación puede tener un impacto significativo en su calidad de vida, su capacidad para trabajar y mantener la independencia económica, especialmente si ocurre durante un período de alta productividad laboral y demanda funcional, como señalan Miravete et al., (2022b).

El proceso de rehabilitación junto con la protetización desempeña un papel relevante en la búsqueda de la máxima autonomía en la vida cotidiana de las personas con amputación. La integración de saberes, conocimientos y prácticas en un abordaje

integral, como menciona el autor Collado (2008), es fundamental para lograr resultados óptimos en todos los aspectos de la vida de las personas.

Viladot (2005 a) divide al proceso de rehabilitación en distintas etapas o fases: pre protésica, protésica y post protésica y menciona que el objetivo final de la rehabilitación de la persona con amputación es su integración a su medio social y laboral habitual, en donde TO y OP tienen incumbencias diferentes pero complementarias en un equipo interdisciplinario.

La Ley Nacional N° 27.051 (2014) hace referencia a la intervención de la disciplina y regula el ejercicio de TO, entendiéndose como todas las actividades de análisis, evaluación y aplicación de métodos, técnicas y procedimientos en los que se implementen como recurso de intervención las actividades y ocupaciones que realizan las personas en su vida cotidiana. En consonancia, ante la inexistencia de una Ley Nacional de ejercicio profesional para los Licenciados en OP, la Ley 17.132 (1967) es la única norma que lo contempla y que hace referencia a la intervención de la disciplina regulando el ejercicio profesional, entendiéndose como las actividades de evaluación, diseño, confección, ensamble y mantenimiento de equipamientos destinados a corregir y/o sustituir funciones y/o miembros del cuerpo.

Por otra parte, las RS fueron incorporadas como eje de investigación debido a su papel en la orientación de la acción social de los profesionales. Las mismas pueden entenderse como sistemas de referencia que condicionan la práctica y contribuyen a la construcción de identidades colectivas, según señala Romeu (2014). Por lo tanto, el objetivo de analizar las RS de los profesionales de TO y OP en relación al trabajo en equipo interdisciplinario es indagar en sus ideas, valores, creencias y conceptos sobre la atención a los adultos jóvenes con amputación de miembro superior y entender cuál es su posicionamiento y desde donde miran para intervenir en su práctica cotidiana.

Los autores Lopez y Laje, (s.f a) sostienen que el equipo interdisciplinario surge en el contexto de articular e integrar nuevos conocimientos para abordar al ser humano de manera integral. Se ha encontrado en este modo de trabajo, una forma de trascender los análisis especializados o particulares. Por consiguiente, el autor Del Piccolo (2015) menciona que es necesario el trabajo de un equipo interdisciplinario que permita el alcance de los objetivos, entendiéndose que el eje central de la intervención son las personas. Por otra parte el autor Zambudio (2009 b) menciona que el equipo

interdisciplinario está constituido por varios profesionales que lo conforman, entre ellos: Médico Fisiatra, Traumatólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Ortesista Protesista, Psicólogo, Trabajador Social y personal de Enfermería.

La organización de las prácticas, según Santos et al., (s.f. b), deben por lo tanto, basarse en la acción, en el saber compartido de los profesionales y en el trabajo en equipo, que se exprese en la complicitad de la red entre las personas con amputación y que apunte a prácticas interdisciplinares con la intención de alcanzar la integralidad de la persona,.

Por lo anteriormente expuesto se consideró relevante realizar un estudio a través de la recopilación de información mediante entrevistas a profesionales clave que permita conocer la idea, el concepto o interpretación de las RS de los profesionales en cuestión, sobre la atención del equipo interdisciplinario a fin obtener un mayor entendimiento de la realidad social, sentar las bases para futuras investigaciones y mejoras en la práctica de este ámbito, además de crear una reflexión que aplique a la vivencia de trabajo diario. Como eje de la investigación se planteó la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las RS de profesionales de TO y OP, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior?

II. **Objetivos**

II.a Objetivo General

- Analizar las representaciones sociales de profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

II.b Objetivos específicos

- Identificar las representaciones sociales de profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.
- Describir las representaciones sociales de profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.
- Comparar las representaciones sociales de profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

III. Marco teórico

Los conceptos utilizados que se incluyeron en la investigación fueron: personas con amputación, rehabilitación, TO, OP, RS entendidas como las construcciones colectivas de significados compartidos y equipo interdisciplinario. Los antecedentes en esta temática destacan la importancia de la colaboración del equipo interdisciplinario en el campo de la rehabilitación para optimizar los resultados. Según mencionaron autores como Miravete et al., (2022), Zambudio (2009), Collado (2008), Viladot (2005), Ley Nacional N° 27.051 (2014), Ley 17.132 (1967), (Romeu, 2014), Lopez y Laje, (s.f), Del Piccolo (2015), Santos et al., (s.f) entre otros, el proceso de rehabilitación de las personas con amputación implica abordar múltiples aspectos, como la adaptación psicológica, el manejo del dolor, el desarrollo de habilidades funcionales y la utilización de dispositivos ortopédicos adecuados. En este sentido, se ha reconocido que el trabajo en equipo interdisciplinario, que involucra a profesionales de diferentes disciplinas puede potenciar la calidad de la atención y la efectividad de los procesos de rehabilitación.

Se consideró que el interior del desarrollo de los conceptos mencionados resultaron ser antecedentes que incentivaron a la investigación ya que en la revisión de la literatura se evidenció escasa bibliografía por lo cual se dificultó marcar antecedentes propios. Con base en lo mencionado anteriormente, la investigación se centró en analizar las RS de los profesionales de TO y OP en relación al trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

III.a Personas con amputación

Vázquez (2016 a) refiere que no se puede hablar de amputación sino se mencionan los temas atención a la discapacidad, colocación de prótesis y rehabilitación. Es importante distinguir que a nivel mundial existe la dificultad para obtener la plena participación e integración social de las personas con discapacidad, en especial la de personas con amputaciones y que no hayan completado el ciclo de colocación de prótesis y rehabilitación.

Se entiende por amputación a la ausencia de una parte o toda la extremidad, de causa traumática o no traumática. Esta deficiencia anatómica se acompaña de disminución de la capacidad funcional de la persona alterando su rol en la sociedad y además del indudable impacto psicológico, personal y familiar. (Farro L. et al., 2012, p. 241)

Como mencionan Aguilar y Arteaga (2020 a) según sea el nivel de amputación será el nivel de dependencia del individuo y por consiguiente la calidad de vida, ya que el rol social, familiar y personal se ve influenciado negativamente sin mencionar el efecto psicológico. El principal objetivo del tratamiento, es el mantenimiento de la máxima funcionalidad de lo que la persona puede hacer y lo que demanda el medio físico y social en el que se desenvuelve, cuando se hace referencia a la discapacidad no solo se habla de las condiciones físicas, psíquicas y sensoriales de la persona sino a la importancia de la independencia que tiene para vivir aún en presencia de estas limitaciones.

El proceso es traumático y relativamente frecuente. La amputación es una cirugía que a su vez tiene su parte favorable ya que es el momento en el que se deja el muñón apto para una posterior prótesis. Al ser el aparato locomotor un sistema completamente integrado, una amputación supone una pérdida física importante y su aporte a completar la totalidad del organismo. Se considera a nivel mundial un problema significativo para la salud pública, siendo un proceso sumamente discapacitante. (Zambudio, 2009 c, p. 4-15)

Cuando se presentan enfermedades crónicas, como lo es una amputación, el adulto joven tiene que adaptarse a nuevas situaciones, como mencionan Aguilar y Arteaga (2020 b) por ejemplo, medicación, consultas médicas constantes, limitación de actividades deportivas, presencia de dolor o malestar; cuando se encuentra en esta situación, es muy probable que se desarrolle una actitud o pensamientos negativos asociados a la pérdida de independencia, al deterioro y una mayor necesidad de ayuda física y emocional. La autonomía personal permite a la persona desarrollarse y adquirir habilidades básicas de la vida diaria, alimentarse, vestirse, bañarse, aseo del hogar y desplazarse. En las personas que presentan algún tipo de discapacidad, la calidad de vida se compone de los mismos factores, participación de decisiones, aceptación y plena integración en la sociedad. Al tener las mismas oportunidades dentro de la comunidad se experimenta una mayor calidad de vida.

Como se menciona en la Guía de atención de pacientes amputados según Rodeiro (2018 a), la etiología de una amputación puede ser traumática, adquirida y/o congénita. En los jóvenes la causa principal es traumática, en ancianos las relaciona con procesos vasculares y en niños/adolescentes causas tumorales.

Los adultos jóvenes adquieren roles psicosociales, incorporación a un trabajo estable, independencia personal y económica, es decir, roles propios de la adultez.

La etapa del adulto joven es comprendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los 21 y 24 años, sin embargo, Schütz y Tavares consideran un rango de los 19 a los 24 años, es en esta etapa cuando la persona biológicamente se muestra más fuerte, vital, enérgico y las condiciones de salud son favorables. (Aguilar y Arteaga, 2020 c, p.31)

Según los autores Aguilar y Arteaga (2020 d) el sufrir una amputación conlleva a un impacto significativo tanto individual, familiar, social, así como económico que implica relegar las actividades laborales y sociales. Gran número de personas con amputación se alejan, por temor o incapacidad física, de la actividad productiva que desarrollaban antes de sufrir la pérdida de una o varias extremidades, asociado a esto con frecuencia se crea una dependencia total o parcial que evita llevar a cabo las actividades de la vida diaria, como resultado de esto se obliga a la familia a asistir a la persona con amputación para realizarlas.

La importancia de la mano en las personas, según Zambudio (2009 d) se considera la herramienta más versátil y perfecta de la naturaleza y cuenta con tres funciones básicas, motora, sensitiva y comunicativa:

A través de la pinza se pueden manipular objetos y manejar la fuerza o presiones para ejecutar los movimientos, la prensión además de permitir agarrar los objetos también da la posibilidad de llevarlos de un lado a otro, de poder alcanzarlos y así soltarlos cuando quieran. Mediante la función sensitiva se hace posible la relación con el entorno gracias al tacto, pudiendo recibir información de la temperatura, textura y forma de los objetos. Por último, el autor refiere que la función comunicativa es una herramienta básica, los movimientos de las manos integran una parte esencial del lenguaje no verbal y también pueden seguir al habla para destacar esta expresión. Inclusive, en el lenguaje manual de los sordos el movimiento de las manos puede sustituir a las palabras.

Por otro lado, los autores Aguilar y Arteaga (2020 e) mencionan que el proceso de adaptación luego de una amputación empieza por saber que el propio muñón es un nuevo órgano al que se unirá el equipamiento protésico con el objetivo de recuperar al máximo las capacidades perdidas, lograr reincorporarse a las actividades diarias con la mayor independencia posible, y de esta manera mejorar la calidad de vida.

Existe en las personas el potencial innato para usar los recursos físicos propios desde la niñez. Según refieren Aguilar y Arteaga (2020 f) la participación espontánea de adultos jóvenes en diversas actividades físicas lleva consigo satisfacciones que quedan

limitadas con la amputación. Con respecto al ámbito laboral, el uso de una prótesis entraña mayor dificultad. Cuando se sufre una amputación la imagen corporal cambia a los ojos de la propia persona y los de los demás, y en ese intercambio también se percibe falta de aceptación con lo cual surgen problemas interpersonales que es necesario atender.

Como menciona Vázquez (2016 b) es sumamente necesario que las personas con amputación sean incorporadas a la visión de un tratamiento basado en principios bioéticos fundamentales como la justicia y la autonomía. Se sabe que tras una amputación o su planificación a nivel institucional, la atención se centra en el área de su salud física, como colocarse el equipamiento y en el mejor de los casos la rehabilitación, sin tener en cuenta en el plan de atención la importancia del impacto de la salud mental de la persona con amputación. La misma no representa una prioridad en la intervención, cuando las emociones y aspectos personales de la persona constituyen una parte fundamental del desarrollo humano.

Respecto a lo expuesto, será relevante el proceso de rehabilitación que busca en términos generales mejorar la calidad de vida de la persona con amputación. “La primera señal que indica el deseo de la persona de llevar una vida diferente es el uso de la prótesis, lo cual es un signo de buen pronóstico de lo que podrá obtener del esfuerzo que realizará en la rehabilitación física y psicológica por igual”. (Aguilar y Arteaga, 2020 g, p.9)

III.b Rehabilitación

La rehabilitación es definida por la OMS como:

Un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. La condición de salud se refiere a una enfermedad (aguda o crónica), trastorno, lesión o trauma. Una condición de salud también puede incluir diferentes circunstancias tales como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalía congénita o predisposición genética. La rehabilitación es uno de los servicios esenciales definidos en la Cobertura sanitaria universal. (Organización Mundial de la Salud, 2017 a)

En el marco de competencias para la rehabilitación de la OMS (2017 b), se menciona que tiene como objetivo llevar al máximo la capacidad de una persona para vivir, trabajar y aprender. Dentro del apartado de creencias que se propone la misma organización, se señala que la rehabilitación está basada en la persona y su entorno

familiar siguiendo las necesidades y los objetivos específicos que requieran estas. Además, la nombra como colaborativa ya que solicita de la participación y consulta activa de la persona y su familia.

El proceso de rehabilitación puede ser llevado a cabo en distintos entornos, conforme a la OMS (2017 c), los cuales pueden ser: hospitalarios, ambulatorios, en clínicas privadas, en centros comunitarios, o bien en el domicilio, en los que siempre va a participar un profesional de la salud, ya sea Psicoterapeutas, Ergoterapeutas, Terapistas Ocupacionales, Ortesistas y Protesistas, Psicólogos clínicos, Fisiatras y personal de Enfermería que esté especializado.

Por lo tanto, Sánchez (2015) menciona en su capítulo 8 titulado como “Rehabilitación integral de los amputados” que no solo es para personas con deficiencias físicas o desórdenes prolongados, a la inversa, es una parte indispensable del servicio de salud que debe recibir a cualquier persona con algún problema, ya sea agudo o crónico, alguna deficiencia o lesión que altere su vida cotidiana, por lo que, las personas que necesiten rehabilitación deberán poder acceder al lugar pertinente. Consecuentemente, la rehabilitación de la persona hace a la unión de un equipo interdisciplinario que tiene como finalidad u objetivo rehabilitar de manera integral.

Viladot (2005 b) apunta que para iniciar con el proceso de intervención, se debe tener en cuenta el tipo de lesión, el motivo y a qué nivel funcional fue o será la amputación. De esta manera, se busca que el plan de tratamiento a seguir en conjunto con la protetización pueda facilitar a la persona a obtener la mayor funcionalidad y calidad de vida; en casos así se deben tener presentes las diferentes fases que describe el autor por las que atraviesa o atravesará la persona:

Fase pre-quirúrgica: se puede realizar cuando la amputación es programada. Es primordial que haya una preparación psicológica para la persona, que conozca las posibles prótesis que utilizará, cómo lo hará y qué expectativas puede tener a la hora de volver a integrarse en su medio social habitual. Esta fase no se transitar en los casos de cirugías de amputaciones de urgencia.

Fase quirúrgica: se debe decidir previamente el nivel de amputación que se efectuará y tener en cuenta que nivel será el más adecuado y funcional. Conseguir que el hueso esté lo más protegido que se pueda por el músculo, que la cicatriz esté por detrás

de la línea media y sea plana, que el muñón sea cónico y que se conserve la máxima movilidad articular.

Fase pre-protésica: se trata el aspecto tanto psíquico como el físico. Viladot (2005) señala los objetivos principales de esta fase: el control de dolor, una cicatrización adecuada, preservar arcos de movilidad, evitar contracturas del muñón, mantener o recuperar la fuerza muscular del tronco y los miembros. Se deberán tener en cuenta algunos trastornos que pueden retrasar o incluso impedir la colocación de una prótesis como por ejemplo, edema, alteraciones cutáneas, alteraciones de movilidad articular, dolor y alteraciones musculares.

Fase protésica: se realiza la colocación de una prótesis de carácter provisoria precozmente luego de la amputación debido a que el muñón va a fluctuar en su tamaño el primer tiempo hasta que reduzca y llegue al definitivo. Se le enseña a la persona sobre la colocación, el cuidado que debe tener con la prótesis, la limpieza del muñón y se instruirá en las actividades más elementales de la vida diaria; a medida que vayan pasando los días se irá aumentando el nivel de dificultad de las mismas, así la persona irá aumentando la duración de tolerancia con la prótesis puesta hasta el momento que pueda utilizarla en cualquier entorno y momento sin dificultad.

Fase de reinserción laboral: el objetivo final de la rehabilitación de la persona con amputación es retomar su acceso al medio social y laboral.

Concluyendo con lo mencionado por el autor, para cumplir con todas las fases se necesita contar con un equipo de profesionales que puedan abordar las áreas coordinadas en conjunto y planificar la rehabilitación acompañando a la persona en cada una de ellas. Como mencionan Ospina y Serrano (2009), es fundamental la educación y el entrenamiento junto a la familia en relación a las estrategias que se plantean para la rutina diaria e independencia. Es necesario insistir en que el proceso no se quede únicamente en la adaptación de la prótesis como un elemento material agregado, sino, que sea visto como su medio para continuar desarrollándose y reinsertarse en su rol familiar, social y ocupacional, siendo la rehabilitación no sólo una recuperación de tipo funcional.

Para finalizar, dentro del proceso de rehabilitación cada profesional del equipo va a tener un rol definido a la hora de abordar un objetivo, por lo cual se desarrollan a continuación las disciplinas que competen a la investigación.

III.c Terapia Ocupacional

Según De las Heras de Pablo (2015 a) “La Terapia Ocupacional, a lo largo de su historia paradigmática se ha transformado positivamente en clarificar su identidad centrada en la ocupación humana”. La ocupación humana toma en cuenta que las actividades son parte y emergen desde la persona y de la relación de ésta con las oportunidades, demandas y limitaciones o restricciones variables que provienen del medio ambiente. La misma indica la participación y el desempeño en las distintas actividades con un significado a nivel individual o colectivo, la cual hace el sentido de pertenencia al mundo social de la persona donde se siente capaz, tiene intereses, valores y objetivos.

Una definición unificada globalmente de la profesión según el autor es:

La TO es una disciplina que trabaja en conjunto con las personas y colectivos que presentan o no discapacidad y con sus ambientes social y físico, facilitando su autodeterminación y competencia en la participación y desempeño en diferentes roles y actividades significativas del día a día, con el fin de que logren reafirmar, incrementar, mantener, reorganizar o reconstruir sus vidas ocupacionales satisfactorias en forma digna, potenciando así su bienestar y calidad de vida (De las Heras de Pablo, 2015 a, pp.128-131)

Por otro lado, en base a lo argumentado, los TO han de considerar la ocupación como el elemento principal de su trabajo. Wilcock citado por Otero (2015), define la Deprivación ocupacional como la influencia de una circunstancia externa ajena a la persona, que limita a la hora de adquirir, utilizar o disfrutar algo. En el mismo sentido, la pérdida de una parte del cuerpo repercute en el bienestar y calidad de vida de la persona, surgiendo una serie de necesidades individuales y relacionadas con el entorno que, a su vez, influirán sobre su participación en ocupaciones significativas llevando a la deprivación ocupacional. Como menciona la Real Academia Española (RAE) la amputación se conceptualiza como “cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o una porción de él”. Además, es considerada a nivel mundial como un significativo problema de salud pública y las posibles dificultades en la participación de una persona tras la pérdida de una extremidad es objeto de una respuesta social. En relación a lo expuesto, la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad de Naciones Unidas dice que:

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su

participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Salmón, et al; 2015, p.20).

En relación a lo anteriormente mencionado, se puede decir, que las personas con amputación, por tanto, necesitan apoyo para favorecer el proceso de adaptación a la situación, permitiéndoles llevar a cabo su proyecto de vida en igualdad de condiciones que las demás personas.

Con el fin de promover y garantizar la justicia y equidad de oportunidades, en este sentido, se proyecta el escenario donde los TO deben acercar soluciones a los diferentes contextos sociales, apelando a la capacidad de crear respuestas frente a situaciones como la exclusión social. El TO, al trabajar en múltiples contextos, requiere formar equipos con variedad de personas. De las Heras de Pablo (2015 b) hace referencia a que cuando se realiza el proceso de integración con las personas y los ambientes, el TO debe formar equipo con las personas necesarias que se encarguen de ofrecer oportunidades de participación en la comunidad considerando la historia ocupacional, valores, objetivos y cultura. El trabajo con los demás implica integrar principios, procedimientos y conceptos que guían en el proceso de rehabilitación.

III.d Ortesis y Prótesis

En este apartado se consideró relevante la mención de la historia profesional de la disciplina de OP ya que resalta su evolución a lo largo del tiempo y los avances científicos y tecnológicos que han influido en la confección y diseño de equipamientos ortopédicos. Además, al mencionar la historia, se destaca su papel dentro del equipo interdisciplinario de rehabilitación y su contribución a la reinserción social y laboral de las personas con amputaciones de miembros superiores. Por consiguiente, existe una diferencia en la extensión del desarrollo entre OP y TO durante el marco teórico, lo que se debe a la necesidad de proporcionar una visión más detallada sobre la evolución de la disciplina de OP en comparación con la información disponible sobre TO

Al definir la disciplina, se toma a La Universidad del Gran Rosario, la cual menciona que los profesionales de OP tienen sus bases fundamentales en la confección, diseño, planificación y adaptación de equipamientos ortopédicos y ayudas técnicas, impregnados por los constantes avances tecnológicos y científicos. Es a través del equipamiento necesario el abordaje que se llevará a cabo en el área de rehabilitación que permitirá a la persona según su patología, la reinserción social y/o laboral.

Los avances tecnológicos y científicos de los equipamientos, tanto como la formación de los profesionales en la disciplina se vieron reflejados a lo largo de la historia:

Montane y Muñoz (2018 a) en su artículo hacen referencia a los periodos históricos: en la Prehistoria (3300 AC) las primeras evidencias arqueológicas se dieron debido a las pinturas rupestres de personas con amputaciones en sus miembros superiores. Desde los años 1600 AC - 476 DC transcurre la Edad Antigua, etapa donde surge la ciencia y por lo tanto se conocen otros motivos de amputaciones, por ejemplo: traumáticas, congénitas, por las guerras/batallas, gangrena, lepra o infecciones. Luego, la Edad Media, donde se continuaron confeccionando prótesis de madera y cuero para miembros inferiores y un gancho para miembros superiores. En el Renacimiento resurgió la ciencia, fue el primer intento de darle funcionalidad a una mano protésica y se mejoró la cirugía de amputación. Posteriormente en la Edad Contemporánea las guerras post revolución industrial dieron grandes avances en la protésica a causa de dejar un nivel alto de amputados en la sociedad, a partir de allí surgieron clínicas para amputados a fin de crear los equipamientos necesarios. Luego de la primera guerra mundial, por la cantidad de amputados que obtuvo, se llevaron a cabo nuevas investigaciones, técnicas y tecnologías y por consiguiente la segunda guerra dejaría aún más amputados a nivel mundial, donde se comenzó a crear la tecnología protésica de la actualidad, comenzando un amplio desarrollo de la misma como ciencia.

Por lo anteriormente expuesto, según mencionan los autores Montane y Muñoz (2018 b) en el año 1947 comienza oficialmente la capacitación a través de cursos y certificaciones para enseñar a todo el que quisiese formarse en la disciplina.

Muñoz et al., (2021 a) refieren que el OP fue simultáneamente transformado y transformando la dinámica de la salud en el contexto nacional de la rehabilitación, develando algunos desafíos, vínculos y entramados profesionales, sociales e institucionales, forjados especialmente a partir de la epidemia de poliomielitis en el año 1956. En la reconstrucción histórica se evidenciaron etapas en las que se constataron acciones y transformaciones no sólo técnicas o empresariales sino fundamentalmente sociales, que a lo largo del tiempo dieron lugar a diferentes maneras de entender la rehabilitación. Mirar las instituciones, sus memorias, los contextos cambiantes, documentos y leyes, el espacio ocupado por diferentes profesiones y oficios, la conformación de laboratorios, el desarrollo industrial, el desarrollo científico-tecnológico y el rol de las instituciones educativas son aspectos tenidos en cuenta en el análisis de las

interacciones mutuas. Acuerdos y desacuerdos entre el poder político y el poder médico profesional así como la construcción de hegemonías en medio de una crisis sanitaria también constituye un aspecto relevante a considerar, puesto que dan origen a intervenciones en el seno social.

En 1967 se reconoce a los profesionales de OP legalmente en Argentina como parte de aquellos que desarrollan “actividades de colaboración” relacionada con la Medicina y Odontología, donde los mismos integran el equipo interdisciplinario del área de la rehabilitación, desarrollando actividades que abarcan un amplio campo profesional, tanto en la actividad pública como privada. Sólo hacia fines del milenio comenzó a tomar cierta independencia profesional. Según la OMS, “Ortoprotésica es el término genérico que hace referencia a la ciencia y la tecnología de las prótesis y ortesis, la formación correspondiente y la aplicación de estos dispositivos”. (Muñoz et al., 2021 b, p.175).

Los autores Muñoz et al., (2021 c) especifican que una ortesis es un dispositivo ortopédico colocado externamente a la persona para suplir una función del aparato locomotor que se ha perdido de manera definitiva o provisoria. En cambio, una prótesis constituye un dispositivo diseñado para reemplazar o proveer una parte del cuerpo humano. La función principal de una prótesis es sustituir una parte del cuerpo que haya sido perdida debido a una amputación, a causa de un desarrollo incompleto de un órgano o por agenesia, supliendo funciones de la parte faltante. En las últimas décadas, el concepto se ha extendido incluso a fines exclusivamente estéticos.

Siguiendo con la línea histórica, los autores Muñoz et al., (2021 d) hacen mención a que en 1995 la Escuela de OP es transferida a la Universidad Nacional de San Martín, y en 1999 se crea el Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento, el objetivo prioritario del mismo es la formación de recursos humanos en profesiones relacionadas con la Medicina involucradas en los procesos de rehabilitación, reeducación y mejoramiento de la calidad de vida. De dicho Instituto depende la Tecnicatura Universitaria en OP y en 2001 el Ministerio de Educación otorga validez nacional al Título de Licenciado en OP. La carrera universitaria, primera en América Latina, conjuga formación teórica y práctica, con talleres de producción de equipamientos y prácticas clínicas en hospitales y centros de rehabilitación, como también la posibilidad de involucrar al alumnado en actividades de investigación. Entre las capacidades profesionales que se desprenden de la formación adquirida se hace hincapié en el diseño y/o confección de ortesis y prótesis externas e internas, dar opinión técnica fundada

respecto de diseños de elementos, mediante la programación, coordinación, evaluación y comunicación de actividades de su profesión, investigar nuevos productos, programar y controlar la producción de equipamientos, proyectar nuevos métodos para mejorar su producción así como dirigir y supervisar a los operarios en la confección y elaboración de los mismos. Las funciones mencionadas apuntan a una formación que ubica al OP con un grado de autonomía disciplinar propia. Los conocimientos científicos y tecnológicos involucrados dejan de ser sólo material de insumo para la producción de elementos ortoprotésicos, para transformarse en conocimientos a ser construidos por la comunidad de profesionales universitarios en el área.

Actualmente existe un decrecimiento en el número de profesionales capacitados para fabricar y adaptar prótesis ya que en las únicas universidades que se puede estudiar la carrera en Argentina es en la Universidad del Gran Rosario y en la Universidad Nacional de San Martín. En relación a ello, “la situación ha entorpecido el proceso y el círculo vicioso continúa: sin protesistas capacitados no se pueden establecer escuelas, y sin escuelas no se contará con el personal capacitado que tanto requiere el país” (Vázquez, 2016 c, p.1).

Por otro lado, el número de personas con amputación aumenta constantemente y el número de profesionales para afrontar la situación es cada vez más limitado.

La OMS señala que por cada quinientas personas con discapacidad debe existir un profesional de OP, teniendo así un mínimo de dos mil personas aproximadamente para satisfacer alrededor del 15% de la demanda, y el resto de ella debería ser cubierto por los practicantes de la profesión habilitados para el sector de la rehabilitación. (Vázquez, 2016 d, p.2)

En conclusión, de acuerdo a la problemática expuesta se evidencia escasa información publicada en revistas y artículos. Es por lo mencionado, que se requiere un esfuerzo científico desafiante, teniendo en cuenta que la falta de profesionales afecta directamente a las personas con amputación y su rehabilitación. Por otra parte, se puede decir que gracias al avance de la ciencia la profesión ha evolucionado y se han actualizado los modos de confección, materiales y funcionamiento de los equipamientos beneficiando a la persona con amputación.

Ante lo expuesto, se consideró que son imprescindibles las acciones conjuntas entre las disciplinas de TO y OP que forman parte de un equipo interdisciplinario, es por

ello, que se creen relevantes las RS que desempeñan un papel fundamental en las prácticas.

III.e Representaciones sociales

El concepto y la teoría de las RS se refieren a formas o modalidades de conocimiento social mediante las cuales las personas interpretan y piensan la realidad cotidiana. De manera que el concepto de RS se define como:

“(…) Una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen (…)” (Jodelet, 1984 a, p.473)

Jodelet (1984 b) postula que las RS son entendidas como conocimiento socialmente elaborado y compartido, y “constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal” (p.474).

Moscovici (1979 a) elabora la teoría de las RS en su tesis doctoral “El psicoanálisis, su imagen y su público”. Su construcción parte de la influencia del concepto de representaciones colectivas postulado por Emile Durkheim.

Las RS son entidades prácticamente tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas. Sabemos que corresponden, por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y, por otra, a la práctica que produce dicha sustancia (Moscovici, 1979, p. 27).

Es pertinente destacar que el origen de las RS:

(…) es a partir de las prácticas sociales que irrumpen en la vida diaria de algún grupo determinado, produciendo cambios importantes en su universo simbólico. De hecho, las representaciones sociales surgen cuando la identidad de un grupo es amenazada y la comunicación se enfrenta a nuevas reglas de juego (….) (Aguirre, 2004, p.6).

Es a partir de allí, que la presente investigación las utilizó como recurso teórico, teniendo en cuenta las prácticas de salud establecidas en el proceso de rehabilitación de personas con amputación y el proceso de reforma de las prácticas enmarcadas en el

paradigma de derechos, constituyendo una atención integral de la persona. Comprendiendo que, este ejemplar de atención, irrumpe en el cotidiano de las instituciones que rigen con el modelo médico rehabilitador, exigiendo la revisión de abordajes y conceptos sostenidos hasta el momento.

Es así que, siguiendo con lo que menciona el autor Aguirre (2004), el conocimiento presente en las RS es de carácter práctico y prescriptivo, dice “que hacer” en las diferentes situaciones de la vida diaria. Entonces, conocer cómo está estructurada una representación y la relación que guarda con determinadas prácticas sociales, es probable que ayude al desarrollo de acciones más focalizadas sobre los distintos aspectos de la vida social. En términos más específicos si se pueden determinar las ideas que constituyen el núcleo central de la representación, se hace más fácil la transformación y por ende el comportamiento de las personas.

Abric (2001 a) sostiene que las RS desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales y se debe a que responden a cuatro funciones esenciales:

Funciones de saber: ya que constituyen un marco para comprender y explicar la realidad, a partir del cual los sujetos pueden adquirir conocimientos e integrarlos en él, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y sus valores.

Funciones identitarias: a partir de su influencia en la construcción de la identidad individual y social, compatible con las normas y valores social e históricamente determinados.

Funciones de orientación: dado que constituyen guías de acción, influyendo en las prácticas y comportamientos de los sujetos. Intervienen en la definición de la finalidad de una situación, y a su vez permiten conformar un sistema de expectativas y anticipaciones. Los sujetos filtran y seleccionan información conforme a sus representaciones sociales, por lo cual incide en su interpretación de la realidad.

Funciones justificadoras: debido a que permiten explicar y justificar a posteriori la conducta asumida por los sujetos. (Abric, 2001 b, p.15)

Una RS se evidencia como:

Una unidad de proposiciones, reacciones y evaluaciones en relación a puntos particulares, formando así una opinión pública, siendo organizadas de manera distinta según las clases,

cultura o grupos de los que forma parte, constituyendo universos de opiniones como grupos, clases y culturas hay (Moscovici, 1979 b, p.45)

Toda RS constituye una unidad funcional estructurada integrada por distintas formaciones subjetivas: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos. Éstas, aunque pueden guardar cierta similitud con la representación están contenidas de modo particular en la estructura de la misma, que por tanto las traspasa a una formación más dificultosa y diversa. Respecto a la estructura, Moscovici (1979 c) señala que las representaciones se articulan en torno a tres ejes o dimensiones, las cuales son:

-La Actitud: Es la dimensión afectiva, imprime carácter dinámico a la representación y orienta el comportamiento hacia el objeto de la misma; abasteciéndolo de reacciones emocionales de diferente intensidad y dirección.

-La información: Es la dimensión que da cuenta de los entendimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores.

Dentro de ellos la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediada por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este.

-Campo de Representación: Propone la idea de "modelo", está aludido al orden y jerarquía que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que es la parte más estable y sólida, compuesto por cogniciones que provee de significado al resto de los elementos.

El abordaje de las RS posibilita según Abric (2001 c), por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente. Es entonces, que la cultura en tanto producto y proceso por el cual los profesionales de la salud se forman aptos para desempeñarse en la práctica cotidiana, reproduce creencias, ideas, valores y normas en torno al proceso interdisciplinario en rehabilitación de personas con amputación de miembro superior. Las RS como elaboración colectiva, proveen de una concepción de estas reproducciones de creencias, ideas y normas, ésta

concepción resume la historia, relaciones sociales y prejuicios que poseen los profesionales de la salud.

Haciendo referencia a la RS en el ámbito laboral, Fernández y Ruiz (2016) aseguran que el trabajo, siendo este un lugar donde las personas se relacionan entre sí y con el medio, es un hecho social, que promueve el desarrollo de representaciones sociales.

Urrea (2012) alude a que el estudio de las representaciones sociales en relación al trabajo:

(...)Puede ser una valiosa herramienta para la aproximación a diferentes temas que han sido abordados en el contexto laboral, no solo para conocer como tal el contenido de dichas representaciones, sino además para establecer maneras de intervención, basándonos en las influencias que éstas ejercen sobre comportamientos y actitudes que se relacionan con diferentes variables en el trabajo, las cuales desde el enfoque social abarcarían aquellas de tipo intralaboral y extralaboral. (Urrea, 2012, pp. 53.54)

Al reconocer lo que piensan en la práctica cotidiana los profesionales de las distintas disciplinas que forman parte del equipo interdisciplinario, permite observar la problemática social que forma parte intrínseca de las cuestiones actuales en torno a la temática de la investigación.

III.f Equipo interdisciplinario

El proceso que se lleva a cabo con las personas que han pasado por la fase quirúrgica como la amputación, implica más que la colocación de una prótesis; se requiere de un acompañamiento integral en el que participe un equipo interdisciplinario que le de las herramientas a la persona para que pueda reinsertarse en su nueva cotidianidad. Rodeiro (2018 b) menciona que el mismo debe adaptarse a las funciones específicas de cada disciplina y su estructura dependerá de los objetivos específicos, de las posibilidades, características del centro y del nivel asistencial en que se intervenga.

A continuación se describe la composición del equipo interdisciplinario según el autor mencionado anteriormente:

- Cirujano ortopédico: interviene en la correcta elección del nivel de amputación, teniendo en cuenta la futura protetización. Corrige los defectos de longitudes,

prominencias óseas, colgajos redundantes, neuromas, retracciones adherencias cicatrízales, dehiscencias de herida, fistulas, y necrosis.

- Médico Fisiatra: participa desde la etapa pre quirúrgica, observando los balances musculares y el cuidado de los rangos articulares, luego en la rehabilitación del muñón, diagnóstico del déficit funcional, evaluación y control de los factores de riesgo. Además, realiza un programa de tratamiento diseñado en forma particular, sobre la base de las necesidades médicas de cada paciente, estableciendo objetivos realistas, en estrecha relación con las características particulares de cada individuo, realizando las intervenciones terapéuticas y preventivas así como también, valorando los resultados por medio de diversos sistemas de medición.
- OP: Realiza la interpretación de la prescripción, evaluación del paciente, toma las medidas, realiza los moldes, revisa la adaptación, prueba en el paciente, alinea y coloca, realiza revisiones periódicas y los ajustes necesarios.
- Kinesiólogo: interviene en la etapa postquirúrgica donde guía ejercicios de potenciación general de miembros superiores. Instruye al paciente y su familia en el uso correcto del vendaje. En etapa protésica enseña al paciente y familia la correcta colocación de la prótesis.
- TO: participa en el desarrollo, recuperación y/o mantención de las capacidades y habilidades de la persona, de tal manera que su discapacidad no le impida poder desempeñarse en sus actividades educativas, sociales, recreativas y laborales con satisfacción para sí mismo, su familia y la comunidad. Entrena al paciente en AV.D y confecciona adaptaciones específicas para colaborar en las actividades de su entorno. Entrena en su colocación y uso de prótesis. En el caso que el paciente no sea equiparable, se le brindaran indicaciones a él y a sus referentes, para realizar sus actividades cotidianas con el menor costo energético y se adaptara su entorno para facilitar su independencia. Además, en la orientación laboral adaptará el lugar de trabajo al paciente, o lo recalificara de acuerdo a las posibilidades.
- Psicólogo: acompaña al paciente desde la etapa prequirúrgica.
- Trabajador social: evalúa los recursos familiares y socioeconómicos del paciente y su familia, lo asistirá en el conocimiento de políticas, derechos humanos y derechos de la persona con discapacidad. (Rodeiro, 2018 c, pp 10-11)

La participación de diferentes profesionales de la salud fomenta el desarrollo progresivo de la metodología de trabajo. Según menciona Gutierrez et al. (2007 a) la dinámica de trabajo del equipo consta de diferentes fases:

Fase inicial: ingreso de la persona al servicio de rehabilitación, donde se establece contacto con su familia y/o personas cercanas. Cada miembro del equipo interdisciplinario realiza una valoración de la persona, perfilando un plan de tratamiento individual que servirá para diseñar el plan de actuación conjunta. La dinámica del trabajo en equipo exige el empleo del lenguaje común y unos instrumentos de medida que permitan la monitorización y sean interpretables por todos los miembros del grupo. Cada uno empleará los que les resulten más familiares, como el índice de Barthel, Katz, test de Pfeiffer, escalas de valoración funcional y mental de Cruz Roja, etc. Luego se realiza una lista de problemas por los distintos miembros del equipo para poder planificar objetivos y posteriormente se establece un plan integral de tratamiento en donde cada profesional expone cómo planifica abordar los objetivos propuestos.

Fase de evaluación: consiste en la sesión interdisciplinaria programada. Con una periodicidad habitualmente semanal, el equipo se reúne para monitorizar la progresión del paciente, los cambios en su situación clínica, funcional, mental y perspectiva social. Se revisan los objetivos propuestos para esa fecha y se analiza su cumplimiento, y los factores que han podido influir si los mismos no se han alcanzado. Se actualiza la lista de problemas y se acuerdan los objetivos para la siguiente semana, planificando las altas si procede.

Los autores Gutierrez et al. (2007 b) describen algunas de las ventajas que aporta la dinámica de trabajo a la persona con amputación y a los profesionales: acceso a un mayor número de servicios y profesionales, mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente, mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores, mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

Gutierrez et al., (2007 c) mencionan “aunque los términos multi e interdisciplinario se han empleado indistintamente para definir los equipos de trabajo, existen algunas diferencias entre ellos” (p.89):

El equipo multidisciplinario es un grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valoran a la persona por separado e interactúan entre ellos de manera informal. Por otro lado, el equipo interdisciplinario está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar a la persona por

separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

Al comprender la complejidad de las problemáticas, sus diversos determinantes y el aspecto político del posicionamiento desde la interdisciplinariedad, posibilita abordajes integrales, ya que “implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar” (Stolkiner, 1999, p. 1).

El acercamiento a los conceptos desarrollados tiene por finalidad facilitar el abordaje de las actividades en las prácticas cotidianas y remarcar la necesidad de un marco referencial común como una condición de posibilidad del abordaje interdisciplinario. El marco referencial es importante para que el ejercicio tenga buenos resultados ya que permite integrar, y articular los aspectos puntuales y fragmentarios que se estudian desde cada una de las disciplinas, evitando yuxtaposición de aportes que no poseen conexión pues son el producto de una mirada unidisciplinaria, apoyada en lo específico de cada disciplina. (Lopez y Laje, s.f d, pp. 3-4)

A modo de cierre sobre los antecedentes estudiados se concluyó que los mismos facilitaron los interrogantes y cuestionamientos de las investigadoras, como así también el surgimiento de nuevos disparadores que pueden ser motivadores para nuevas investigaciones en relación a los temas abordados. Se reitera que en dicha temática se detectó escasez de contenido de investigación a pesar de haber realizado una búsqueda rigurosa por parte de las autoras.

IV. Justificación

La limitada disponibilidad de información en relación a las personas con amputación de miembro superior y la rehabilitación de adultos jóvenes representa un desafío para la intervención de disciplinas como TO y OP dentro de un equipo interdisciplinario. Esta temática ha sido objeto de escasa bibliografía lo que dificultó su análisis y comprensión en profundidad.

La investigación apuntó a analizar las RS de profesionales de TO y OP, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior, con el objeto de aportar información y una reflexión crítica a las distintas disciplinas, otorgarle visibilidad y promover el trabajo en equipo interdisciplinario.

Cada miembro del equipo interdisciplinario interviene a través de sus incumbencias de ejercicio profesional según las Leyes 27.051 (2014) y 17.132 (1967). Los profesionales de TO y OP tienen incumbencias diferentes pero que se complementan:

Los TO contribuyen en la búsqueda del bienestar y desarrollo personal. Participando en la recuperación de condicionantes físicos, sensoriales, psíquicos, sociales, políticos y económicos de la cotidianidad de las personas que podrían representar una restricción transitoria o permanente para el desarrollo de un proyecto de vida saludable. Los OP fomentan un impacto en la funcionalidad e inclusión de las personas en la sociedad a través de la planificación, diseño y producción de equipamientos ortoprotésicos, facilitadores o ayudas técnicas; la indudable importancia que adquiere el equipamiento se evidencia de forma determinante en la accesibilidad, independencia y autonomía.

Cada profesión dentro del equipo interdisciplinario tiene su papel definido con exactitud el cual a través del debate cada uno de ellos pueda aportar su incumbencia y de esa manera generar el plan de acción más conveniente para la persona con amputación. “Mediante un debate abierto y respetándose mutuamente, los integrantes del equipo ortopédico pueden rendir con eficacia y eficiencia para prestar los servicios convenientes y mejorar el resultado funcional del paciente. La comunicación es la piedra angular de todo este proceso” (Michael et al., 2009, p.10). Es por ello que se consideró conveniente

llevar a cabo la investigación. Se observó una necesidad de poder analizar las RS de ambos profesionales, teniendo en cuenta que cada una interviene desde una perspectiva basada en la formación y experiencia individual.

Las RS de los profesionales involucrados en el trabajo interdisciplinario se consideraron útiles ya que podrían permitir comprender cómo se percibe, interpreta y valora. Los profesionales de diferentes disciplinas, a través de las RS podrían dar a conocer las percepciones, creencias y actitudes identificando barreras, malentendidos y prejuicios que pueden obstaculizar la implementación integral del proceso de rehabilitación. Al identificarlas, describirlas, compararlas y analizarlas, se pueden diseñar estrategias para abordar las barreras y promover una colaboración sólida. Además, las RS pueden destacar los beneficios y oportunidades del trabajo en equipo interdisciplinario, generando compromiso y motivación. En conclusión, las RS ofrecen información crucial para mejorar la colaboración interdisciplinaria y promover una atención de mayor calidad.

Es entonces, que la pertinencia de la misma se fundamentó en que las RS de los profesionales de TO y OP emergen de su propia práctica profesional y configuran su posicionamiento para la efectiva implementación del proceso de rehabilitación en adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

V. Metodología

Para abordar la investigación se implementó un estudio cualitativo de carácter descriptivo. La elección del enfoque cualitativo se fundamentó a partir de que:

(...) con esta técnica se conoce no sólo la historia del sujeto sino también la historia de su medio, pues cada individuo se encuentra en permanente interacción con el ambiente que lo rodea, y se puede así profundizar en su sistema de valores y representaciones, creencias y expectativas. Las historias de vida son muy útiles, además, cuando se las puede relacionar sistemáticamente con observaciones y datos externos, que ayudan a ponerlas en perspectiva y a construir, de ese modo, visiones más profundas de las relaciones sociales. (Sabino, 1992, p.74)

En primer lugar, se ejecutó una búsqueda bibliográfica sobre la temática abordada. La misma se realizó en el campo virtual: Revista Chilena de Terapia Ocupacional, biblioteca científica SciELO, Redalyc, PubMed y el motor de búsqueda Google Académico y de acceso abierto; también se indagó en el material brindado por informantes claves y ejemplares extraídos de la biblioteca de la Universidad del Gran Rosario. Las palabras claves son: *grupo de atención al paciente, rehabilitación, Terapia Ocupacional, Ortesis y Prótesis, amputados y representaciones sociales.*

También se incluyeron leyes, resoluciones y normativas tales como: Ley 27.051 (2014) “Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional”, Ley Nacional 17.132 (1967) “Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración” y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Para implementar la investigación se contactó por vía E-mail a 3 (tres) profesionales de TO y 3 (tres) profesionales de OP que conformaron la muestra cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión: que actualmente ejerzan en instituciones públicas y/o privadas en el área de rehabilitación de personas con amputación de miembro superior en la ciudad de Rosario, Santa Fe. Dichos contactos fueron proveídos por medio de docentes de la Universidad del Gran Rosario de las carreras pertinentes, e identificados como informantes claves a partir del espacio que ocupan en su práctica cotidiana al estar en contacto con personas que requieran de intervención del equipo interdisciplinario. En la comunicación por E-mail se brindó información acerca de los objetivos que se plantearon en el estudio y sobre la metodología a seguir. Luego, se procedió a enviar el consentimiento informado, libre y

voluntario mediante un formulario de google forms con el objetivo de dejar por sentado que se encontraban de acuerdo con participar de la presente investigación (Anexo I).

Posteriormente, durante el mes de marzo 2022 se llevó a cabo la entrevista semi estructurada de forma individual otorgándole al entrevistado la posibilidad de responder libremente sin que se desvíe del tema (Anexo II). La misma se dividió en la experiencia de trabajo, aspectos positivos/negativos, la relevancia del trabajo en equipo y los factores que favorecen y/o dificultan la implementación del equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de personas con amputación de miembro superior. Luego se implementó de manera virtual con la utilización de la plataforma google forms.

Una vez recolectados los datos de los profesionales, se realizó una matriz (Anexo III) en la que se consideraron cinco variables:

- Equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.
- Experiencia de trabajo en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.
- Aspectos positivos/ negativos del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.
- Importancia del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.
- Factores que favorecen y/o dificultan la implementación de un tratamiento en equipo interdisciplinario en adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

A partir de los datos obtenidos de la matriz, se pudo identificar, describir, comparar y por consiguiente, analizar las RS de los profesionales de TO y OP en el proceso de rehabilitación de personas con amputación de miembro superior. Para finalizar, con la información analizada se procedió a plasmar la conclusión.

VI. Resultados

A continuación, se describieron los resultados obtenidos de las entrevistas semi estructuradas mediante una matriz a fin de promover una interpretación clara de los mismos.

En función a los objetivos planteados se agrupó la información obtenida en cinco variables, con el fin de identificar, describir, comparar y analizar las RS de los profesionales en relación al equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

Las variables fueron:

Variable 1: Equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

La totalidad de los profesionales entrevistados coincidieron al mencionar palabras claves de lo que es un equipo interdisciplinario: un grupo de profesionales de distintas disciplinas con distintos niveles y tipos de experiencia que abordan un objetivo común desde su incumbencia profesional que intenta llevar a cabo una atención complementaria para resolver un caso.

Variable 2: Experiencia de trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

Los 6 profesionales entrevistados trabajan o han trabajado alguna vez en un equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación con personas con amputación.

Los 6 profesionales entrevistados tienen experiencia de trabajar junto a otro profesional de OP o TO.

4 de los 6 profesionales entrevistados consideran que su experiencia de intercambio con otros profesionales en un equipo interdisciplinario fue muy buena.

1 de los profesionales entrevistados de TO destaca “la importancia del debate, donde cada disciplina aporta su mirada, para la construcción de objetivos en conjunto

para mejorar resultados de trabajo”, lo que coincide con la respuesta de otro de los profesionales entrevistados de TO.

Variable 3: Aspectos positivos/ negativos del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

Todos los profesionales entrevistados consideraron que el trabajo en equipo interdisciplinario aporta beneficios en la rehabilitación de la persona. Siendo los aspectos positivos más destacados aquellos que tienen que ver con el aporte de conocimiento y experiencia de las otras disciplinas.

Solo uno de los profesionales entrevistados de TO, consideró que “uno de los aspectos negativos del trabajo interdisciplinario, es el ego de los profesionales que a su criterio dificultan el intercambio de ideas”.

Variable 4: Importancia del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

2 de los profesionales entrevistados de OP y 1 de TO consideraron que es importante la mirada integral de la persona para que la práctica sea exitosa/eficaz. Además, uno de ellos agregó, que “es importante para poder comunicarse y saber de qué manera actuar para lograr un resultado positivo en cada caso”.

1 de los profesionales entrevistados de TO refirió que “cuando la rehabilitación es integral y en conjunto, la habilidad para usar la prótesis se acrecienta, la conciencia de estar limitado físicamente se torna menos importante y la amputación se vuelve una mínima fuente de interferencia en las actividades familiares, laborales y sociales, y es cuando se ha completado el proceso de rehabilitación”.

1 de los profesionales entrevistados de OP refirió que “es importante ya que la principal causa de rechazo en un equipamiento protésico es la falta de un equipo interdisciplinario y de preparación de los profesionales”. Agrega que “además, las personas con amputación atraviesan distintas etapas las cuales deben ser abordadas por diferentes profesionales”.

1 de los profesionales entrevistados de TO refirió que “más allá del nivel de amputación y/o patología, debe ser abordado por un equipo interdisciplinario en todas las instancias y en todas las personas”.

Variable 5: Factores que favorecen y/o dificultan la implementación del tratamiento en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

1 de los profesionales entrevistados de OP refirió que “los factores que favorecen son que los profesionales de las distintas disciplinas trabajen en el mismo establecimiento”.

1 de los profesionales entrevistados de TO refirió que “un factor que favorece es la mirada de los profesionales ya que todos luchan por el trabajo en equipo”.

2 de los profesionales de OP refirieron coincidiendo que los factores que dificultan son “la falta de comunicación”.

1 de los profesionales entrevistados de OP refirió a la “falta de continuidad en el trabajo interdisciplinario”. Además, “OP interviene solo en la primer etapa y en la de protézización y no en la de rehabilitación”.

2 de los profesionales entrevistados de TO refirieron el “tiempo escaso” y además uno de ellos agrega, “la cantidad de recurso humano y casos para que se agilice la dinámica interdisciplinar es escasa”.

1 de los profesionales entrevistados de TO consideró que “no hay excusas para lograr un trabajo en equipo interdisciplinario”.

Al indagar acerca del campo de RS del concepto de equipo interdisciplinario, se pudo identificar que los profesionales que tuvieron experiencia, resaltaron la misma como positiva y fructífera, además, uno de ellos señaló que “el intercambio con las demás profesiones es siempre bueno ya que cada profesional en su rol es importante”. Lograron mencionar qué profesionales los han acompañado en la experiencia: OP, TO, Kinesiología, Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Médicos, todos ellos son fundamentales para asistir a las diversas problemáticas que plantean las personas que acuden al servicio de salud.

Se destacó entre los profesionales entrevistados que el trabajo en equipo interdisciplinario permite conocer a las demás disciplinas, profesionales ajenos a la misma, intercambio y búsqueda conjunta de posibles soluciones a una misma

problemática, discutir límites profesionales y poder potenciarlos con intervenciones combinadas.

Con respecto a la experiencia de trabajo en equipo interdisciplinario, en lo que respecta a los profesionales entrevistados, se obtuvieron respuestas que evidenciaron la falta de su implementación en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

Por otro lado la comparación de las RS de los profesionales de TO y OP muestra una notable convergencia en sus respuestas, ya que no se evidencian diferencias significativas entre ellas. En cuanto a ello, se añade cuadro comparativo a continuación:

Variables	Profesionales entrevistados TO	Profesionales entrevistados OP
Equipo interdisciplinario	Grupo de profesionales de distintas disciplinas	
Experiencia en trabajo en equipo interdisciplinario	Tienen experiencia y en han trabajado con profesionales TO y OP. Experiencia de trabajo muy buena Debate, cada disciplina aporta su mirada.	
Aspectos positivos/negativos	Aporta beneficios. Aporte de conocimiento, experiencia de otras disciplinas Ego que dificulta intercambio	
Importancia del trabajo en equipo interdisciplinario	Mirada integral-comunicación-forma de actuar-habilidad de uso de prótesis acrecienta- En todas las personas y en todas las instancias.	Mirada integral-comunicación-forma de actuar- pcpl causa de rechazo protésico-distintas etapas
Factores que favorecen/dificultan la implementación del trabajo en equipo interdisciplinario	Favorece: miradas distintas- no hay excusas para lograrlo. Dificulta: tiempo escaso-pocos profesionales	Favorece: trabajo en mismo establecimiento-. Dificulta: falta de comunicación- OP solo interviene en la primer etapa.

VII. Conclusión y discusión

A partir del trabajo realizado, se consideró que la investigación respondió a los objetivos planteados ya que se pudieron identificar, describir, comparar y por ende analizar las RS de los profesionales de TO y OP. A su vez, se logró responder a la pregunta problema, ¿Cuáles son las RS de profesionales de TO y OP, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior? ya que, a través de la aplicación de las entrevistas semi estructuradas y mediante el trabajo de campo se pudieron conocer cuáles son las RS de profesionales de TO y OP en relación a la temática de investigación. Las mismas se describen a continuación:

Al indagar acerca del concepto de equipo interdisciplinario, se pudo identificar que dentro de su actuación, los profesionales en su totalidad tienen una mirada positiva considerándolo beneficioso e importante ya que permite la comunicación clara y premeditada, lo que conlleva a un actuar con un objetivo común para el logro de un resultado eficaz. Además se pudo evidenciar que la experiencia de intercambio con otras profesiones es siempre buena, de debate, re trabajo y construcción de objetivos en conjunto para mejorar resultados de trabajo de salud integral. El objetivo del proceso debe ser pensando en y con la persona que utiliza el equipamiento en donde cada disciplina aporta su mirada y se especializa en dar curso al logro de objetivos pequeños.

Se pudo observar que los profesionales en su totalidad coincidieron con que no existen aspectos negativos, resaltaron “no hay excusas para lograr un trabajo en equipo interdisciplinario”. Sin embargo, mencionaron desde su experiencia, que existen deficiencias a la hora de poner en marcha el trabajo en equipo interdisciplinario en las instituciones de salud, además agregaron “hay cuestiones institucionales independientemente de que la institución sea pública o privada: el tiempo es escaso, hay falta de comunicación, la cantidad de recurso humano y casos para que se agilice la dinámica interdisciplinar, la falta de continuidad en el trabajo (OP interviene solo en la primera etapa y en la de protetización), y que los profesionales del equipo no trabajen en la misma institución”.

Por otra parte, no se pudieron evidenciar puntos de comparación en las RS de los profesionales de TO y OP, estas muestran una notable convergencia en sus respuestas, ya que no se evidencian diferencias significativas entre ellas.

De acuerdo al marco teórico y los resultados obtenidos, se evidenció que existe dificultad para alcanzar la plena participación e integración social, en especial la de aquellos adultos jóvenes que han sido objeto de una amputación de miembro superior y no han completado el ciclo de colocación de prótesis y rehabilitación por falta de un equipo interdisciplinario durante el proceso. Como mencionan los autores Stubblefield y Armstrong (2008) las personas que han sufrido una amputación como consecuencia de un trauma o una enfermedad se enfrentan a múltiples variables que van desde una suspensión de su rutina diaria al rechazo social y psicológico de su condición y en ocasiones puede llegar a sintomatologías que desencadenan depresión y falta de auto aceptación. Por tal motivo, el objetivo primordial del proceso de rehabilitación es permitir el uso eficaz de herramientas y ayudas técnicas que sirvan de soporte en la vida cotidiana, familiar, laboral y social para que la persona pueda retomar sus actividades y su vida con el mayor nivel de funcionalidad.

Siguiendo con lo anteriormente mencionado por los autores, los paradigmas del proceso de la salud han ido evolucionando dado a los beneficios que se registran en cuanto al trabajo en equipo interdisciplinario y rehabilitador temprano. De acuerdo con los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a profesionales de TO y OP, se evidenció que existe un consenso respecto a los beneficios que impulsan la evolución de los paradigmas en el proceso de rehabilitación. Específicamente, se destacó la importancia y los beneficios que conlleva la participación activa de un equipo interdisciplinario.

Uno de los profesionales entrevistados de OP, mencionó que la falta de actuación del equipo interdisciplinario y la falta de preparación por parte de los profesionales forman parte de las principales causas de rechazo de los dispositivos protésicos. Esta perspectiva fue respaldada por la totalidad de los demás profesionales entrevistados, quienes también reconocieron los beneficios y la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario.

También agregaron que las personas con amputación atraviesan distintas etapas las cuales deben ser abordadas por diferentes profesionales que deben conocer el rol de cada miembro del equipo interdisciplinario para que la práctica sea eficaz con una mirada desde la perspectiva integral y holística. Por lo tanto, los adultos jóvenes con amputación que no transitan el proceso de rehabilitación mediante el actuar del equipo interdisciplinario forman parte de una problemática de salud porque además de la afectación orgánica tiene consecuencias en la calidad de vida y la productividad.

Respecto a lo expuesto, será relevante el proceso de rehabilitación que busca en términos generales mejorar la calidad de vida de la persona con amputación. La primera señal que indica el deseo de la persona de llevar una vida diferente según mencionan los autores Aguilar y Arteaga (2020) es el uso de la prótesis, lo cual es un signo de buen pronóstico de lo que podrá obtener del esfuerzo que realizará en la rehabilitación física y psicológica por igual. Con el objeto de que las personas sean tratadas desde los diferentes niveles biopsicosociales es relevante que la problemática sea abordada por equipos interdisciplinarios.

Será fundamental que las acciones que se implementen sean integrales, donde se consideren todas las acciones preventivas, basadas en evidencia científica e interdisciplinaria que integren los diversos enfoques. En relación a lo argumentado, los profesionales entrevistados refirieron que cuando la amputación ocurre en adultos jóvenes, la rehabilitación deberá integrar diversos enfoques en concordancia al equipo interdisciplinario para que la habilidad de usar la prótesis se acreciente, la conciencia de estar limitado físicamente se torne menos importante y la amputación se vuelva una mínima fuente de interferencia en las actividades laborales, familiares y sociales. Es así entonces cuando se estima finalizado el proceso de rehabilitación.

Como conclusión, se consideró que la investigación presenta limitaciones relacionadas con la escasa muestra, debido a este motivo no se pudieron obtener afirmaciones contundentes porque no terminan siendo representativas. Con lo cual no se ha discriminado en los criterios de inclusión cómo se conformaron los equipos interdisciplinarios, no se hizo foco en la atención de los profesionales en sí sobre la persona con amputación, como tampoco cuántas personas evaluó, si no que se tomaron solamente las RS de los profesionales sobre el equipo interdisciplinario, aun así se comprende que podrían ser datos fructíferos.

Al finalizar, surgieron interrogantes que pueden ser motivadores para iniciar nuevas investigaciones. Estos son: ¿Qué estrategias se pueden desarrollar para promover posibles mejoras que el sistema y los profesionales puedan implementar para que se concientice sobre la importancia del actuar del equipo interdisciplinario? ¿Cómo influye la conformación del equipo interdisciplinario en relación al trabajo con las personas con amputaciones? ¿Cómo influye el lugar de trabajo del profesional en relación al equipo interdisciplinario?

A partir de lo expuesto, se generaría una perspectiva holística de la problemática analizada. Las autoras invitan a reflexionar sobre la importancia de reconocer la necesidad de la actuación del equipo interdisciplinario, tanto en la redefinición de las prácticas profesionales, del objeto de estudio, como de su intervención, con el fin de aportar conocimientos que alimenten a ambas profesiones.

Se sostiene que el deber como profesionales de la salud es preguntarse cuál es su posicionamiento respecto del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior y el modo como se concibe al sujeto de las prácticas a partir de las RS instaladas, las cuales constituyen una unidad funcional estructurada integrada por distintas formaciones subjetivas: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos; además de cómo se mira y desde dónde se posiciona para intervenir.

VIII. Referencias

- Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones Sociales*. Coyoacán.
- Aguilar, Z., Arteaga, D. (2020). *Calidad de vida del adulto joven resiliente amputado de miembro inferior, en el instituto nacional de rehabilitación. Protocolo de investigación*. Universidad autónoma metropolitana. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/90b90f8c-6210-4b83-a2b3-45c0af476dcf/cbs1972959.pdf>
- Aguirre, E. (2004). Representaciones sociales y análisis del comportamiento social. En E. Aguirre y J. Yáñez (eds.) *Diálogos 3. Discusiones en la Psicología Contemporánea*. (pp. 12-25) Universidad Nacional de Colombia. <https://www.aacademica.org/eduardo.aguirre/5.pdf>
- BoytSchell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M. E., &Cohn, E. S. (2016). *Willard& Spackman Terapia Ocupacional*. Médica Panamericana.
- Collado Cañas, A. (2008). *Fundamentos de rehabilitación: Nociones sobre fundamentos de la rehabilitación para pacientes o usuarios de tratamientos fisioterapéuticos*. Andade. <https://www.andade.es/rehabilitacion/item/fundamentos-de-rehabilitacion>
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y Representaciones Sociales*. 11(21), 109-140. <http://www.culturayrs.org.mx/index.php/CRS/article/view/333/333>
- Del Piccolo, J. (2015, 9 de septiembre). *Re-habilitación del paciente amputado de miembro superior* [sesión de conferencia]. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Paraná, Argentina.

- De las Heras de Pablo, C. (2015). *Significado de la Terapia Ocupacional: Implicaciones para la mejor práctica*. TOG (A Coruña) [revista en Internet], monog 7, p. 127-145. <https://www.revistatog.com/mono/num7/significado.pdf>
- Farro, L. Tapia, R. Bautista, L. Montalvo, R. Iriarte, H. (2012). *Características clínicas y demográficas del paciente amputado*. RevMedHered (240-243)<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n4/v23n4ao4.pdf>
- Fernández, E. Ruiz, M. (2016). Representaciones sociales de los trabajadores de una fábrica de calefones eléctricos de la ciudad de Junín, Buenos Aires sobre los riesgos laborales. [Tesis de grado]. Universidad del Gran Rosario.
- Garzaniti, R., & Romero, P. M. (2018). Atención integral de la salud: La interdisciplina como herramienta fundamental. *Anuario Temas en Psicología*, 4, 275–294. <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/8465>
- Gutiérrez, C. Jiménez, C. Corregidor, A. (2007) *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad española de geriatría y gerontología. *El equipo interdisciplinar*. (89-93) <https://www.anme.com.mx/libros/Tratado%20de%20Geriatr%EDa%20para%20Residentes.pdf>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2014, 23 de diciembre). Ley 27.051. Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional Nacional. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/118249/20150109>
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.). *Psicología Social II: Pensamiento y vida social*. (pp. 469-544). Paidós.

Kornblit, A. L. (2007). *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. (2a ed.)

Biblios.

López, G., Laje, C., (s.f) La interdisciplinariedad como práctica en salud.

<https://drive.google.com/drive/folders/1-knt9qAKLpOJywHHkLITtbRBT4zhereZ>

Michael, J., Hsu, J., Fisk, J. (2009) AAOS. *Atlas de ortesis y dispositivos de ayuda*. Elsevier.

<https://es.scribd.com/document/448981490/ATLAS-DE-ORTESIS#>

Miravete Peris, A., Aranda Minguillón, E., BorauLacasa, P., Pardo Sanz, M. P., Blasco

García, M., & López Pozo, A. (2022). Terapia ocupacional en amputados de miembro superior. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(4), 26.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8429105>

Montane, F., Muñoz, J. (2018). El desarrollo de la protésica a lo largo de la historia humana. *En*

Ortesis, Prótesis y Movilidad, (Vol. 1), p. 9-12. ISPO

Argentina. <https://www.researchgate.net/publication/344321505> EL DESARROLLO DE L

[A PROTESICA A LO LARGO DE LA HISTORIA HUMANA 1 2018 Ortesis Protesis](#)

[y Movilidad](#)

Moscovici, S (1979) La representación social: un concepto perdido. En S. Moscovici. (ed.). *El*

Psicoanálisis, su imagen y su público (pp. 27-34). (2° ed.).

Huemul. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos->

[aires/sociologia/representacion-social-un-concepto-perdido-moscovici/16421480](#)

Muñoz, J., Montané, F., Corrao, R., Vale, M., Perez, G., Villanustre, M. (2021). Recorrido histórico

sobre la Ortoprotésica del aparato locomotor humano en Argentina (1880-

2010). <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/79316/411354->

[Text%20de%20I%27article-601503-1-10-20230117.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Ocello, M. Lovotti, V. (2015). *Ortesis y Prótesis: Herramientas para la rehabilitación*. UNL.
<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5534/ortesisyprotesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (s.f).
Rehabilitación. <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms#:~:text=En%20el%20Pre%20C3%A1mbulo%20de%20la,declaran%2C%20en%20confirmitad%20con%20la>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Marco de competencias para la rehabilitación*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240008281>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Rehabilitación*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>

Ospina, J. Serrano, F. (2009). El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. *Revista Ciencias de la Salud*, 7(2), 36-46. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732009000200006&lng=es&tlng=es

Poder Ejecutivo Nacional. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. (1967, 24 de enero). Ley n° 17.132. Boletín Oficial. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429/actualizacion>

Polonio López, B (2003). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. Médica Panamericana.

Rodeiro, G (2018). *Guía de atención de pacientes amputados*. Ministerio de salud. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/inareps-guia-atencion-pacientes_amputados.pdf

Rodríguez Rodríguez, L. P. & Asociación de Ortopédicos Españoles. (1983). *Protésica de la extremidad superior*. Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Cátedra de Rehabilitación Asociación de Ortopédicos Españoles.

Romeu, V. (2014). Las representaciones sociales como herramienta de análisis para la comunicación intercultural. En Sequera Meza, Ortopeza Cortés, & Sánchez Sánchez (Eds.), *Límites de las fronteras* (pp. 15-16). Universidad autónoma de Baja California. https://www.researchgate.net/publication/308909350_Las_representaciones_sociales_como_herramienta_de_analisis_para_la_comunicacion_intercultural

Salmón, E. Palacios, A. Salas, D. Del Aguila, L. Bregaglio, R. De Asis, R. Tovar, T. Vázquez, A. Astorga, L. (2016). *Nueve conceptos claves para entender la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. (p.20). Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/32092.pdf>

Santos Koerich, M., SteinBackes, D., Macêdo de Sousa, F. G., & Erdmann, A. L. (2009). La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado en salud. *Enfermería Global*, 17, 0-0. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412009000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Stubblefield, K., Armstrong, A. (2008). Amputaciones y prótesis. *Occupational therapy for physical dysfunction*. (p.5-6). (6Ed). Lippincott Williams y Wilkins. <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-chile/terapia-ocupacional-y>

[estrategias-de-intervencion-i/amputaciones-y-protesis-traduccion-libro-katherine-ttrombly/34725202](https://www.repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20554/julianaandreseguraurrea.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Turner, A., Foster, M., & Johnson, S. E. (2003). *Terapia ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica* (5a ed.). Churchill Livingstone.

Universidad del Gran Rosario. Rosario, Santa Fe. <https://ugr.edu.ar/carreras/ortesis-y-protesis/>

Urrea, S. (2012). *Representaciones sociales, salud y seguridad en el trabajo* [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UN. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20554/julianaandreseguraurrea.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vázquez Vela Sánchez, E. (2015). *Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el estado*. CONACYT.

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf

Viladot Pericé, R. Cohí Riambau, O. y Clavell Paloma, S. (2005). *Ortesis y Prótesis del aparato locomotor: extremidad inferior*. Masson.

Zambudio Periago, R. (2009). *Prótesis, órtesis y ayudas técnicas*. Masson.

IX. Anexos

Anexo I. Consentimiento informado, libre y voluntario

Hoja de información del consentimiento informado, libre y voluntario (Google form)

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSelbH83bWHa5B9rLBqwr72WCoKVCYFLYsxn2E_Pdxr_3Fw/viewform?usp=pp_url

Quienes suscriben, estudiantes de la Licenciatura en Terapia Ocupacional Montesino, Victoria Ayelén y de la Licenciatura en Ortesis y Prótesis Mancini, Nataly, le propone participar voluntariamente en la investigación denominada “Representaciones sociales de los profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior”

Dicha investigación forma parte de los requisitos para la obtención del título de grado, y postula como objetivos identificar, describir, comparar y analizar las representaciones sociales de los profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis acerca del equipo interdisciplinario en la intervención de adultos jóvenes con amputación de miembro superior.

A tal fin, si aceptara esta propuesta, se le realizará una entrevista que contiene una serie de preguntas relacionadas con su práctica profesional. Este cuestionario requerirá de 35 minutos como máximo de su tiempo. La información que se obtenga es estrictamente confidencial y se utilizará sólo para esta investigación.

La información obtenida será procesada para luego elaborar las conclusiones del trabajo de investigación.

Si tiene alguna pregunta o duda acerca de la investigación y/o derechos que le corresponde puede consultar toda vez que lo requiera.

Se agradece su participación

La/o saluda atentamente.

Mancini, Nataly y Montesino, Victoria Ayelén

Hoja de firmas del consentimiento informado, libre y voluntario

Al aceptar certifico que he leído la hoja de información anexa acerca de la investigación “Representaciones sociales de los profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en la intervención de adultos jóvenes con amputación de miembro superior”.

Las estudiantes Mancini, Nataly y Montesino, Victoria Ayelén me han informado acerca de los objetivos de la misma, he recibido respuestas a las preguntas realizadas, y entiendo que la información obtenida será utilizada con fines académicos y la publicación con fines científicos, preservando la confidencialidad de todos mis datos personales. Por lo tanto, acepto participar voluntariamente de la misma.

En este proceso de información y de solicitud de mi consentimiento, recibo una copia de la hoja de información y firma del consentimiento informado, libre y voluntario.

SI ACEPTO - NO ACEPTO

Anexo II. Entrevista semi estructurada

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSelbH83bWha5B9rLBgwr72WCoKVCYFLYsxhn2E_Pdxr_3Fw/viewform?usp=sf link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSelbH83bWha5B9rLBgwr72WCoKVCYFLYsxhn2E_Pdxr_3Fw/viewform?usp=sf_link)

La siguiente entrevista está directamente enfocada a conocer sus representaciones sociales acerca del tratamiento interdisciplinario como profesional de la salud y parte del equipo de profesionales que se encargan de atender la rehabilitación de las personas con amputaciones del miembro superior.

- 1)¿Qué entiende usted por equipo interdisciplinario?
- 2)¿Ha trabajado o trabaja actualmente en un equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación con personas con amputación de miembro superior?
- 3)¿Ha tenido experiencia de trabajar interdisciplinariamente en un equipo donde además de su profesión, y la de otros profesionales, haya un/a TO o un/a OP?

Sí trabajó:

3. a) ¿Cuál ha sido su experiencia de intercambio con otras profesiones en un equipo interdisciplinario?
- 4)¿Le parece que el trabajo en equipo interdisciplinario aportaría beneficios en la rehabilitación de la persona? ¿Cuáles?
- 5) ¿Cuáles considera que son los aspectos positivos y/o negativos del trabajo interdisciplinario en este campo específico?
- 6) A partir de su participación en el equipo interdisciplinario ¿se modificó su percepción en relación al trabajo interdisciplinario? Si es así cuéntenos en que se modificó su percepción.
- 7) ¿Cree que el tratamiento llevado a cabo por el equipo interdisciplinario es igualmente necesario en todas las personas con amputaciones de miembro superior?
- 7.a) Si la respuesta es sí ¿Por qué?

7.b) Si la respuesta es no, ¿por qué en algunas personas sí y en otras no y en qué instancias considera necesario que intervenga el equipo interdisciplinario?

8)¿Considera usted que es importante contar con un conocimiento teórico previo acerca de la interdisciplina para que la práctica/tratamiento sea exitoso/eficaz? ¿Por qué? ¿En que podría beneficiarlo?

9) De acuerdo a la organización y gestión del lugar en el que usted trabaja o trabajó, ¿cuáles son los factores que favorecen y/o dificultan la implementación de un tratamiento interdisciplinario?

Anexo III. Matriz

	Equipo interdisciplinario	Experiencia de trabajo interdisciplinario	Aspectos positivos/negativos del trabajo en equipo interdisciplinario	Importancia del trabajo en equipo interdisciplinario	Factores que favorecen y/o dificultan la implementación de un tratamiento en equipo interdisciplinario
Entrevistado OP					
Entrevistado OP					
Entrevistado OP					
Entrevistado TO					
Entrevistado TO					
Entrevistado TO					

Anexo V. Carta de aceptación del director propuesto

Rosario, Santa Fe, 27/11/2020

Sr. Director de la

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Prof. Sanchez, Candela Nazareth

S / D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de poner en su conocimiento mi aceptación a la solicitud del/de la/los alumno/a/s Montesino, Victoria Ayelén; Mancini Nataly para desempeñarme como Director de la Tesina de graduación de la Licenciatura en Ortesis y Prótesis y de la Licenciatura en Terapia Ocupacional titulada “Representaciones sociales de profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior”

Sin otro particular, lo saluda atte



Mg. CANDELA SANCHEZ
Directora de la Licenciatura en
Terapia Ocupacional
UNIVERSIDAD DEL GRAN ROSARIO

Anexo VI. Carta de aval del director (dirigida al director de la Lic. Terapia Ocupacional)

Rosario, Santa Fe. 1 de Febrero 2023

Sr. Director de la

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Prof.

S / D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de informarle en mi calidad de Director de la tesina de graduación titulada "Representaciones sociales de profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior" cuya autoría corresponde Montesino Victoria y Mancini Nataly que la misma cumple con los requisitos necesarios para su presentación final.

Sin otro particular, lo saluda atte.

Firma:


Mg. CANDELA SANCHEZ
Directora de la Licenciatura en
Terapia Ocupacional
UNIVERSIDAD DEL GRAN ROSARIO

Aclaración:

Candela

Sanchez

Anexo VII. Carta de aval del director (dirigida al director de la Lic. Ortesis y Prótesis)

Rosario, Santa Fe. 1 de Febrero 2023

Sr. Director de la

Licenciatura en Ortesis y Prótesis

Prof.

S / D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con motivo de informarle en mi calidad de Director de la tesina de graduación titulada “Representaciones sociales de profesionales de Terapia Ocupacional y Ortesis y Prótesis, acerca del trabajo en equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de adultos jóvenes con amputación de miembro superior” cuya autoría corresponde Montesino Victoria y Mancini Nataly que la misma cumple con los requisitos necesarios para su presentación final.

Sin otro particular, lo saluda atte.

Firma: 
Mg. CANDELA SANCHEZ
Directora de la Licenciatura en
Terapia Ocupacional
UNIVERSIDAD DEL GRAN ROSARIO

Aclaración: Candela Sanchez