



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA – FACULTAD DE  
HUMANIDADES  
CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

**TÍTULO:** Más allá del consultorio: La práctica pre profesional en el área de Disfunciones Físicas con intervención en el contexto real de los pacientes. Una propuesta para la cátedra Práctica Pre Profesional 1, 2 y 3 de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la UNMdP

**ESTUDIANTE:** Mariel Partarrié

**TUTOR/A:** Dr. Braian Marchetti

**2025**

## Indice

❖ Resumen.....	3
❖ Introducción.....	4
❖ Capítulo1.Práctica-pre-profesional.....	7
1.1 Acerca de la cátedra PPP 1, 2 y 3.....	8
❖ Capítulo 2. Contexto y Entorno.....	13
2.1. Rol del T.O. en la intervención domiciliaria.....	15
2.2 Práctica situada en contexto.....	18
❖ Capítulo 3. Decisiones metodológicas y resultados.....	21
❖ Capítulo 4 Propuesta pedagógica.....	37
❖ Reflexiones finales.....	59
❖ Anexos.....	61
❖ Bibliografía.....	64

## **RESUMEN**

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una investigación diagnóstica en el marco de la cátedra Práctica Preprofesional 1, 2 y 3, de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar Del Plata, con un enfoque específico en el área de Disfunciones Físicas en personas adultas. Se busca explorar la posibilidad de modificar la dinámica actual de la cursada, incorporando el abordaje de los pacientes en su entorno real: el hogar.

Tradicionalmente, la práctica pre profesional ha tenido lugar dentro del consultorio de Terapia Ocupacional de una institución médica de la ciudad, donde los pacientes reciben tratamiento para la rehabilitación de sus disfunciones musculoesqueléticas siguiendo los lineamientos del proceso de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020). No obstante, para brindar una atención integral, es fundamental no sólo aplicar técnicas específicas de tratamiento, sino también abordar el contexto en el que las personas desarrollan su vida cotidiana. El entorno domiciliario puede presentar factores que faciliten u obstaculicen el proceso de recuperación, lo que resalta la importancia de una intervención que contemple ambos espacios.

En este sentido, se propone una reestructuración de la cursada de la práctica pre profesional, promoviendo la combinación del abordaje en el consultorio con la intervención en el hogar, siguiendo los lineamientos del tratamiento domiciliario. Consideramos que esta iniciativa contribuirá al desarrollo de un razonamiento clínico integral y situado, permitiendo a los alumnos formular estrategias de intervención fundamentadas no sólo en el sustento teórico adquirido previamente y durante el proceso de intervención, sino también en el análisis reflexivo y en la toma de decisiones adaptadas a cada caso en particular.

Esta propuesta busca fortalecer la formación académica y profesional de los estudiantes, dotándolos de herramientas que les permitan afrontar de manera más efectiva los desafíos del ejercicio clínico en contextos reales.

**PALABRAS CLAVE:** Práctica preprofesional - atención en contexto - práctica reflexiva - Terapia Ocupacional.

## INTRODUCCIÓN

En el campo de la Terapia Ocupacional, la práctica clínica desempeña un papel fundamental en el desarrollo profesional, al actuar como un puente entre la teoría académica y la experiencia práctica (Willard y Spackman, 2011). A través de estas experiencias, los estudiantes adquieren herramientas tanto teóricas como prácticas, que constituyen la base de su futuro desempeño profesional.

En particular, la práctica pre profesional en el ámbito de las disfunciones físicas ha tenido lugar históricamente en campos tradicionales como son las instituciones de salud: clínicas, hospitales e institutos de rehabilitación. Estos entornos, caracterizados por un contexto estructurado y controlado, permiten que los practicantes, guiados por un supervisor, se entrenen en el abordaje de las diversas situaciones que surgen antes, durante y después de las intervenciones con los pacientes. En el desarrollo de la práctica que nos ocupa en el presente trabajo, los alumnos se capacitan para completar el proceso de Terapia Ocupacional en personas que poseen afecciones musculoesqueléticas, que pueden ser de origen traumatológico, reumatológico o neurológico, y que se localizan principalmente en la mano y el miembro superior. Adquieren entrenamiento práctico acerca de las diferentes estrategias para recuperar las funciones y estructuras corporales que se encuentran afectadas. Sin embargo, un abordaje óptimo para el tratamiento de estas afecciones, debe tratar no sólo la causa que las produce, sino también los factores que las potencian o las disminuyen. En la gran mayoría de los casos, los aspectos que facilitan o dificultan la recuperación y el desempeño en las ocupaciones, se encuentran en los contextos de las personas, no sólo en los factores personales (que son los que se tratan en el consultorio), sino en los factores ambientales, entendidos como los aspectos del entorno físico, social y la situación particular en que las personas viven y conducen sus vidas (hogar, ámbito laboral). (AOTA, 2020). Uno de los componentes del contexto que más influye en la facilitación o enlentecimiento de una evolución satisfactoria, es el entorno físico inmediato de las personas, referido a los espacios interiores y exteriores hechos por el hombre que son planeados, diseñados y construidos para uso público y privado (AOTA, 2020). Se refiere principalmente al hogar, a los puestos de trabajo, a la accesibilidad en la comunidad, entre otros. Este entorno inmediato que siempre fue funcional al desempeño, puede dejar de serlo

desde el momento en que una lesión o enfermedad irrumpe en la vida de una persona y de su familia. Pongamos ejemplos aclaratorios: una persona a la cual se le declara una artritis reumatoidea, tendrá entre sus múltiples síntomas, la disminución marcada y progresiva de la amplitud articular y la fuerza muscular, por lo que deberá, en algún momento de la evolución de la enfermedad, modificar la altura y la disposición del mobiliario y los elementos de uso frecuente, de modo que pueda alcanzarlos con facilidad. Otro ejemplo puede ser el de una persona que sufre un daño cerebral, y necesita modificar su baño con diferentes medios de sujeción, o recortar su bañera para poder acceder a ella y permanecer sentado o de pie, para poder higienizarse con independencia. Son de muy alta frecuencia las enfermedades laborales, generalmente porque es inadecuada la disposición del puesto de trabajo, o el gesto profesional es incorrecto. Así podríamos mencionar una enorme cantidad de situaciones, en las que algunos aspectos del contexto contribuyen a obstaculizar el desempeño en las actividades cotidianas, o directamente producen la lesión.

La intervención del terapeuta ocupacional en el contexto domiciliario busca promover la autonomía y la participación del individuo en su entorno, adaptando el espacio, eliminando barreras, modificando procedimientos y optimizando su desempeño en actividades diarias. Este trabajo propone redefinir la dinámica de la práctica preprofesional en disfunciones físicas en adultos, integrando el espacio áulico del consultorio con la intervención domiciliaria. Esta articulación, sin duda desafía a los practicantes a desarrollar soluciones creativas y fundamentadas frente a situaciones únicas, como son las que se encuentran en el hogar de las personas, permitiéndoles aprender a tomar decisiones en escenarios no controlados como el del consultorio, sino caracterizados por la incertidumbre, la singularidad y los conflictos de valores (Sanjurjo, 2012) . En este sentido, el proceso de aprendizaje no solo implica reconocer y evaluar cada situación, sino también construir nuevas respuestas adaptadas a cada caso particular. Esta perspectiva se enmarca en una epistemología alternativa de la práctica, que implica una transformación del habitus, entendido como las estructuras estructurantes que operan como principios generadores y organizadores de las prácticas (Bourdieu, 1991). Dichos esquemas internalizados, aunque resultan prácticos y económicos, pueden y deben ser modificados a través de una formación crítica y reflexiva, con el fin de favorecer el desarrollo de un profesional capaz de

responder de manera innovadora y fundamentada a los desafíos que plantea el ejercicio de la Terapia Ocupacional.

El objetivo general del presente trabajo, consiste en rediseñar la organización de la cursada de la práctica pre profesional en el área de Discapacidades Físicas en Adultos, para incorporar el abordaje en los contextos reales de las personas que asisten al servicio de rehabilitación de T.O. Los objetivos específicos se dirigen a conocer la opinión de ex-alumnos que hayan cursado la práctica en la Institución y que no realizaron intervención en contexto; identificar los puntos de vista de otros docentes supervisores del área en relación a la intervención de los alumnos en el domicilio de los pacientes; relevar planes de estudio de otras carreras de Terapia Ocupacional, específicamente en el área de práctica clínica, y recuperar opiniones y sugerencias del profesor titular de la cátedra Práctica Clínica 1, 2 y 3.

Para la recolección de datos, se emplearán técnicas propias de la investigación cualitativa, tales como encuestas dirigidas a los alumnos, entrevistas con docentes y revisión documental de otros planes de estudio en carreras de Terapia Ocupacional.

En el Capítulo 1, introducimos conceptos acerca de las Prácticas pre profesionales, y realizamos una descripción detallada del proceso de la práctica que nos ocupa, incluyendo objetivos de la asignatura, desarrollo de la cursada en el consultorio, objetivos a lograr por el estudiante. En el Capítulo 2, presentamos conceptos acerca del Contexto y Entorno, describimos los factores que los conforman, y su influencia en el desarrollo cotidiano de la vida de las personas. En un apartado describimos el rol del Terapeuta Ocupacional en la intervención domiciliaria, las acciones que realiza y los objetivos de ese abordaje. En el Capítulo 3, unificando conceptos de los Capítulos 1 y 2, fundamentamos la importancia de realizar una práctica clínica situada en ambos espacios, con el objeto de realizar un abordaje integral de la problemática de las personas que acuden al Servicio de T.O. El capítulo 4 describe los aspectos metodológicos del trabajo. Finalmente, se expone la propuesta pedagógica que pretende modificar la cursada de la práctica tal como se ha hecho hasta ahora, y por último se presentan reflexiones finales, información bibliográfica y anexos con instrumentos que se utilizaron en el trabajo de campo.

## **CAPÍTULO 1. PRÁCTICA PRE PROFESIONAL**

Las prácticas pre profesionales representan una oportunidad para que el alumno establezca contacto directo con el ámbito laboral, y se familiarice con las actividades propias de su futuro desempeño. Desde una dimensión curricular, constituyen un dispositivo que se desarrolla en el contexto de una formación para el ejercicio de una profesión, por lo que las relaciones entre teoría y práctica adquieren un grado de significativa relevancia. En el ámbito de la Salud, el aprendizaje se obtiene en situaciones reales de desempeño profesional, con experiencia directa, en contacto con la realidad. Ese aprender a partir de la actividad, genera una reflexión que, a su vez, origina nuevas intervenciones más elaboradas. Siguiendo a Steiman (2018, p.181), podemos replicar algunos conceptos que él atribuye a lo que denomina prácticas supervisadas, a saber:

- Estas prácticas están concebidas como procesos de aprendizaje complejos y multidimensionales, y como espacios de reflexión, análisis y producción de conocimiento en contextos diversos.
- Se definen con contenidos de práctica reflexiva, que produce conocimiento didáctico y construye conocimiento profesional.
- La práctica exige toma de decisiones más que la aplicación de recetas preestablecidas.

Para el ejercicio de la Terapia Ocupacional, la Federación mundial de T.O. (WFOT) establece estándares mínimos en la educación de los futuros profesionales, y uno de ellos exige que los estudiantes completen y aprueben un mínimo de 1000 horas de práctica pre profesional, desarrollándose en lugares que ofrezcan diferentes niveles de atención de la salud. En estos ámbitos, los estudiantes deben tener la oportunidad de trabajar con personas de diferentes edades, con diferentes necesidades de salud, y con intervenciones que se concentren en la persona, la ocupación y el entorno (Hocking y Ness, 2002).

Como docentes, nuestro principal objetivo es promover el desarrollo y entrenamiento de habilidades y destrezas, (de las más simples a las más complejas), que implican resolución de problemas, evaluación de las diferentes situaciones, planificación, reflexión. Los dispositivos de formación deben constituir una manera de crear situaciones experienciales

que permitan la transformación de los alumnos mientras se apropian de nuevos saberes y disposiciones para la acción. Siguiendo a Sabelli, M. y Báez, L. (en Anijovich et al, 2021, p.29), “deben ayudar a generar una actitud y un habitus reflexivo, a revisar valores, supuestos y posiciones y a ensayar el rol profesional al generar situaciones problemáticas que permitan tomar decisiones y favorezcan el desarrollo de actitudes éticas, críticas y reflexivas”. En sintonía con estos supuestos, durante el desarrollo de la práctica, se incentiva el crecimiento y progreso del razonamiento clínico, que sustenta todos los pasos del proceso de Terapia Ocupacional (Polonio Lopez, 2003). En los últimos años, los avances en la epistemología de las prácticas han vuelto prioritaria la necesidad de vincular la formación académica y disciplinar con el contexto cultural donde dichas habilidades y tareas adquieren significación. (Gimeno Sacristán - Pérez Gómez, 2008). Nos referimos a darle entidad a las prácticas contextualizadas, no sólo en referencia a un espacio en particular, sino a un campo, a un contexto cultural que incluye nociones, supuestos previos, expectativas, maneras de interpretar la práctica según los actores sociales vinculados a ella (Jackson, 2002). La construcción del rol profesional, en el marco de una práctica reflexiva, requiere de tiempo, trabajo intensivo, empleo de diversos dispositivos y estrategias, que desafían e interpelan al alumno a revisar sus propias creencias y a desarrollar un habitus reflexivo (Sabelli, M.J. et al, en Anijovich, R. y Cappelletti, G., 2021).

### **1.1 Acerca de la cátedra PPP 1, 2 y 3.**

La cátedra sobre la que se interviene se denomina Práctica pre-profesional 1, 2 y 3 (a partir del año 2024, con la implementación del nuevo plan de estudios). Se encuentra en el 4to. y 5to. año de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional (T.O), en la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), pertenece al área de Asignaturas Específicas, y tiene una carga total de 1000 horas de práctica, tal como lo exige la WFOT (Federación Mundial de Terapia Ocupacional). Esas horas se distribuyen en tres prácticas preprofesionales que cada estudiante elige, y cada práctica debe cumplir un mínimo de 330 horas.

En el actual plan de estudios, las prácticas las realizan estudiantes avanzados (4to y 5to año de la carrera) que eligen el área en la que pretenden realizar su experiencia. Para ello, deben tener aprobadas un número determinado de materias que brindan las bases teóricas para el

ejercicio del estudiante en el campo profesional. La cursada de esta materia es cuatrimestral. Tiene una evaluación intermedia, en la que se realiza una devolución a los alumnos acerca de su desempeño, que involucra adaptación a la institución, condiciones personales, relaciones interpersonales, desempeño de rol de T.O., y una evaluación final, conceptual y numérica.

El objetivo general de la asignatura, es brindar e integrar el conocimiento académico en prácticas pre-profesionales en las diferentes áreas de incumbencia, o campos de intervención de la Terapia Ocupacional. Durante la cursada de estas prácticas, los alumnos entran en contacto directo con los diferentes ámbitos de actuación profesional, desempeñando el rol de Terapeuta Ocupacional por primera vez en su carrera. Están a cargo de un docente (terapeuta supervisor), que acompaña y guía a los alumnos durante toda la cursada. Los objetivos específicos de la asignatura, están determinados por dos variables: el nivel de la práctica clínica y el área de incumbencia profesional en que se cursa la misma. Esto implica que los objetivos se adecuen a los contenidos de cada área, y requieren niveles progresivos de competencia según el nivel de práctica clínica (I, II o III) a cursar.

Las áreas de intervención en las que se estructura la cátedra son: Salud Mental, Gerontología, Educación, Discapacidades Físicas en Adultos, Pediatría, Comunitaria (Sociedad y DDHH).

Específicamente, el área de Práctica en la que me desempeño, y sobre la cual pretendemos intervenir, es en la de Discapacidades Físicas en Adultos. Corresponde a las prácticas II y III, que presentan un nivel mayor de complejidad, y requieren mayor número de finales aprobados para realizarlas. Acceden a la cursada de dos a cuatro alumnos por cuatrimestre.

El desarrollo de la práctica se lleva a cabo de lunes a viernes, de 8hs a 12.30hs. Cada día se estructura en tres momentos particulares:

Primer momento: reunión inicial entre estudiantes y supervisora, donde se abordan temas correspondientes al momento de la práctica, planteo de inquietudes, sugerencias bibliográficas, aclaración de conceptos de diversa índole.

Segundo momento: desempeño de rol durante las horas en las que asisten los pacientes.

Tercer momento: retroalimentación al final de cada jornada, en donde se revisan procedimientos realizados, se marcan temas de estudio, se plantean consignas a resolver, y se da espacio para la expresión de las vivencias de los alumnos y la supervisora.

La práctica preprofesional que superviso, se lleva adelante en Traumatòlogos Asociados S.A. de la ciudad de Mar del Plata. Esta institución brinda atención integral a personas que presentan alteraciones del aparato locomotor: ortopèdicas, traumatològicas y reumatològicas en estadio agudo, subagudo y/o crònico. El objetivo prioritario desde T.O. es el de lograr el máximo nivel posible de autonomía y satisfacción en el desempeño ocupacional de cada persona que es tratada. Para ello, el T.O. pone en práctica sus conocimientos, habilidades y herramientas profesionales con la intención de facilitar el retorno a la competencia funcional y al bienestar de la persona, y a optimizar su participación social, promoviendo y facilitando la adecuación a sus hábitos, rutinas y roles. En esta institución, las personas que asisten al servicio de T.O. presentan alteraciones en las funciones y estructuras corporales prioritariamente correspondientes al miembro superior. Los objetivos a lograr por el estudiante practicante en la Institución durante la práctica pre profesional son:

- Conocer y respetar la Institución y sus normas de funcionamiento.
- Aprender a compartir tareas y responsabilidades con pares del equipo de trabajo y con el personal.
- Aprender a abordar diferentes patologías con sustento clínico y metodológico.
- Adquirir destrezas para conocer la dinámica del funcionamiento de grupos, e implementar tratamientos individuales dentro de los mismos.
- Desarrollar razonamiento clínico apropiado para manejarse durante el proceso de Terapia Ocupacional, para lo cual deberá integrar los conocimientos teóricos y prácticos que haya adquirido previamente.
- Aprender a interpretar imágenes de diagnóstico.
- Aprender a realizar adecuadamente las entrevistas, recabando información de relevancia para llevar adelante el proceso de tratamiento.
- Manejar con destreza la aplicación de técnicas específicas de evaluación.
- Aprender a plantear estrategias de intervención desde Terapia Ocupacional, adecuadas a los diferentes pacientes y sus realidades.
- Adiestrarse en el manejo de técnicas específicas de tratamiento, que incluyen la realización de actividades y ejercicios terapéuticos, aplicación de técnicas manuales para el abordaje de trastornos articulares y de partes blandas, confección de adaptaciones,

administración de Indicaciones para el hogar, reentrenamiento para el desempeño de aquellas actividades y tareas en las que el paciente presenta dificultades, tanto en las áreas de Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales, Ocio, Tiempo Libre, Trabajo, Participación Social.

- Aprender a confeccionar diferentes tipos de férulas y adaptaciones, y entrenar al paciente en su uso.
- Estudiar diariamente material bibliográfico, y exponer ante la supervisora diferentes temas dados para su estudio, referidos a la anatomía y biomecánica del Miembro Superior, técnicas de abordaje, modelos teóricos que sustentan el ejercicio profesional, tratamiento de patologías específicas.
- Adquirir destrezas administrativas para conocer la forma de facturación a las diferentes Obras Sociales, y realizar informes periódicos, tanto a las ART, cuando el paciente es derivado por el servicio de Medicina Laboral, como a los profesionales derivantes.

Los alumnos que cursan la práctica pre profesional en esta área, incorporan habilidades, conocimientos y estrategias para un abordaje adecuado de las diferentes patologías que llegan a la consulta.

El proceso es realizado enteramente dentro del consultorio de T.O., y por esta razón no acceden de manera real al contexto de los pacientes, (hogar, puesto de trabajo). Su intervención comienza y finaliza dentro de la institución.

Si bien en estas condiciones el proceso de Terapia Ocupacional se lleva a cabo de manera satisfactoria, no se está incluyendo el contexto real de las personas, ese aspecto fundamental para dar dimensión más adecuada al abordaje y a la recuperación de la calidad de vida de las personas. Por esta razón, consideramos necesaria la modificación en la dinámica de la cursada de la práctica pre profesional en el área de Disfunciones Físicas en Adultos, combinando ambas intervenciones: en el consultorio, donde se realiza el tratamiento de las funciones y estructuras corporales siguiendo los pasos del proceso de Terapia Ocupacional, desde la entrevista inicial hasta el alta, y en el domicilio, observando el desempeño ocupacional del paciente, a fin de identificar tanto las barreras en el entorno que obstaculizan su desempeño, como los apoyos que las facilitan, para finalmente

intervenir modificando el ambiente, la manera de realizar las tareas o los elementos que se utilizan para desarrollarlas.

.

## CAPÍTULO 2. CONTEXTO Y ENTORNO

Los terapeutas ocupacionales reconocemos que el Desempleo Ocupacional de las personas, es una resultante entre las capacidades individuales, las actividades que se van a realizar y el entorno en el que ocurre ese desempeño (AOTA, 2002 en Willard-Spackman, p.820). El entorno, con sus características propias, puede desafiar las habilidades de las personas transformándose en una barrera que obstaculiza el desempeño, o en un facilitador que apoya la independencia en la vida diaria.

Sin embargo, no todos los profesionales de la salud reconocen o dimensionan el papel del entorno en la vida de las personas. Los modelos médicos tradicionales, atribuyen la discapacidad o las disfunciones, exclusivamente a las causas de salud, o a las limitaciones o los deterioros ocasionados por la patología. En contrapartida, los modelos sociales de discapacidad sostienen que ésta es una construcción, basada prioritariamente en barreras sociales que interactúan con la condición de la persona, limitando la accesibilidad y la participación social.

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA 2020) sostiene que el contexto es un término amplio, definido como el conjunto de factores ambientales y personales de cada sujeto, grupo o población, al tiempo que establece que para que las personas logren una participación plena, deben funcionar cómodamente en su propia combinación distintiva de contextos. En ellos ocurren las ocupaciones, se desarrolla la vida de las personas, y están compuestos por **factores ambientales** y **factores personales**.

**Los factores ambientales** son aspectos del entorno físico, social y actitudinal en el que las personas viven, y presentan aspectos positivos (facilitadores) o negativos (barreras u obstáculos; OMS 2008). Estos factores ambientales incluyen:

- Medio ambiente natural y cambios en el medio ambiente producidos por el hombre.
- Productos y tecnología: productos naturales o hechos por el hombre.
- Apoyo y relaciones: referidos a personas y animales que brindan apoyo físico y/o emocional, incluyendo conexiones con otras personas en distintos ámbitos de la vida cotidiana (trabajo, escuela, lugares de esparcimiento).
- Actitudes: costumbres, prácticas, ideologías, valores, creencias.

- Servicios, sistemas y políticas: beneficios, programas y regulaciones provistas por sectores de la sociedad, creados para satisfacer las necesidades de personas, grupos o poblaciones.

Las propiedades del entorno físico incluyen espacio, disposición de los objetos, controles de equipamiento, alturas de superficies, iluminación, temperatura, ventilación, humedad, ruidos. De esta manera, el entorno físico presenta demandas determinadas para la realización de tareas y actividades, y pueden hacerla más compleja o imposible de realizar cuando algunas personas, por diferentes condiciones de salud, no puedan responder a esas demandas. Se produce entonces una discrepancia, a causa de las diferencias entre el desempeño real que la persona puede llevar adelante y las habilidades o hábitos que se esperan de esa persona. La falta de concordancia entre persona-entorno-ocupaciones genera alteraciones en el funcionamiento de la vida cotidiana, limitando la independencia. Esta discrepancia en el desempeño puede ser reducida, eliminada o evitada si se restablecen las capacidades, se reducen las demandas de la tarea, se modifican las demandas ambientales, o una combinación de estos tres métodos. (Holm, M.B. et al, 2000). El terapeuta ocupacional es un profesional calificado para llevar adelante estas acciones. Identificar y abordar las barreras ambientales, por ejemplo ensanchar una puerta, o cambiar la disposición de los muebles, o utilizar tecnologías de apoyo, da como resultado facilitadores ambientales que mejoran la calidad de vida de las personas. La OMS (2008) enfatiza que “la salud puede verse afectada por la incapacidad para realizar ocupaciones, actividades y participar en situaciones de la vida causadas por barreras contextuales...”.

**Los factores personales** se refieren a las características únicas de las personas, independientemente de su estado o condición de salud. No se consideran positivos ni negativos, ya que describen la esencia de las personas. Son atributos duraderos y estables, aunque varios de ellos pueden variar con el tiempo. Algunos de estos factores personales son:

- edad cronológica
- orientación sexual

- identidad de género
- raza y etnia
- actitudes culturales
- estatus social y socioeconómico
- crianza y experiencias de vida
- hábitos y patrones de comportamiento
- recursos psicológicos, temperamento, rasgos de carácter
- educación
- profesión e identidad profesional
- estilo de vida
- condiciones de salud.

Desde hace varias décadas, la independencia en el desempeño de las ocupaciones cotidianas fue considerada como el resultado de la interacción entre la competencia de la persona y las demandas de los entornos físicos, sociales y temporales. Rogers, J. C(1982). Desde un modelo social, la discapacidad ocurre cuando los atributos de la persona interactúan con un entorno que no es compatible con sus funciones y estructuras corporales. Por ejemplo, una persona que utiliza silla de ruedas, presentará “discapacidad” frente a una escalera, pero en un camino plano y liso es tan “capaz” de lograr el desplazamiento como otras personas. El apoyo de un entorno adecuado conduce a optimizar la accesibilidad y la participación de todas las personas, independientemente de su condición. Conceptualmente, la discapacidad puede considerarse como la falta de concordancia entre persona - entorno - ocupaciones. Por esta razón, la intervención sobre el entorno se convierte en una estrategia terapéutica necesaria para aumentar la independencia.

### **2.1. Rol del T.O. en la intervención domiciliaria**

Las ocupaciones ocurren dentro de un contexto singular para cada individuo, que incluye una combinación particular de elementos físicos y sociales. Como ya mencionamos, los entornos físicos pueden incluir lo construido, los objetos, el entorno natural (clima,

geografía). Los entornos sociales incluyen personas, actitudes, valores culturales, políticas y servicios.

La complejidad de los factores que inciden en la participación ocupacional de las personas subraya la necesidad de un enfoque interdisciplinario, orientado a optimizar tanto la accesibilidad como la inclusión. En este marco, se destaca la intervención del terapeuta ocupacional en la adaptación del entorno físico, reconociendo que el ambiente no es un elemento neutro, sino que influye directamente en el desempeño y bienestar de los individuos.

Según Willard y Spackman, comprender cómo el entorno afecta las ocupaciones humanas requiere considerar cada elemento dentro del contexto significativo para cada persona. Esta perspectiva enfatiza la importancia de analizar las interacciones entre el individuo y su entorno, reconociendo que las barreras físicas, sociales y actitudinales pueden limitar la participación plena en las actividades cotidianas.

En este proceso, la intervención desde T.O. en el hogar de los pacientes, comienza con la observación del desempeño ocupacional en ocupaciones cotidianas (alimentación, vestido, higiene, movilidad funcional, etc.). Esta observación se realiza siguiendo procedimientos de recolección de la información, que están relacionados no sólo con la población con la que se trabaja, sino también con el perfil profesional y científico del terapeuta. Para esto, se utilizan varios enfoques, que incluyen: entrevistas con el paciente y/o familiar, observación del desempeño de las ocupaciones en el hogar, y evaluación de aspectos específicos, como factores del entorno que están influyendo, tanto para facilitar como para obstaculizar la ejecución de las tareas.

Para realizar estas observaciones se utilizan herramientas estandarizadas, creadas para tal fin. Sin embargo, no son utilizables en todos los casos, debido a diferencias sustanciales en los contextos de las personas, o a las variadas condiciones de salud que pueden presentar. No es la misma herramienta a utilizar para evaluar el desempeño de una persona en silla de ruedas, que para una persona con fractura de antebrazo, o para un adulto mayor sin lesión adquirida. Tampoco se evaluará con la misma herramienta cuando se considere la vivienda en un edificio de departamentos o en una casa con jardín. En todos los casos, lo prioritario

es asegurar que la evaluación haya sido amplia, válida y fiable, y que arroje de manera fidedigna los datos en relación a la manera en que el paciente se desenvuelve en su entorno cotidiano.

Centrándonos en lo específico del hogar propiamente dicho, las consideraciones clave de un terapeuta ocupacional se enfocan en la seguridad, la accesibilidad, las barreras y los apoyos. Los componentes comúnmente evaluados incluyen: entrada y salida del hogar, circulación dentro del hogar, acceso a áreas específicas como baño, cocina, dormitorio, lavadero, espacios habitables, mobiliario y objetos, superficies de desplazamiento, personas convivientes, mascotas.

Cuando existen barreras contextuales, se vuelve prioritario el abordaje de las mismas, de manera tal que resulte en apoyos ambientales que faciliten la participación. El terapeuta ocupacional es un profesional capacitado para estas intervenciones, centrando el objetivo en mejorar la calidad de vida de las personas.

Para optimizar el desempeño, las demandas del entorno deben ser compatibles con las habilidades del individuo. Por ejemplo, para una persona con debilidad muscular, los elementos de mayor frecuencia de uso deben encontrarse en un alcance próximo. Esto reduciría la fatiga y minimizaría la necesidad de ayuda por parte de otros.

Kiernat (1982) articula el concepto del entorno como modalidad terapéutica, sosteniendo que “el medio ambiente debe verse como una parte integral de cualquier programa de rehabilitación. Los esfuerzos dirigidos a mejorar el desempeño del paciente deben hacer coincidir las competencias de los clientes con sus demandas ambientales, deben respetar el espacio personal y las necesidades territoriales de cada individuo, y deben compensar la disminución de las capacidades y las oportunidades reducidas de toma de decisiones.”

Una mirada propia de la Terapia Ocupacional, considera que, si el paciente no logra alcanzar un nivel satisfactorio de participación en sus actividades, la función recuperada es irrelevante.

Para recolectar información acerca de la influencia del entorno en el desempeño de las ocupaciones del paciente, los terapeutas utilizan diferentes protocolos de evaluación de

persona - tarea - entorno. Esto permite conocer la influencia combinada de las demandas de la tarea y del ambiente sobre las posibilidades del paciente. El protocolo óptimo es evaluar estos tres componentes directamente en la situación de la vida real, es decir, en su hogar. Esto permite que la persona realice sus tareas habituales, con elementos que le son familiares, y en un contexto que le facilita un desempeño típico.

Una vez que se ha recabado la información, se analiza críticamente ese desempeño, centrándose en la concordancia persona - entorno - ocupación. Cuando aparecen discrepancias en la ejecución de las tareas, se puede determinar cuánto contribuye a esto las capacidades de la persona, las demandas de la tarea o las demandas ambientales.

## **2.2 Práctica situada en contexto**

Comprender y dimensionar los contextos donde ocurren las ocupaciones cotidianas, proporciona a los profesionales una idea de cómo los factores ambientales y personales influyen en el desempeño del diario vivir (AOTA, 2020). Esta es una de las principales razones por las que intentamos proponer, a modo de mejora en la cursada de la práctica, que los estudiantes puedan trascender el espacio áulico de la institución en la que se desempeñan, para que puedan observar y participar en el tipo de realidad diferente que cada persona tiene. La intervención en el contexto real del paciente, combinada con el abordaje en el consultorio, se vuelve una propuesta innovadora de formación, que intenta romper con el modelo tecnocrático y eficientista que actualmente prevalece. La intervención en estos contextos promueve la práctica reflexiva, y exige que el alumno elabore nuevas respuestas para cada situación singular. Hay zonas indeterminadas de la práctica -tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores- que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. (Schonn, 1992). Las situaciones complejas que nos plantea la práctica requieren algo más que la aplicación mecánica de la teoría, y nos exigen elaborar nuevas respuestas para cada situación singular (Sanjurjo.). El hogar de las personas, la manera en que desarrollan sus vidas, constituye una situación singular.

Esta modificación en el desarrollo de la práctica, supone, como decíamos, intervenir en los diferentes ambientes de comportamiento ocupacional. Este concepto hace referencia a los ambientes diarios en los que la persona vive, por ejemplo hogar, departamento, dormitorio, casa u hogar de enfermos etc. Incluye el rol más productivo de su vida (por ejemplo escuela, lugar de trabajo) e involucra la diversión (por ejemplo vecindad, hogar y lugares especiales tales como teatros, parques, gimnasio, cantina o bar) (Kielhofner, MOHO, 2004).

Estos entornos y contextos pueden afectar la accesibilidad y la calidad del desempeño del paciente. “Un cliente que tenga dificultad en el desempeño efectivo en un entorno o contexto puede tener éxito cuando se modifique el entorno o contexto” (AOTA, 2020, p.9).

Si bien el entorno incluye aspectos físicos, sociales, culturales, institucionales y económicos, el enfoque de nuestra intervención se centra en el entorno físico del hogar donde las personas viven. Estas intervenciones suponen evaluación del entorno, modificación de aspectos del mismo, cambios en la manera de realizar las actividades, cambios en los elementos que se utilizan para desarrollarlas, utilización de productos y tecnologías de apoyo, entrenamiento del paciente y su familia para el manejo de determinadas modificaciones, y reevaluaciones periódicas de ser necesario.

Combinar la atención en el consultorio con intervenciones en el domicilio del paciente implica cuestionar y transformar los patrones tradicionales de formación académica. Esta propuesta desafía los criterios epistemológicos que han predominado en la enseñanza, al vincular la formación teórica con el contexto real donde las habilidades profesionales adquieren sentido. Como señala Gimeno Sacristán, "la formación académica y disciplinar debe conectarse con el contexto real en el que esas habilidades cobran significado" .

Adoptar un enfoque de conocimiento situado representa una inflexión decolonial en las prácticas educativas. Restrepo (2010) argumenta que "todo conocimiento es un conocimiento situado histórica, corporal y geopolíticamente", desafiando la pretensión de un saber universal y descontextualizado . Esta perspectiva promueve una epistemología alternativa que valora la reflexión como herramienta fundamental en la formación y mejora profesional.

Las intervenciones domiciliarias permiten a los estudiantes desarrollar habilidades para abordar la problemática del paciente de manera holística. Este enfoque contribuye a formar profesionales reflexivos que aprenden de la práctica y no solo de las bases teóricas, ejercitando la toma de decisiones y la resolución de problemas específicos según las necesidades de cada persona. Modificar el contexto de intervención del alumno implica que pueda comprender y visibilizar el sentido de sus acciones, promoviendo el análisis y la reflexión sobre su práctica, ya que debe actuar y resolver problemas en situaciones diversas

La integralidad en la formación profesional implica un desplazamiento del aula como único espacio de aprendizaje hacia múltiples entornos, muchos de ellos fuera del ámbito académico. Romano (2011) sostiene que esta posibilidad puede contribuir significativamente a recuperar el sentido del aprendizaje, al promover situaciones donde se aprende a partir de problemas concretos y complejos, no didactizados pero con sentido para quienes los viven. La intervención domiciliaria ejemplifica esta metodología, enfrentando a los estudiantes con situaciones genuinas que desafían su capacidad de análisis, adaptación y resolución de problemas.

## **Capítulo 3. DECISIONES METODOLÓGICAS Y RESULTADOS**

### **3.1 Tipo de estudio - Población - Recolección de datos**

Esta investigación diagnóstica es de tipo cualitativa, dado que este enfoque permite estudiar la realidad en su contexto natural y tal como sucede. Según Taylor y Bogdan (1987), la investigación cualitativa produce datos descriptivos a partir de las palabras de las personas, ya sean habladas o escritas, y de la conducta observable. En la misma línea, Blasco y Pérez (2007:25) destacan que este tipo de estudio permite interpretar los fenómenos de acuerdo con las personas implicadas, proporcionando una comprensión más profunda de sus experiencias y percepciones. En la misma línea, Rojo Perez (2002) plantea que "la investigación cualitativa es un tipo de investigación formativa que cuenta con técnicas especializadas para obtener respuesta a fondo, acerca de lo que las personas piensan y sienten. Su finalidad es proporcionar una mayor comprensión acerca del significado de las acciones de los hombres, sus actividades, motivaciones, valores y significados subjetivos" (p.118).

Desde este enfoque, la recolección de datos se basa en la obtención de información en profundidad, a partir de las formas de expresión de los participantes. Tal como señala Sampieri (2006), en la investigación cualitativa, los datos de interés incluyen conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Para ello, se utilizan diversas fuentes de información, como entrevistas, observaciones directas, documentos y material audiovisual, recopilando tanto lenguaje escrito y verbal como conductas observables e imágenes.

Las unidades de análisis (población) de esta investigación, están conformadas por ex alumnos que han cursado la práctica pre profesional en cuestión. Su testimonio es especialmente relevante, ya que poseen un conocimiento profundo sobre la dinámica de la cursada y pueden aportar una visión fundamentada sobre su desarrollo. A partir de su experiencia, pueden establecer relaciones, analizar posibles cambios, realizar sugerencias, y anticipar el impacto de la modificación que se propone implementar. Con ellos, la fuente de

información empleada es la encuesta, administrada vía formulario de Google, elegida por su practicidad y su facilidad de implementación.

La población del estudio se completa con los docentes del área física de la materia, que se desempeñan en la Clínica de Fracturas y Ortopedia de la ciudad de Mar del Plata. Su opinión resulta altamente relevante, ya que son profesionales que, hasta el momento, realizan su intervención didáctica de una manera similar a la que pretendemos modificar. También se relevó la mirada y las sugerencias de la docente titular de la cátedra, quien se constituye en una guía necesaria para realizar intervenciones dentro de la dinámica de la cursada. Tanto con los docentes del área como con la titular de la cátedra, se utilizó como herramienta la entrevista semiestructurada, definida como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado). Resulta una fuente íntima y flexible, por medio de la cual “se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema” (Janesick, 1998, en Sampieri et al, p.597). Se elige esta herramienta ya que “mediante la entrevista el investigador obtiene descripciones e informaciones que proveen las mismas personas que actúan en una realidad social dada.” (Yuni, J.; Urbano, C., 2014).

La recolección de la información se completa con la revisión documental, a fin de relevar las propuestas pedagógicas de otras cátedras de práctica pre profesional, correspondientes a planes de estudio de diferentes carreras de T.O. en el país. Esta técnica es definida como “una estrategia metodológica que emplea la investigación científica para realizar la revisión de antecedentes de un objeto de estudio y para reconstruirlo conceptualmente” (Yuni y Urbano 2014 p. 99).

### **3.2 Etapas del proceso metodológico**

Para llevar adelante esta investigación diagnóstica, se ha organizado el trabajo en cuatro etapas:

- 1) La primera etapa de este proceso consistió en establecer un acercamiento con estudiantes que ya habían cursado la práctica clínica en la institución, con el

objetivo de conocer sus opiniones sobre la experiencia formativa y, específicamente, recabar sus percepciones acerca de la combinación de la atención en consultorio con el abordaje en el contexto real de los pacientes. Se seleccionaron aquellos alumnos que realizaron su práctica desde la reanudación de la presencialidad tras el aislamiento por la pandemia de COVID-19 hasta la actualidad, totalizando una muestra de doce (12) participantes.

Para la recolección de datos, se optó por la técnica de encuesta, implementada mediante formularios de Google, dada su practicidad, facilidad de aplicación y capacidad para llegar a personas geográficamente dispersas. Además, al tratarse de un cuestionario autoadministrado, se minimiza el sesgo que podría introducir la presencia del entrevistador. Según Yuni y Urbano (2014), la encuesta es un procedimiento mediante el cual los sujetos brindan directamente información al investigador, siendo una herramienta valiosa para describir, analizar y establecer relaciones entre variables en poblaciones o grupos particulares.

Esta etapa inicial permitió obtener información relevante sobre las experiencias y percepciones de los estudiantes respecto a la práctica clínica, proporcionando insumos valiosos para el diseño y ajuste de futuras intervenciones pedagógicas que integren la atención en consultorio con el abordaje en el entorno real del paciente.

- 2) La segunda etapa de esta investigación se centró en comprender las perspectivas de los docentes supervisores del área respecto a la intervención de los alumnos en el domicilio de los pacientes. Actualmente, son tres los docentes que desempeñan funciones en la Clínica de Fracturas y Ortopedia de la ciudad de Mar del Plata, y su experiencia resulta fundamental para evaluar la viabilidad y el impacto de esta modalidad combinada de práctica clínica.

Para la recolección de información, se optó por la realización de entrevistas personales e individualizadas. Según Taylor y Bogdan (1987), la entrevista es un método de recolección de información flexible y dinámico, en el cual el investigador tiene algunas preguntas predefinidas, y el entrevistado tiene las respuestas. En este estudio, se emplearon entrevistas semiestructuradas, ya que permiten obtener información provista por los propios

sujetos, y con ello se obtiene un acceso más directo a los significados que éstos le otorgan a su realidad (Yuni y Urbano, 2014, p. 81).

Las entrevistas semiestructuradas facilitaron la exploración de las experiencias y opiniones de los docentes supervisores, permitiendo identificar tanto los beneficios como los desafíos asociados a la intervención domiciliaria de los alumnos. Este enfoque metodológico proporcionó una comprensión más profunda de las dinámicas involucradas en la práctica clínica en el hogar del paciente, contribuyendo así al desarrollo de estrategias pedagógicas más efectivas y contextualizadas.

- 3) La tercera etapa del trabajo de campo se centró en la realización de una entrevista semiestructurada a la docente titular de las cátedra de Práctica Preprofesional I, II y III. El objetivo principal fue indagar su perspectiva respecto a la propuesta de modificación curricular que incorpora la intervención terapéutica en el domicilio del paciente, así como recoger sus sugerencias para la implementación efectiva de este enfoque.

La entrevista semiestructurada se caracteriza por su flexibilidad, permitiendo al entrevistador guiar la conversación mediante un guión temático, sin restringir las respuestas del entrevistado a un formato rígido. Esta modalidad facilita la obtención de información detallada sobre las experiencias, opiniones y creencias del entrevistado.

Durante la entrevista, se exploraron diversos aspectos relacionados con la práctica docente y la formación de los estudiantes en contextos reales. La docente compartió sus experiencias y reflexiones sobre la importancia de integrar la intervención domiciliaria en la formación profesional, destacando cómo esta modalidad puede enriquecer el aprendizaje de los estudiantes al enfrentarlos a situaciones reales y complejas.

Además, se discutieron las posibles estrategias para implementar esta modificación curricular, considerando factores como la preparación de los estudiantes para intervenir en entornos domiciliarios, la herramienta de recolección de datos y la evaluación de los resultados de las intervenciones. La docente enfatizó la necesidad de un enfoque

pedagógico que promueva la reflexión crítica y el desarrollo de competencias prácticas en los estudiantes.

Esta entrevista proporcionó una visión valiosa y fundamentada sobre la viabilidad y los beneficios de incorporar la intervención domiciliaria en la formación de los futuros profesionales, aportando elementos clave para el diseño e implementación de la propuesta curricular.

- 4) La cuarta etapa consistió en realizar relevamiento de planes de estudio de otras carreras de Terapia Ocupacional en el país, a fin de conocer si la cursada de las prácticas pre profesionales en otras carreras contemplan este tipo de práctica situada y en contexto. “El análisis documental le permite al investigador ampliar el campo de observación y enmarcar la realidad objeto de investigación dentro del acontecer histórico” (Yuni y Urbano, p.100). Para este paso metodológico, nos pusimos en contacto con 19 facultades donde se dicta la carrera de T.O., tanto públicas como de gestión privada. Fueron muy pocas las respuestas, pero aún así, constituyeron información válida para el objetivo de este trabajo. Este relevamiento evidenció que la inclusión específica de intervenciones domiciliarias en las prácticas preprofesionales no es una constante en los planes de estudio de las carreras de Terapia Ocupacional en Argentina.

### **3.3 RESULTADOS**

A continuación, se presentan los principales resultados del trabajo de campo, el cual se organizó en las cuatro etapas descritas, que permitieron abordar el objeto de estudio desde distintas perspectivas. Cada instancia aportó información valiosa para comprender el estado actual de la formación en intervención domiciliaria dentro de la práctica pre profesional en Terapia Ocupacional, así como las percepciones y propuestas de los distintos actores involucrados. Las etapas incluyeron: (1) la administración de una encuesta a ex alumnos, (2) entrevistas a docentes del área, (3) una entrevista a la docente titular de la asignatura, y (4) la revisión documental de planes de estudio de otras universidades del país.

### **Relevamiento de opiniones de los ex alumnos:**

La primera etapa del trabajo de campo consistió en la implementación de una encuesta destinada a ex alumnos, que ya han completado su práctica preprofesional en la Institución, bajo la modalidad tradicional vigente hasta la actualidad. Esta etapa se consideró estratégica dentro del diseño metodológico, ya que permitió recoger información directa de quienes han atravesado en primera persona el proceso de formación práctica preprofesional, con las particularidades propias del dispositivo institucional tal como se encuentra estructurado en la actualidad. A través de sus experiencias, los ex alumnos pudieron ofrecer una mirada retrospectiva y reflexiva sobre los distintos aspectos que conformaron su trayectoria, aportando datos cualitativos y cuantitativos de gran valor para el análisis que pretendemos realizar.

Su participación resulta especialmente significativa porque permite acceder a una evaluación situada y concreta de la formación recibida, relacionándola con la modificación que se pretende llevar adelante, brindando una mirada protagónica en relación a su utilidad, pertinencia y aplicabilidad. Desde esta perspectiva, sus opiniones constituyen un insumo irremplazable para comprender en profundidad cómo se vivencian y se resignifican los espacios de práctica, qué aspectos se revelan como facilitadores del aprendizaje, y cuáles presentan obstáculos o limitaciones. Los exalumnos están en condiciones de describir con claridad qué actividades resultaron formativas, cuáles fueron los pasos del proceso de T.O. en los que tuvieron participación, cuál es la importancia de recibir formación en herramientas que permitan la intervención en el contexto real del paciente, y por qué es importante la combinación de la atención en consultorio con el abordaje en el hogar. Asimismo, sus respuestas permitieron identificar patrones comunes, en relación a modalidades de intervención, y aspectos subjetivos desde su rol de practicantes, que no siempre son visibles desde una mirada exclusivamente técnica o institucional. Esta información resulta clave no solo para realizar un diagnóstico del estado actual de las prácticas preprofesionales, sino también para pensar en términos de mejora continua. En este sentido, el relevamiento con exalumnos se constituyó como un puente entre la experiencia pasada y los desempeños presentes y futuros, habilitando la posibilidad de

introducir innovaciones, ajustes o reconfiguraciones que enriquezcan el proceso formativo y lo tornen más acorde a los desafíos contemporáneos del campo profesional.

Los alumnos encuestados fueron seleccionados entre aquellos que cursaron su práctica entre los años 2021 y 2024, momento en el cual se volvió a la presencialidad pos Pandemia Covid.

A continuación se sintetizan los principales hallazgos:

- **Participación en el proceso de Terapia Ocupacional:**

- La mayoría de los encuestados señaló haber intervenido en todas las etapas del proceso de T.O.

- Solo un participante informó haber observado el desempeño del paciente en su contexto real. Es importante aclarar que dicha observación no formó parte del dispositivo docente, sino que respondió a una situación de familiaridad personal con el paciente.

- **Intervención en el hogar del paciente, y Pertinencia formativa del abordaje mixto:**

Uno de los hallazgos más relevantes del trabajo de campo se relaciona con la valoración positiva que los ex alumnos realizaron respecto de la modalidad de práctica pre profesional que combina la intervención en consultorio con la intervención en el hogar del paciente. En cuanto a la pertinencia formativa del abordaje mixto (consultorio + hogar), el 45,5 % de los participantes lo consideró *altamente apropiado* y el 54,5 % lo valoró como *apropiado*. Este resultado, que muestra una aceptación unánime, pone de manifiesto que la alternancia entre ambos espacios de intervención no solo es pertinente desde el punto de vista institucional, sino que también es percibida por los estudiantes como formativa y enriquecedora para su desarrollo profesional.

Complementariamente, el resultado referido a la intervención directa en el hogar del paciente refuerza esta tendencia. El 63,6 % de los encuestados calificó dicha experiencia como *altamente significativa*, mientras que el 36,4 % la valoró como *significativa*. Esta valoración confirma la importancia que los futuros profesionales le asignan a la posibilidad

de acceder al entorno real del sujeto de intervención, donde pueden observar, analizar y actuar en un contexto auténtico que presenta una complejidad distinta a la del consultorio.

Desde una perspectiva pedagógica, la combinación de ambos escenarios permite al estudiante contrastar lo aprendido en entornos controlados con la realidad dinámica, impredecible y multifactorial del domicilio. En ese sentido, la experiencia se vuelve especialmente formativa porque ofrece oportunidades para desarrollar competencias como la observación situada, la flexibilidad en la planificación, la capacidad de adaptarse a contextos diversos y la toma de decisiones en tiempo real.

Estos hallazgos pueden ser interpretados a la luz de los aportes de Donald Schön (1983), quien plantea que la formación profesional debe centrarse en promover la “reflexión en la acción” y la “reflexión sobre la acción”. Según el autor, los entornos complejos y no estructurados —como el hogar del paciente— exigen al estudiante ir más allá de la mera aplicación de saberes teóricos, desafiándolo a construir respuestas creativas y situadas, lo cual es fundamental para el desarrollo de una práctica profesional reflexiva.

En síntesis, los datos obtenidos evidencian que tanto la modalidad mixta como la intervención domiciliaria son altamente valoradas por los exalumnos por su potencial formativo. Estos escenarios ofrecen experiencias auténticas que no solo enriquecen el aprendizaje técnico, sino que también fortalecen la construcción de una identidad profesional capaz de afrontar con criterio y sensibilidad los desafíos del campo de intervención real.

- **Necesidad de herramientas específicas sobre intervención en contexto domiciliario:**

El 82 % de los exalumnos consideró *altamente apropiado* que, durante la práctica preprofesional, se brinden recursos orientados a la evaluación y abordaje de factores contextuales en el hogar. Este dato revela una demanda clara y sostenida por parte de los futuros profesionales, que identifican al entorno domiciliario no solo como un espacio

complejo y desafiante, sino también como un ámbito que requiere saberes y estrategias particulares para una intervención efectiva.

Ante esta pregunta, se pidió que argumenten brevemente su respuesta, y estas fueron algunas de ellas:

*“Porque la combinación de ambos abordajes permite un tratamiento más integral y personalizado. El trabajo en consultorio nos permite observar cómo la persona practica sus habilidades realizando diferentes actividades terapéuticas, para lograr los objetivos de tratamiento propuestos. Pero a la vez, es igual de importante trabajar en el domicilio ya que es allí donde se presentan los desafíos y obstáculos reales que le impiden o limitan el desempeño ocupacional.”*

*“Conocer el contexto ambiental del usuario nos permite realizar un abordaje más abarcativo donde posibilita que los practicantes puedan conocer distintas estrategias y herramientas del rol de terapia ocupacional.”*

*“Me parece que es una herramienta muy útil para poder profundizar en el conocimiento del contexto de la persona y poder brindar un tratamiento más centrado en la misma. Aún así también es una herramienta fundamental para el tratamiento y más aún si se combina con el abordaje en el consultorio. Considero indispensable el abordaje en ambos lugares y muy útil como experiencia hacia los estudiantes de la PC.”*

*“Nos ayudaría a lograr una comprensión más completa de las situaciones. Considero que también nos permitiría una visión más objetiva de cómo los eventos o circunstancias impactan en la vida cotidiana de las personas. Por otro lado, ayudaría a comprender cómo la manera en que la persona se desempeña influye en la situación que está atravesando.”*

*“Creo que así se podría pensar en estrategias más efectivas y adaptadas a las necesidades particulares de la persona.”*

*“Para plantear objetivos más específicos a cada paciente, conocer sus desafíos en las actividades en su propio contexto”.*

Desde la perspectiva de la formación profesional, esta consideración acerca de conocer herramientas y estrategias para la intervención en el hogar, puede interpretarse como un llamado a fortalecer el componente contextual de las prácticas, reconociendo que el conocimiento técnico-disciplinar debe articularse con la comprensión situada del ambiente donde ocurren las ocupaciones. Tal como plantean Law et al. (1996) en el Modelo Persona-Entorno-Ocupación, los factores físicos, sociales, culturales y económicos del entorno domiciliario tienen un impacto directo en la participación y el desempeño ocupacional de las personas. Evaluar estos factores —y no solo los aspectos individuales del sujeto— es esencial para diseñar intervenciones que realmente promuevan la autonomía y la inclusión.

En términos pedagógicos, brindar herramientas para abordar el contexto domiciliario también favorece el desarrollo del juicio clínico y de la capacidad reflexiva, al posibilitar al estudiante enfrentarse a situaciones reales donde no existen soluciones predefinidas.

En síntesis, la fuerte valoración de esta necesidad por parte de los exalumnos señala la importancia de integrar, dentro del dispositivo formativo, contenidos y herramientas orientados al trabajo en el domicilio. Esta incorporación no solo mejora la calidad de la formación, sino que contribuye a formar profesionales sensibles al contexto, capacitados para intervenir en escenarios reales y comprometidos con una práctica situada, ética y centrada en la persona.

#### **Entrevista a docentes supervisores del área:**

La segunda etapa del trabajo, consistió en entrevistar a otros docentes de la cátedra, que se desempeñan en el mismo área que la que se describe y se interviene. Son tres docentes que se desempeñan en la Clínica de Fracturas y Ortopedia de la ciudad de Mar del Plata.

Consideramos de importancia relevar sus pareceres en relación al tema, dado que poseen una visión privilegiada sobre los contenidos, métodos y recursos necesarios para la cursada de la práctica. Además, escuchar a otros colegas ayuda a garantizar que las decisiones curriculares y metodológicas se alineen con las buenas prácticas reconocidas en la Terapia Ocupacional. El contraste de perspectivas docentes, fomenta una autocrítica constructiva, favoreciendo la innovación y el desarrollo de nuevas propuestas pedagógicas.

Los conceptos más relevantes se refieren a:

- **Ámbito actual de la práctica:**

Respecto al ámbito actual de la práctica preprofesional, las docentes informaron que esta se lleva a cabo en su totalidad dentro de la clínica, específicamente en los espacios asignados al servicio de Terapia Ocupacional. Esto implica que las experiencias formativas de los estudiantes se desarrollan en un entorno institucionalizado, con condiciones estructuradas y recursos propios del ámbito clínico. Además, se señaló que no se realizan intervenciones domiciliarias, ya que la institución no cuenta con un programa formal de atención en el hogar, lo cual limita las oportunidades de contacto con contextos reales de vida de los pacientes. Esta situación delimita un marco de formación que, si bien permite el desarrollo de habilidades técnicas y clínicas fundamentales, no contempla el acceso a experiencias en entornos naturales, como el domicilio, que ofrecen otro tipo de desafíos y aprendizajes.

- **Valoración de un abordaje mixto (clínica + hogar):**

Las tres entrevistadas coincidieron en que combinar intervenciones en la clínica con visitas al hogar sería beneficioso cuando la situación del paciente lo requiera, al permitir una comprensión más completa de los factores contextuales que afectan el desempeño ocupacional. Esta opinión compartida por las docentes, resalta la importancia de un abordaje mixto que combine la intervención en la clínica con visitas al hogar, entendiendo que esta modalidad enriquece la formación del estudiante y la calidad de la intervención terapéutica.

Desde la perspectiva formativa, esta alternancia de escenarios permite desarrollar competencias como la adaptación a contextos diversos, el pensamiento crítico y la toma de

decisiones basada en la observación directa del entorno. Por lo tanto, la valoración del abordaje mixto por parte de las docentes no solo refleja una visión integradora de la formación profesional, sino también el reconocimiento de que la comprensión del contexto domiciliario es clave para diseñar intervenciones más pertinentes, sostenibles y significativas para el sujeto de atención.

- **Formación en intervención domiciliaria:**

Todas las docentes entrevistadas destacaron la necesidad de que los estudiantes adquieran competencias específicas para la intervención en domicilio.

Una de ellas propuso *“pensar alguna opción de Práctica Pre Profesional en el área de atención domiciliaria en pacientes con disfunciones físicas, por ejemplo en clínicas de atención domiciliaria”*.

Este resultado pone en evidencia una coincidencia clara entre las docentes respecto a la necesidad de incorporar la formación en intervención domiciliaria dentro del trayecto pre profesional. Todas coinciden también en que la intervención en el hogar implica una serie de desafíos particulares —como la evaluación del entorno físico y social, la planificación de estrategias ajustadas al contexto y la negociación con la dinámica familiar— que no siempre pueden ser abordados con profundidad en el entorno clínico. Por eso, contar con competencias específicas para actuar en estos escenarios resulta clave para garantizar prácticas pertinentes, éticas y centradas en la persona.

La propuesta de una de las docentes, que sugiere incluir prácticas en servicios de atención domiciliaria, especialmente con personas con disfunciones físicas, señala una posibilidad concreta y factible de diversificar los escenarios formativos. Esta idea se alinea con el principio de que los espacios de formación deben reflejar la complejidad y diversidad del campo profesional actual, en el cual el trabajo en el domicilio ocupa un lugar cada vez más relevante, tanto en ámbitos públicos como privados.

Asimismo, estas entrevistas avalan nuestra idea original de repensar el dispositivo formativo actual, promoviendo una apertura hacia modelos más flexibles e integradores.

Incorporar el contexto domiciliario como espacio de aprendizaje permite a los estudiantes desarrollar una mirada más contextualizada y ecológica del desempeño ocupacional.

En síntesis, las perspectivas docentes evidencian no solo una necesidad formativa sino también una oportunidad curricular: avanzar hacia una formación profesional más situada, coherente con los escenarios reales de la práctica y capaz de responder a las demandas actuales del campo disciplinar. Incorporar la intervención domiciliaria en las prácticas preprofesionales no solo enriquecería el recorrido formativo, sino que también fortalecería el compromiso ético y social del futuro terapeuta ocupacional.

### **Entrevista a la docente titular de la cátedra:**

En esta oportunidad, el trabajo de campo consistió en la realización de la entrevista a la docente titular de la cátedra. Su opinión es de alta relevancia, ya que conoce cómo se articulan los distintos espacios curriculares. Además, su trayectoria en práctica clínica y su experiencia docente le permiten identificar tendencias, vacíos de formación y buenas prácticas consolidadas. Sus años de experiencia sirven de referencia para evaluar la pertinencia y la factibilidad de innovaciones pedagógicas.

Las opiniones de la docente titular tienen un peso significativo dentro del análisis, no solo por su rol jerárquico en la conducción académica de la práctica pre profesional, sino también por su conocimiento global de la red de instituciones formadoras y del diseño curricular en funcionamiento. Su mirada permite contextualizar las decisiones pedagógicas dentro del marco institucional más amplio, al señalar que de las 24 a 26 instituciones disponibles para las prácticas, solo tres trabajan específicamente en el área física. Este dato evidencia una limitación estructural en cuanto a la diversidad de experiencias que los estudiantes pueden atravesar, especialmente en un área que demanda intervenciones contextualizadas como la física.

Sostiene que actualmente, la intervención domiciliaria depende de la metodología del docente supervisor, evidenciando que no existe al día de hoy una sistematización en la inclusión del hogar como espacio de intervención. Frente a esto, su posición a favor de

integrar formalmente el abordaje domiciliario aporta una visión estructurante y propositiva, que respalda la necesidad de revisar e innovar en el diseño de las prácticas.

Sus argumentos a favor del abordaje combinado (consultorio + domicilio) están claramente fundamentados en criterios pedagógicos y terapéuticos, ya que destaca cómo este enfoque” *favorece la formación integral del estudiante, fortalece las habilidades, destrezas ocupacionales y adaptativas en entornos reales de la persona, personaliza la intervención, promueve la independencia y autonomía de la persona, evalúa y opera en contextos cotidianos de la misma, facilita el apoyo y orientación de la persona y su familia. Y favorece la continuidad terapéutica.*”

Esta combinación estimula tanto habilidades clínicas como capacidades adaptativas en escenarios reales. Al intervenir en el domicilio, el estudiante aprende a personalizar sus acciones, comprender con mayor profundidad los factores que inciden en la ocupación, y actuar de manera más empática y centrada en la persona y su entorno.

En síntesis, las opiniones de la docente titular no solo aportan legitimidad institucional al planteo de incluir el domicilio como ámbito formativo, sino que también ofrecen una justificación clara y coherente con los principios contemporáneos de la Terapia Ocupacional. Su visión refuerza la necesidad de avanzar hacia un dispositivo de prácticas que contemple el abordaje domiciliario como componente pedagógico sistematizado.

La opinión y las sugerencias de la docente titular suponen autoridad, experiencia y capacidad de gestión, factores críticos para validar diagnósticos sobre la práctica actual y transformar recomendaciones en mejoras concretas y sostenibles. Consideramos que sus respuestas avalan y estimulan la intervención pedagógica que pretendemos realizar.

### **Revisión documental:**

Este paso metodológico consistió en una revisión documental de otros planes de estudio de la carrera de Terapia Ocupacional en el país. El objetivo era conocer la propuesta pedagógica de la cátedra de prácticas pre profesionales, específicamente en el área de

disfunciones físicas en adultos. Esta información no es de dominio público, a diferencia de los planes de estudio que sí lo son, y pueden encontrarse fácilmente en los sitios de internet de cada Facultad. Para llevar adelante esta búsqueda, en primera instancia se estableció una comunicación vía correo electrónico con las autoridades del Consejo de Carreras de Terapia Ocupacional (COCATO) integrado por representantes de todas las carreras de T.O. del país, tanto de gestión privada como estatal, a cargo de la gestión académica con título de la especialidad. (texto del correo electrónico en los anexos). El objetivo de esta comunicación fue, en primer término, informar acerca del trabajo que estamos realizando, y luego la solicitud de los contactos (mails institucionales, teléfonos) de los responsables de las carreras de T.O. del país. Este organismo nos facilitó los datos de contacto de 19 Universidades que lo integran.

Se enviaron correos a cada una de ellas, y si bien era un número significativo de universidades, sólo tres respondieron a la solicitud de información. Esto limitó la posibilidad de realizar una comparación representativa a gran escala. No obstante, los datos obtenidos permitieron obtener indicadores para una primera aproximación al tratamiento curricular de esta temática.

Instituto Universitario del Gran Rosario: la práctica pre profesional se encuentra en tercer año. Se lleva a cabo en un hospital, donde se atienden personas internadas y también las que llegan por consultorio externo. El tratamiento de Terapia Ocupacional se realiza íntegramente dentro de la Institución de Salud.

UCA sede Paraná: la carrera es reciente, aún no hay promociones que hayan alcanzado la cursada de las prácticas pre profesionales, ya que se encuentran en el tercer año del plan de estudios, y la carrera comenzó hace dos años.

Universidad Abierta Interamericana: la cursada de la práctica se encuentra en el tercer año de la carrera. La misma se desarrolla en Instituciones o Centros de rehabilitación, y en espacios áulicos de la Universidad. No contempla la concurrencia de los alumnos al domicilio como parte del trabajo de campo.

Un dato significativo que emergió del análisis es que ninguno de los planes de estudios relevados contempla explícitamente una integración entre el abordaje en consultorio y la intervención domiciliaria dentro de las prácticas preprofesionales. Esta ausencia revela que, al menos en los casos consultados, el enfoque clínico institucionalizado sigue siendo el escenario formativo predominante. Esta observación resulta especialmente relevante si se considera que las necesidades reales de la población y las tendencias contemporáneas en Terapia Ocupacional exigen profesionales capaces de intervenir en contextos múltiples y diversos, incluyendo el hogar como ámbito prioritario de actuación.

La falta de inclusión formal del contexto domiciliario en combinación con el clínico, plantea desafíos en términos de currículo y de formación integral. En este sentido, esta etapa del trabajo de campo permitió no solo identificar una limitación compartida en las propuestas formativas relevadas, sino también reforzar el argumento de que es necesario avanzar hacia modelos de práctica pre profesional más flexibles, contextualizados y centrados en la vida cotidiana de las personas.

Por tanto, aunque acotada en su alcance, la revisión comparativa resultó ser un insumo significativo para el análisis crítico de la formación actual. Pone de relieve una oportunidad concreta de innovación curricular: el diseño de prácticas que articulen la intervención en consultorio con el trabajo en el domicilio, promoviendo así una experiencia formativa más integral, situada y coherente con las demandas reales del ejercicio profesional.

En conjunto, los resultados obtenidos en estas cuatro etapas ofrecen una mirada integral y complementaria sobre la formación en intervención domiciliaria en la práctica pre profesional de Terapia Ocupacional. Las percepciones de los exalumnos, las opiniones de los docentes, la perspectiva institucional y el análisis documental convergen en señalar la necesidad y oportunidad de ampliar los escenarios formativos, incorporando de manera sistemática el contexto domiciliario. Estos hallazgos no sólo evidencian una demanda formativa concreta, sino que también avalan el camino que hemos iniciado para repensar el diseño curricular desde enfoques más contextualizados, integradores y alineados con las prácticas contemporáneas de la profesión.

## **Capítulo 4. PROPUESTA PEDAGÓGICA**

En este capítulo se abordarán los fundamentos pedagógicos que sustentan la propuesta de modificación curricular en la cátedra de Práctica Preprofesional, focalizando en la incorporación de la intervención domiciliaria como componente formativo esencial. Asimismo, se brindarán las razones científicas y terapéuticas por las cuales es importante la intervención en el domicilio del paciente. Además, se presentará el instrumento de recolección de datos diseñado para esta intervención, el cual ha sido elaborado considerando las particularidades del entorno domiciliario y las necesidades específicas de los pacientes. Este instrumento permitirá una evaluación sistemática y detallada de las condiciones del hogar, las actividades de la vida diaria y las interacciones sociales del paciente, proporcionando información valiosa para la planificación y ejecución de las intervenciones terapéuticas. Finalmente, se detallarán las etapas en las que se compone el proceso de intervención domiciliaria, desde la selección del paciente hasta el seguimiento posterior.

El desarrollo del rol profesional en una práctica reflexiva, requiere por parte del docente, estimular al alumno a deconstruir creencias, revisar decisiones, favorecer la metacognición, configurar situaciones que se entranan con el contexto, con las personas y sus biografías (Anijovich p.17). Por esta razón, el rol profesional se va construyendo con el tiempo, con trabajo intensivo, empleando dispositivos y estrategias que desafían al alumno a revisar sus propias creencias y a desarrollar una capacidad y predisposición para la práctica reflexiva. (Sabelli, M.J. et al, en Anijovich, R. y Cappelletti, G., 2021).

Este capítulo tiene como propósito presentar una propuesta pedagógica orientada a modificar la dinámica actual de la cursada de la práctica pre profesional en el área de Disfunciones físicas en personas adultas. Esta innovación propone incorporar la intervención domiciliaria como parte del abordaje de Terapia Ocupacional, en combinación con la atención que se brinda en el consultorio de la Institución. La propuesta se fundamenta tanto en la necesidad como en la oportunidad de ampliar los escenarios formativos, a la vez que se sustenta en marcos teóricos y pedagógicos que promueven una

formación situada, crítica y contextualizada, en sintonía con las prácticas contemporáneas del campo disciplinar.

Esta intervención pedagógica en el currículo actual de la materia, se enmarca en una perspectiva didáctica que reconoce al estudiante como sujeto activo en su proceso de formación y al conocimiento como construcción contextual. En esa línea, adherimos a Díaz Barriga (2005) cuando plantea que los aprendizajes más significativos se generan cuando los estudiantes se enfrentan a situaciones reales y a problemáticas auténticas.

Edith Litwin (2008), desde la didáctica profesional, enfatiza la importancia de generar dispositivos pedagógicos que favorezcan la reflexión en acción y sobre la acción, especialmente en disciplinas que implican una fuerte interacción con contextos humanos reales. Este enfoque es particularmente pertinente en Terapia Ocupacional, donde la intervención domiciliaria permite observar y abordar dimensiones del desempeño ocupacional que no siempre están presentes en el ámbito clínico.

Hasta la actualidad, la cursada de la práctica pre profesional se desarrolla íntegramente en el espacio del consultorio de la institución Traumatólogos Asociados S.A., donde la intervención se orienta principalmente al análisis y tratamiento de las funciones y estructuras corporales afectadas, centrándonos en el desempeño motor, sensorial, emocional y cognitivo de la persona desde una perspectiva clínica. Este abordaje permite trabajar aspectos fundamentales de la recuperación funcional, pero muchas veces no alcanza a reflejar cómo esas afecciones se traducen efectivamente en la vida cotidiana. La intervención domiciliaria ofrece una mirada complementaria y esencial, ya que permite al terapeuta observar directamente cómo la persona se desempeña en su entorno habitual, qué apoyos o barreras contextuales influyen en su participación ocupacional, y cómo interactúa con los objetos, espacios y personas que conforman su vida diaria. Esta evaluación situada no sólo facilita una intervención más personalizada y significativa, sino que también promueve la autonomía del paciente y fortalece la continuidad terapéutica, integrando la experiencia clínica con la realidad concreta del hogar. Desde la Terapia Ocupacional, reconocemos al hogar como un espacio clave para comprender las ocupaciones y diseñar intervenciones más acordes a cada caso en particular. En este sentido, el abordaje mixto se plantea como una estrategia pedagógica que favorece la construcción de saberes

profesionales complejos, integrales y éticamente comprometidos, promoviendo el conocimiento creativo, en oposición a la racionalidad técnica que reduce la actividad práctica a una mera actividad instrumental. Somos conscientes también, de que la formación de los estudiantes en este tipo de prácticas exige al docente el conocimiento de la disciplina que se enseña, así como el dominio de las técnicas didácticas para una transmisión más eficaz, activa y significativa (Gimeno Sacristán et al, 2008).

El objetivo principal de esta propuesta, es fortalecer la formación integral de los estudiantes de Terapia Ocupacional, mediante la incorporación sistemática del abordaje mixto (clínica + domicilio) en las prácticas preprofesionales. Esto deriva también en que el estudiante desarrolle competencias contextuales, reflexivas y éticas para intervenir en el domicilio del paciente, articulando la relación entre teoría y práctica en escenarios reales. Paralelamente, deberá adquirir destrezas para llevar adelante el análisis del desempeño ocupacional en entornos cotidianos, y desarrollar de manera crítica las estrategias para intervenir sobre las barreras del espacio físico que obstaculizan el desempeño satisfactorio de las personas en sus ocupaciones cotidianas.

#### **4.1 Selección del paciente**

En el momento de pensar una intervención domiciliaria, las preguntas que subyacen son: ¿todos los pacientes requieren de este tipo de abordaje? ¿De qué depende la selección de uno u otro paciente? ¿En qué momento del tratamiento debemos concurrir al domicilio? ¿Vamos a evaluar todas las ocupaciones?

La primera respuesta que debemos dar es que no todos los pacientes necesitan de la intervención del T.O. en su domicilio. Tampoco es necesario evaluar el desempeño en todas las ocupaciones. Estas decisiones dependen casi exclusivamente de los datos hallados en la evaluación exhaustiva, etapa que se encuentra al inicio del proceso de Terapia Ocupacional. Siguiendo a Polonio López, (p.64) durante este proceso el terapeuta combina los conocimientos que tiene acerca de la función y disfunción ocupacional, las áreas de actividad relacionadas con ella, las habilidades del desempeño necesarias para llevarlas a

cabo, así como los contextos y entornos en los cuales la ocupación tiene lugar. En este momento el paciente pone de manifiesto la o las actividades que necesita mejorar.

Durante la cursada de la práctica pre profesional, los alumnos adquieren conocimientos y destrezas para desempeñarse en todas las etapas de este proceso, presentado como una secuencia relacionada de acciones que el terapeuta debe seguir para proporcionar un servicio de calidad. A los efectos del presente trabajo, describiremos las primeras etapas, que son las que se relacionan directamente con la intervención domiciliaria inicial, en combinación con la atención en el consultorio. Las etapas son las siguientes.

**Derivación y cribado:** El proceso terapéutico se inicia cuando el paciente es remitido al servicio de Terapia Ocupacional, en la mayoría de los casos derivado por un médico tratante. El cribado o screening lo realiza el T.O. para determinar si la derivación es adecuada, si la persona puede beneficiarse del tratamiento o si nosotros, como profesionales, estamos en condiciones de brindarle el servicio que se requiere. Por ejemplo, aunque se encuentre dentro del campo de las disfunciones físicas, no es el mismo tratamiento que se imparte para una persona con daño cerebral adquirido que para alguien que sufrió una fractura en su miembro superior. La formación profesional, las estrategias terapéuticas, el equipamiento y los materiales utilizados, el tipo de consultorio, son muy diferentes si se trata de daños neurológicos o de orden traumatológico. También es muy distinto si se trata de niños o personas adultas, aún con el mismo diagnóstico.

Cuando observamos el diagnóstico principal, la fecha de derivación, el motivo de la derivación, podemos determinar en pocos minutos la pertinencia de un tratamiento de T.O. para esa persona.

**Evaluación:** se realiza luego de determinar la admisión del paciente en nuestro servicio. La evaluación se orienta a conocer las características personales y sociales de la persona, su entorno físico y social, los apoyos disponibles y las barreras existentes, así como a cuantificar y describir minuciosamente las capacidades, déficits y limitaciones, y cómo se ve afectado su desempeño ocupacional. Según AOTA (2008), el propósito principal de la evaluación es determinar un *perfil ocupacional* y *analizar el desempeño ocupacional*.

Esta etapa comienza con la entrevista, donde se recaba información sobre la historia ocupacional, el funcionamiento del paciente en la vida cotidiana, y para conocer cuáles son los deseos y prioridades de la persona en relación a sus objetivos de tratamiento. En nuestro servicio, la entrevista es semiestructurada, se realiza una inicial, donde además el terapeuta informa al paciente acerca del proceso que va a comenzar, pero también se va recogiendo información del paciente durante todas las etapas del trayecto terapéutico.

A esto le sigue la aplicación de pruebas estandarizadas y no estandarizadas para evaluar funciones y estructuras corporales, Es así que se evalúa amplitud articular, fuerza muscular, dolor, edema, cicatriz, sensibilidad, tono muscular, etc., y habilidades del desempeño como coordinación, alcances, función prensil, destrezas manipulativas, movilidad general, equilibrio, entre otras.

Luego de esto, se realiza la evaluación del desempeño ocupacional. Esto se hace de dos maneras principales: la primera es narrativa, donde a través de la entrevista, el paciente describe cómo es su desempeño en las actividades diarias, cuáles son sus dificultades, (qué puede hacer, qué no puede hacer, por qué cree que no lo puede hacer, y cómo lo hace), cuáles son las barreras que interfieren en su independencia, cuáles son los apoyos con los que cuenta para desenvolverse, y cuáles son sus deseos y prioridades en relación a una participación satisfactoria en su vida cotidiana.

La otra manera de evaluar este desempeño, es a través de la observación directa. En nuestro servicio, ésta es una observación informal, no estructurada, donde se le pide al paciente que realice determinadas actividades que son parte de las Ocupaciones, por ejemplo: cortar alimentos, manipular cubiertos (Alimentación), colocarse o quitarse una prenda o varias (Vestido), peinarse, afeitarse, maquillarse (Arreglo personal), posicionamiento y movilidad en la cama (Descanso y sueño), escribir a mano o en un escritorio con computadora y teclado (Trabajo), posicionamiento y manipulación de objetos como libros, agujas de tejer, cartas, celular, etc. (Ocio y Tiempo libre), transferirse de una superficie a otra y caminar por la habitación (Movilidad funcional). La observación del desempeño en estas actividades, puede corroborar lo que el paciente relata en la entrevista en relación a las áreas y las habilidades que están afectadas, así como el grado de deterioro y su causa. Sin embargo, la observación en el consultorio puede no resultar del todo fidedigna, ya que no es el ambiente

natural del paciente, no son sus espacios, las actividades que pueden observarse son limitadas, la manera de realizarlas suele ser diferente, ni tampoco suelen ser todos los elementos reales que utiliza en su hogar de manera cotidiana.

La observación ideal es aquella que se realiza en el entorno habitual de la persona, que es donde se encuentran las dificultades reales, y también los apoyos. Esto resulta crucial cuando una persona tiene una condición de salud diferente. No es el mismo proceso de enfermedad/recuperación el que atraviesa una persona que vive sola, que aquella que tiene una red de apoyo familiar para facilitarle el desempeño en las ocupaciones.

En la cursada de la práctica pre profesional que llevamos adelante, realizar esta intervención domiciliaria supone trascender el espacio áulico de la Institución, para adentrarse en una realidad concreta, muy diferente para cada persona. En esta situación, el alumno debe desarrollar habilidades para aprender a observar al paciente en un contexto diferente al estructurado y protegido del consultorio, a entablar diálogos con las personas convivientes, equilibrando intervención profesional ética y responsable. Esto incentivará el pensamiento crítico, situado y creativo, que le permitirá intervenir ofreciendo soluciones adecuadas para cada caso en particular.

Ahora bien, volviendo a las preguntas iniciales de este apartado, ¿de qué depende la selección de uno u otro paciente?. Podemos afirmar que en primer lugar, depende básicamente de un deseo o necesidad manifiesta por parte del paciente. Es la persona la que va a requerir la búsqueda de soluciones para desempeñarse sin dificultades en su vida cotidiana, dentro de su hogar. Incluso va a solicitar apoyos o recomendaciones para alguna actividad en particular, más que para otra. Por este motivo, no siempre se van a evaluar todas las ocupaciones, sino aquellas en las que la persona requiere más apoyo. Una misma lesión o idéntico diagnóstico, impacta de manera muy distinta en una u otra persona. Como ya mencionamos, el entorno en el que vive, el estilo de vida, el tipo de ocupaciones que desempeña, las condiciones socioculturales, las redes vinculares y tantos otros aspectos, ofrecen barreras y facilitadores diferentes para cada uno.

Otro factor determinante para esta intervención lo constituye el estado de salud del paciente, conjuntamente con el nivel de desempeño ocupacional referido y observado en el

consultorio. Una persona con enfermedad degenerativa, sistémica y progresiva (como por ejemplo una artritis reumatoidea), requerirá un tipo de intervención domiciliaria específico y muy distinto al de una persona con una afección transitoria, como puede ser un postquirúrgico de una reconstrucción del Manguito Rotador , y claro está, una gran cantidad de pacientes no demandará este tipo de atención. Tal como expresamos más arriba, una persona que vive sola requerirá de ciertas indicaciones, modificaciones o ayudas técnicas que quizá un paciente que vive con su familia no necesite, precisamente por contar con esos apoyos relacionales que facilitan su diario vivir.

Las diversas condiciones de salud de las personas, al interactuar con sus entornos particulares, generan necesidades únicas que requieren ajustes razonables específicos para cada individuo. Estos ajustes consisten en “ modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no imponen una carga desproporcionada o indebida, y que se implementan para garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con las demás”. (ONU, 2006).

Una vez que ha finalizado la evaluación exhaustiva en el consultorio, el alumno ya posee información suficiente para conocer las afecciones, limitaciones y capacidades del paciente, así como sus prioridades y expectativas respecto al tratamiento. Conoce también cuáles son las áreas de desempeño o las actividades que el paciente desea o necesita mejorar. Por ejemplo, para un adulto mayor que sufrió una fractura en su mano dominante, puede resultar prioritaria la asistencia o la intervención en la actividad de ducharse, por temor a sufrir una caída, mucho antes que recuperar su función manual.

En esta instancia se propondrá la concurrencia al domicilio, explicando al paciente los fundamentos que sustentan esa acción. La intervención domiciliaria permite observar directamente cómo la persona se desempeña en su contexto cotidiano, lo cual ofrece información cualitativa y contextual que no puede obtenerse en un entorno clínico estandarizado. En este sentido, el foco no está en evaluar el entorno como una entidad aislada, sino en comprender la interacción entre el entorno y la persona, mientras realiza sus ocupaciones significativas. Esta perspectiva exige la utilización de instrumentos de recolección de datos que no fragmenten la experiencia, sino que permitan registrar la interacción dinámica entre la persona, la ocupación y el ambiente. Así, la observación

situada se convierte en una estrategia fundamental para identificar qué factores del entorno, ya sean físicos o sociales, facilitan o limitan el desempeño ocupacional. Esta forma de evaluación, centrada en la ocupación y contextualizada, se alinea con los marcos contemporáneos de la Terapia Ocupacional, que reconocen al contexto como un componente inseparable del proceso de intervención.

## **4.2 Implementación**

A medida que el alumno se involucra en el proceso de Terapia Ocupacional, aprende a integrar la información obtenida a través de la entrevista, la evaluación de las funciones y estructuras corporales y fundamentalmente la identificación de los deseos y prioridades del paciente. Esta integración, permite la elaboración de un plan de intervención personalizado, que incluye objetivos terapéuticos específicos y estrategias adaptadas al contexto del paciente. Para esto, se realizan reuniones colaborativas entre alumnos y supervisora, donde, en base al análisis crítico de la información recogida durante la etapa de evaluación, se definen los criterios de intervención domiciliaria. Además, los estudiantes se familiarizan con la ficha de evaluación del desempeño en el hogar, creada en el consultorio para este objetivo. Estas reuniones permiten a los estudiantes integrar conocimientos teóricos con la práctica, desarrollar habilidades de razonamiento clínico y fortalecer su capacidad para trabajar en equipo. Este dispositivo es fundamental para que el estudiante desarrolle competencias en la planificación y ejecución de intervenciones efectivas.

En este momento, el estudiante pauta con el paciente el día y la hora en la que se realizará la evaluación en contexto.

## **4.3 Instrumento de recolección de datos**

En la práctica de la Terapia Ocupacional, evaluar el desempeño ocupacional implica comprender cómo las personas llevan adelante sus actividades cotidianas en interacción con su entorno. A lo largo del tiempo, se han desarrollado numerosos instrumentos que

permiten valorar diferentes aspectos de esta experiencia: desde escalas estandarizadas hasta entrevistas abiertas, cuestionarios o fichas observacionales adaptadas al contexto, cuestionarios autoadministrados o relevados por un observador externo. Para guiar este proceso de recogida de información, existe una enorme variedad de instrumentos de recolección de datos estandarizados y validados internacionalmente, y adaptados al país o la región en la que se utilice. Estos instrumentos fueron creados en base a una multiplicidad de criterios, respondiendo a la complejidad del objeto de estudio y a la necesidad de contar con herramientas que se ajusten a distintos marcos teóricos, poblaciones, etapas del ciclo vital, ámbitos de intervención, etc. A modo de ejemplo, mencionaremos algunos de los instrumentos utilizados más frecuentemente, según diferentes criterios: (Moruno Miralles, P., 2005, cap.5)

- Tipo de afección o patología: Escala de medida del impacto de la Artritis, Escala ASIA para lesionados medulares, Evaluación motora de la hemiplejía
- Etapa del ciclo vital: Cuestionario de la O.M.S. para el estudio de las caídas en el anciano
- Ocupaciones: Actividades básicas de la vida diaria: Índice de Katz, Índice de Barthel, actividades instrumentales de la vida diaria: Índice de Lawton, Cuestionario de satisfacción del desempeño ocupacional
- Habilidades del desempeño: Escala de Tinetti para el equilibrio
- Entorno: Evaluación del hogar en T.O.

La elección del instrumento adecuado para recoger datos, depende de múltiples factores, entre ellos: el marco teórico adoptado por el profesional, el perfil del paciente, el contexto en que se lleva a cabo la intervención, la familiaridad del terapeuta con el instrumento de recolección, y los objetivos terapéuticos propuestos.

En nuestro país, terapeutas ocupacionales en servicios de salud pública, domicilios o instituciones privadas, utilizan tanto instrumentos internacionales como herramientas diseñadas localmente, muchas veces adaptadas por los propios equipos de trabajo. Tal es el caso de la ficha de evaluación que será utilizada en la cursada modificada de nuestra práctica pre profesional. Con este objetivo, desarrollamos un instrumento de evaluación propio, diseñado específicamente para evaluar la interacción entre el paciente, su entorno

domiciliario y el desempeño en las ocupaciones. Este instrumento fue concebido a partir de un análisis crítico y comparativo de una gran diversidad de herramientas validadas y reconocidas en la disciplina, como el Canadian Occupational Performance Measure (COPM), el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) y la Medida de Independencia Funcional (FIM). Tomando elementos clave de estas herramientas, adaptamos y combinamos aspectos relevantes para crear una ficha que respondiera de manera precisa a los objetivos de nuestra intervención, dirigida al tipo de pacientes que se atienden en nuestro servicio y adecuada a las características geográficas, sociales y culturales de nuestra región. La elaboración de esta ficha propia nos permitió integrar criterios de evaluación centrados en la relación entorno - paciente - tarea, y facilitó una comprensión más profunda acerca de la influencia que cada uno de estos aspectos tiene entre sí, permitiendo en definitiva la planificación de intervenciones más efectivas y ajustadas a sus necesidades específicas.

Este proceso de creación y adaptación de instrumentos no solo enriqueció nuestra formación académica, sino que también destacó la importancia de la flexibilidad y la innovación en la práctica de la Terapia Ocupacional, especialmente en contextos donde las herramientas existentes pueden no ser completamente adecuadas.

La realización de la evaluación domiciliaria requerirá que el estudiante efectúe al menos dos visitas al hogar del paciente, con el fin de completar las diversas observaciones necesarias. Este proceso deberá llevarse a cabo en un tiempo no mayor a una semana. Este período se propone principalmente porque se trata de pacientes cuyo tratamiento es ambulatorio y de relativamente poca duración. El promedio de permanencia en los tratamientos es de aproximadamente 2,5 meses. Es además un tiempo adecuado para asegurar la coherencia y actualidad de los datos recopilados, y para garantizar un seguimiento más prolongado.

A continuación se describe el instrumento de recolección de datos elaborado en función de los criterios mencionados. Se explican en cada ítem los aspectos a observar o relevar, como elementos fundamentales en la interacción con el entorno, que permiten u obstaculizan el desempeño en las ocupaciones.

Previo a la visita domiciliaria, el estudiante se familiarizará con esta ficha, de manera de minimizar las dificultades en la recolección de la información.

Por último, se muestra un ejemplo ficticio de ficha completa al concluir la evaluación en el hogar.

#### **4.4 Ficha de Evaluación del desempeño ocupacional**

##### **Datos Generales**

**Nombre del paciente:**

**Edad:**

**Diagnóstico:**

**Fecha de la evaluación:**

**Evaluador/a:**

**Tipo de entorno:** Casa / Departamento / Urbano / Rural /Otro

**Convivientes:**

**Entorno Físico:** Se relevan los espacios en los que el paciente se desenvuelve habitualmente, y en los que desea desempeñarse con independencia. Se registran datos de ambiente como:

- **Acceso al hogar:** vereda, escaleras, ascensor, tipo de puerta, tipo de cerradura
- **Circulación** en los espacios dentro del hogar, considerando elementos que facilitan u obstaculizan, como muebles, alfombras, disposición de los objetos.

- **Habitación:** acceso, ancho de puerta, disposición y altura de la cama, mesas de luz, placard, mobiliario que se encuentra dispuesto.
- **Baño:** acceso, ancho de puerta, disposición de los sanitarios, tipo de grifería, elementos de higiene en la ducha, elementos de aseo personal
- **Cocina:** acceso, ancho de puerta, ubicación y altura de la mesada, ubicación y altura de los espacios de guardado, disposición de los utensilios en general
- **Espacios comunes,** distribución del mobiliario, elementos que lo componen (computadora, escritorio, etc), nivel de piso, tipo de piso, alfombras.
- **Medio Ambiente:** Iluminación / ventilación / sonorización
- **Espacio exterior:** parque, jardín, balcón, terraza, elementos que lo componen, forma de acceso
- **Lavadero/garage:** acceso, ubicación de los elementos, altura de estanterías, espacios de guardado
- **Seguridad:** dispositivos que apoyen o dificulten la seguridad de la persona
  
- **Equipamiento auxiliar:** observar si utiliza productos de apoyo adecuados, como bastones, andadores, sillas de ruedas, o férulas.

#### **Facilitadores y Barreras en el Entorno:**

- **Facilitadores:** Factores del entorno que permiten realizar la actividad con mayor facilidad. Ejemplo:
  - Espacios amplios y despejados que permiten el uso de dispositivos de asistencia.
  - Ayudas técnicas como sillas de baño adaptadas o grúas de transferencia para pacientes con movilidad limitada.
  - Familiares o convivientes que brinden asistencia

- **Barreras:** Elementos del entorno que dificultan la actividad. Ejemplo:
  - Mobiliario que no ofrece suficiente soporte o es difícil de usar debido a la afección del paciente.
  - Escaleras o umbrales altos que dificultan el desplazamiento con andador o silla de ruedas.
  - Falta de acceso a dispositivos como sillas ergonómicas o camas ajustables.

### **Observación del Desempeño:**

**Actividad Observada:** Se evaluará el desempeño sólo en aquella/s actividad/es que se consideren pertinentes según demandas del paciente. No es necesario relevar todas las ocupaciones, ya que esto generaría fatiga innecesaria. La intervención se realizará para obtener información de aquellas ocupaciones en las que el paciente desee mejorar, o desempeñarse con independencia. En general, las que se observan con más frecuencia son:

- Preparación de alimentos
- Alimentación:
- Movilidad funcional
- Uso del baño
- Vestido
- Descanso y sueño
- Ocio y tiempo libre
- Arreglo y gestión del hogar
- Cuidado de otros
- Educación

Trabajo

- **Nivel de ejecución:** Describir cómo ejecuta la persona la actividad observada, teniendo en cuenta funciones y estructuras corporales y habilidades del desempeño:
  - **Independiente:** El paciente puede realizar la actividad sin asistencia, aunque podría experimentar dolor o fatiga.  
  
**Con supervisión:** El paciente puede realizar la actividad, pero necesita apoyo para evitar esfuerzos excesivos o para prevenir caídas.
  - **Con asistencia mínima:** El paciente requiere alguna ayuda, ya sea un punto de apoyo, asistencia para algún movimiento o indicaciones verbales por parte de otro.
  - **Dependiente:** El paciente no puede realizar la actividad sin ayuda significativa
  - **Tiempo de ejecución:** Mencionar el tiempo que tarda el paciente en realizar la actividad. Las personas con dolor crónico o rigidez pueden tardar más debido a pausas o limitaciones en la flexibilidad de las articulaciones.
  
- **Estrategias de adaptación utilizadas:** en caso de que las emplee, describir cualquier ajuste que el paciente haga para completar la actividad, como:
  - **Uso de dispositivos auxiliares:** bastones, andadores, sillas adaptadas, férulas.
  - **Modificación de la tarea:** adapta o gradúa la manera de realizarlas.
  - **Técnicas de cuidado del cuerpo:** Uso de técnicas para aliviar el dolor, o reducir la fatiga,

- **Riesgos observados:** Evaluar si hay riesgo de lesiones debido a una inadecuada interacción entre persona - entorno - tarea.
  - Riesgo de caídas.
  - Esfuerzos excesivos.
  - Desequilibrios posturales

### **Comentarios y Recomendaciones:**

- **Recomendaciones de intervención:** Para mejorar el desempeño en el hogar, se pueden sugerir:
  - cambios en el entorno, como la instalación de barras de apoyo, el uso de productos de apoyo (como sillas de baño o ayudas para la movilidad), ajuste en la ubicación de muebles, redistribución de utensilios y elementos según frecuencia de uso.
  - Modificación de los elementos que se emplean, como dispensers, mangos engrosados o alargados, livianos, transportables, etc.
  - Cambios en la manera de realizar las actividades: secuenciarlas, modificar patrones de uso, modificar hábitos y rutinas.
- **Recomendaciones sobre productos de apoyo:** Como sillas ergonómicas, electrodomésticos, dispositivos para facilitar el acceso a objetos, o recomendaciones de ayudas técnicas específicas.
- **Sugerencias:** en relación a consideraciones específicas
- **Observaciones:**

A continuación, y a modo ilustrativo, mostramos un ejemplo de cómo quedaría una ficha completa, una vez realizados los pasos de relevamiento del desempeño en el hogar:

## TRAUMATOLOGOS ASOCIADOS S.A.

### Servicio de Terapia Ocupacional

#### Ficha de Evaluación del Desempeño Ocupacional

##### Datos Generales

- **Nombre del paciente:** Ana Fernández
- **Edad:** 68 años
- **Diagnóstico:** Artritis reumatoide
- **Fecha de la evaluación:** 7 de mayo de 2025
- **Evaluador/a:** Estudiante de Terapia Ocupacional en práctica supervisada
- **Tipo de entorno:** Casa / Urbano
- **Convivientes:** Vive con su esposo y una mascota

##### Entorno Físico

- **Acceso al hogar:** Entrada a nivel de calle sin escalones; puerta principal con manija de palanca.
- **Cocina:** Espacio reducido; mesada a 90 cm de altura; alacenas superiores a 1.80 m; utensilios distribuidos en cajones bajos; cocina a gas con horno bajo.
- **Iluminación y ventilación:** Buena iluminación natural y ventilación adecuada.
- **Seguridad:** Piso de cerámica sin alfombras; ausencia de barras de apoyo; presencia de cables sueltos en la cocina.

##### Equipamiento Auxiliar

No utiliza productos de apoyo actualmente.

## Facilitadores y Barreras en el Entorno

### Facilitadores:

- Buena iluminación natural en la cocina.
- Presencia de ventilación adecuada que favorece un ambiente confortable durante la preparación de alimentos.
- Utensilios livianos y de fácil manipulación

### Barreras:

- Altura de las alacenas que dificulta el acceso a utensilios y alimentos.
- Ausencia de superficies antideslizantes en la cocina.
- Distribución desorganizada de utensilios que prolonga el tiempo de búsqueda.
- Falta de dispositivos de apoyo que faciliten la movilidad y seguridad.

## Observación del Desempeño

**Actividad Observada:** Preparación de alimentos

**Nivel de ejecución:** Con asistencia mínima. La paciente inicia la actividad de manera independiente, pero presenta dificultades al alcanzar utensilios en alacenas altas y al manipular objetos cortantes. Requiere indicaciones verbales para organizar los pasos de la preparación.

**Tiempo de ejecución:** La preparación de una comida sencilla (ensalada y arroz) le tomó aproximadamente 45 minutos, con pausas frecuentes para descansar debido a molestias en las articulaciones.

### Estrategias de adaptación utilizadas:

- Utiliza una silla para sentarse durante partes de la preparación.
- Pide ayuda para cortar algunos alimentos

- Organiza los ingredientes sobre la mesa antes de comenzar la cocción.

**Riesgos observados:**

- Riesgo de caídas al intentar alcanzar objetos en altura sin apoyo.
- Esfuerzos excesivos al intentar cortar alimentos.
- Desequilibrios posturales al trabajar de pie durante períodos prolongados.

**Comentarios y Recomendaciones**

**Recomendaciones de intervención:**

- Reorganizar los utensilios y alimentos de uso frecuente en estantes de fácil acceso.
- Instalar barras de apoyo en áreas clave de la cocina.
- Incorporar superficies antideslizantes en la cocina para prevenir caídas.
- Implementar un plan de actividades que incluya pausas programadas para evitar la fatiga.

**Recomendaciones sobre productos de apoyo:**

- Utilizar utensilios de cocina con mangos ergonómicos y antideslizantes.
- Incorporar una silla alta con respaldo para permitir la preparación de alimentos en posición sentada.
- Considerar el uso de un carrito con ruedas para transportar ingredientes y utensilios.
- Utilizar electrodomésticos en algunos pasos de la actividad

**Sugerencias para la gestión del dolor y conservación de la energía:**

- Aplicar técnicas de conservación de energía, como sentarse durante las tareas y dividir las actividades en etapas.
- Realizar ejercicios de fortalecimiento recomendados por el T.O.
- Respetar el dolor y detener la actividad cuando aparezca.
- Utilizar adecuadamente las férulas de reposo.
- Utilizar calor local en las articulaciones antes de iniciar la actividad para reducir la rigidez.

**Observaciones:**

La paciente muestra motivación para mantener su independencia en la preparación de alimentos. Con las adaptaciones y apoyos adecuados, es probable que mejore su desempeño y reduzca los riesgos asociados.

Una vez completada la recolección de información, estudiantes y supervisora se reúnen para delinear estrategias de intervención adecuadas para el caso. De esta manera, articulando información teórica con la práctica, pondrán en juego diferentes estrategias que le permitan desarrollar soluciones tendientes a mejorar el desempeño del paciente en su diario vivir. Estas modificaciones podrán estar dirigidas al entorno (mobiliario, espacios, accesos, etc.), a los elementos que se emplean para realizar las actividades (utensilios, objetos, dispositivos, etc.), a la manera de realizar las actividades, al empleo de tecnologías de apoyo (antes llamados productos de apoyo), o a una combinación de ellas. Las adaptaciones podrán ser permanentes o transitorias, esto dependerá de la evolución del paciente, y de las habilidades que desarrolle para la ejecución de las tareas comprometidas.

Es aquí donde la práctica situada y reflexiva adquiere significado, desafiando al alumno a considerar las particularidades del contexto social y cultural de cada paciente, para poder implementar soluciones creativas, criteriosas y mediadas por el razonamiento clínico. Desde una perspectiva didáctica, consideramos que este enfoque fomenta una práctica profesional crítica y comprometida con la mejora de la calidad de vida.

La intervención domiciliaria puede implicar en algunos casos, el entrenamiento del paciente en el uso de las modificaciones sugeridas, por ejemplo el uso de software de dispositivos de comunicación, o tecnología domótica. Esto requiere de una nueva concurrencia del alumno al hogar, donde intervendrá para familiarizar al paciente con los cambios establecidos.

Este abordaje finaliza con la etapa del seguimiento. De considerarse necesario, se pautarán visitas domiciliarias para realizar ajustes en las modificaciones implementadas, o para corroborar la eficacia y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

En conclusión, y a modo de cierre, este capítulo ha delineado el proceso de intervención domiciliaria como una parte integral de la práctica pre profesional en el área de disfunciones físicas en pacientes adultos. Este enfoque se estructura en seis etapas secuenciales claramente identificadas, que permiten una comprensión profunda y contextualizada de las necesidades del paciente, facilitando intervenciones más efectivas y centradas en la persona.

1. **Selección del paciente:** Basada en una evaluación integral inicial, realizada en el consultorio, se identifica al paciente cuya situación clínica y ocupacional se beneficiaría de una intervención en su entorno domiciliario.
  
2. **Familiarización con la herramienta de recolección de datos:** Los estudiantes se capacitan en el uso de un instrumento específico diseñado para recopilar información relevante durante la visita domiciliaria, asegurando una evaluación sistemática y coherente.
  
3. **Intervención domiciliaria inicial:** Se realiza una visita al hogar del paciente para observar y registrar su desempeño en actividades de la vida diaria dentro de su contexto real, identificando barreras y facilitadores en su entorno físico y social.
  
4. **Análisis y planificación en equipo:** Los estudiantes, junto con la supervisora, analizan los datos recopilados para establecer objetivos terapéuticos y diseñar estrategias de intervención adaptadas a las necesidades y circunstancias del paciente.
  
5. **Implementación de las intervenciones:** Se llevan a cabo las modificaciones sugeridas en el entorno o en las actividades del paciente, y se proporciona entrenamiento necesario para su adecuada utilización, lo que puede requerir visitas adicionales al domicilio.
  
6. **Seguimiento y ajuste del plan terapéutico:** Se evalúa la efectividad de las intervenciones implementadas y se realizan los ajustes necesarios para optimizar el desempeño ocupacional del paciente, promoviendo su autonomía y calidad de vida.

Tal como venimos sosteniendo, este proceso no solo permite a los estudiantes aplicar sus conocimientos teóricos en situaciones reales, sino que también les brinda la oportunidad de desarrollar habilidades críticas para la práctica profesional, como la evaluación contextualizada, la planificación centrada en el paciente y el trabajo en equipo. Además, al intervenir directamente en el entorno del paciente, se facilita la identificación de barreras

específicas y la implementación de soluciones prácticas que pueden tener un impacto significativo en su participación y bienestar.

Para finalizar, se deja constancia que todos los estudiantes que cursan sus prácticas pre profesionales poseen la cobertura de un seguro para accidentes personales, a través de un contrato entre el Banco de la Nación Argentina y la Universidad Nacional de Mar del Plata. En el caso de implementarse la modificación de la cursada de la práctica que nos ocupa, deberá también ajustarse la cobertura del alumno, tanto durante el viaje como en el domicilio del paciente

## **5 .REFLEXIONES FINALES**

La integración de los espacios didácticos del consultorio y el hogar de los pacientes en la formación de futuros terapeutas ocupacionales, resulta fundamental para fortalecer el proceso de aprendizaje y la construcción del conocimiento profesional. Esta combinación permite que los estudiantes no solo adquieran habilidades técnicas, sino que también desarrollen una mirada crítica y reflexiva sobre su propia práctica.

Tal como señala Sanjurjo (p.39), es esencial formar profesionales reflexivos, capaces de dominar su propia evolución, construyendo conocimientos nuevos y creativos a partir de la experiencia y el estudio. Al trasladar la enseñanza más allá del ámbito del consultorio, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar sus aprendizajes en contextos reales, enfrentándose a situaciones concretas que requieren de análisis, adaptabilidad e innovación.

Además, esta modalidad de formación no solo busca capacitar al estudiante en términos técnicos, sino también permitirle una implicación directa en lo que hace, fomentando la socialización de experiencias, el trabajo en equipo y la interacción con los pacientes y sus familias. De esta manera, se promueve una enseñanza más significativa, donde el conocimiento no es simplemente transmitido, sino construido de manera colaborativa y situada en la realidad cotidiana de los sujetos con quienes se trabaja.

Desde la perspectiva de Schön (1992), este proceso de aprendizaje se articula en tres niveles fundamentales: el "conocimiento en acción", la "reflexión en acción" y la "reflexión sobre la acción". Estas instancias permiten que los estudiantes no solo apliquen sus conocimientos en la práctica, sino que también analicen y ajusten su intervención en tiempo real, favoreciendo una evolución constante de su desempeño profesional.

En este sentido, la propuesta pedagógica que combina la enseñanza en consultorio y en el hogar de los pacientes resulta innovadora tanto desde lo académico como desde lo curricular. Esta iniciativa, que proponemos implementar desde la cátedra de Prácticas Pre Profesionales I, II y III,, propone una modalidad formativa que articula la teoría con la práctica en escenarios reales y diversos, permitiendo a los estudiantes enfrentarse a situaciones concretas que demandan flexibilidad, creatividad y compromiso. Su puesta en

marcha no solo enriquece significativamente la formación de los futuros profesionales, al fomentar el desarrollo de habilidades clínicas y sociales en contextos auténticos, sino que también representa un beneficio tangible para los pacientes y sus familias, al brindar intervenciones más contextualizadas y ajustadas a sus necesidades reales.

Además, esta estrategia promueve una mirada integral del proceso de Terapia Ocupacional, al considerar el entorno cotidiano del paciente como un componente clave para la planificación e implementación de las intervenciones. De este modo, se consolida un modelo de enseñanza que no solo forma profesionales competentes y críticos, sino que también refuerza el compromiso ético y humano de los futuros terapeutas ocupacionales, alineándose con los principios fundamentales de la disciplina y con las demandas actuales del sistema de salud y educación.

## **6. ANEXOS**

### **1. Encuesta a los alumnos**

Buenas tardes, ¿cómo estás? Estoy realizando una encuesta a alumnos que cursaron conmigo la práctica clínica en Traumatologos Asociados, en el marco del trabajo de campo de mi Tesis final para el posgrado en Especialización en Docencia Universitaria. Tu respuesta es muy importante para poder realizar la investigación. Es confidencial y anónima, y las respuestas sólo serán utilizadas para la investigación en curso. Muchísimas gracias por responder!!

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfBJon6KNn-rTL1jheUT01gdzd3hRjrSsifNXoAb7Ct6ybLuA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfBJon6KNn-rTL1jheUT01gdzd3hRjrSsifNXoAb7Ct6ybLuA/viewform?usp=sf_link)

### **2. Nota de solicitud de acceso a planes de estudio**

Mar del Plata, febrero de 2025

De mi mayor consideración,

Me dirijo a ustedes en mi carácter de Licenciada en Terapia Ocupacional y estudiante de la Especialización en Docencia Universitaria, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el marco de la elaboración de mi Tesis Final para la obtención del título de posgrado.

Soy docente de la Universidad Nacional de Mar del Plata en dos cátedras: T.O. en Disfunciones Físicas en Adultos, y Práctica pre profesional 1, 2 y 3. Mi tesis final de la

Especialización versa sobre una modificación curricular para la materia de Prácticas pre profesionales.

Como parte del trabajo de campo, estoy realizando un relevamiento de planes de estudio de distintas carreras de Terapia Ocupacional en Argentina, con el objetivo concreto de analizar la **propuesta pedagógica de la práctica pre profesional en el área de disfunciones físicas en adultos.**

En este sentido, quisiera solicitar si es posible, el acceso a la propuesta pedagógica de la materia en cuestión o, en su defecto, contar con los contactos pertinentes para obtener esta información.

Desde ya, agradezco su tiempo y colaboración, y quedo a disposición para brindar cualquier información adicional que consideren necesaria.



Mariel Partarrié

Lic. en Terapia Ocupacional MPO 1394

DNI 20041692

223-5231263

### **3. Entrevista a docentes supervisores de PPP en el área de disfunciones físicas, pertenecientes a la cátedra en la que se interviene.**

La que sigue es una entrevista semiestructurada que estoy realizando a los docentes supervisores de la práctica pre profesional en el área física. El motivo es la realización del trabajo de campo como parte del Trabajo Final para la obtención del título de Especialización en Docencia Universitaria, de la UNMDP. Su respuesta es muy importante para la conclusión de dicho trabajo. Agradezco su participación, y quedo a su disposición para brindarle la información adicional que Ud. solicite.

- 1) ¿Cuántos años hace que se desempeña como docente supervisor en esta cátedra?

- 2) ¿Cuáles son los espacios didácticos en los que se desarrolla la práctica pre profesional?.
- 3) ¿En algún momento de la cursada los alumnos intervienen en el hogar de los pacientes?
- 4) ¿Cómo considera la combinación del abordaje en el consultorio con la intervención en el hogar, en los pacientes en los que sea necesario?
- 5) ¿Considera de interés que, durante la cursada de la práctica, el alumno obtenga herramientas para realizar intervenciones domiciliarias? ¿Por qué?
- 6) Desea agregar algún comentario o sugerencia con respecto al tema?

#### **4. Entrevista a la docente titular de la cátedra Prácticas pre profesionales I, II y III**

(Mensaje de presentación, objetivo de la entrevista, información de confidencialidad, agradecimiento por su colaboración)

- 1) ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña como docente dentro de la cátedra?
- 2) ¿Cuántas son las instituciones que reciben alumnos practicantes de esta materia?
- 3) ¿Cuántas son las instituciones que reciben alumnos practicantes en el área física en adultos?
- 4) ¿Considera adecuadas/satisfactorias las propuestas pedagógicas dentro de esta cátedra, en el área física en adultos?
- 5) ¿Alguna de las propuestas pedagógicas incluye la intervención del alumno en el domicilio de los pacientes?
- 6) ¿Considera pertinente que el alumno se entrene en intervención domiciliaria dentro del área física? ¿Por qué?
- 7) ¿Considera de importancia una formación práctica del alumno que combine la atención en el consultorio con la intervención domiciliaria? ¿Por qué?
- 8) ¿Desea agregar algún comentario o sugerencia con respecto al tema?

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- American Occupational Therapy Association. (2020). Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: Dominio y proceso (4.<sup>a</sup> ed.).
- Blasco Mira, J. E., & Pérez Tupín, J. A. (2007). Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte. Alicante.
- Bourdieu, P. (1991) El sentido práctico. Taurus, Madrid
- Díaz Barriga, F. (2005). Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, **10**(25), 13–39.
  
- Gimeno Sacristán, J., & Pérez Gómez, A. (2008). Comprender y transformar la enseñanza. Madrid. ISBN 978-84-7112-373-2.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México, D.F.
- Holm, M. B., Santangelo, M., Fromuth, D., Brown, S., & Walter, H. (2000). Effectiveness of everyday occupations for changing client behaviors in a community living arrangement. *American Journal of Occupational Therapy*, **54**(6), 361-371. <https://doi.org/10.5014/ajot.54.6.677>
- Kiernat, J. M. (1982). Medio ambiente: La modalidad oculta. Terapia física y ocupacional en geriatría, **2**(1), 3-12. [https://doi.org/10.1300/J148V02N01\\_02](https://doi.org/10.1300/J148V02N01_02)
- Kielhofner, G. (2004). Terapia ocupacional: Modelo de ocupación humana, teoría y aplicación (3.<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires.
- Litwin, E. (2008). *La formación docente: Formación, profesión y trabajo*. Paidós.
- Moruno Miralles, P. ; Romero Ayuso, D.(2005). Actividades de la Vida Diaria. Madrid. Editorial Masson.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.refworld.org/es/docid/5d7fbf13a.html>
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid.

- Pérez Gómez, A., & Gimeno Sacristán, J. (2008). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid.
- Polonio López, B. (2015). *Terapia ocupacional en disfunciones físicas: Teoría y práctica*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, C. (2019). El hogar como espacio terapéutico: una mirada desde la Terapia Ocupacional. *Revista Latinoamericana de Terapia Ocupacional*.
- Rogers, J. C. (1982). The spirit of independence: The evolution of a philosophy. *American Journal of Occupational Therapy*, 36, 709-715.
- Rojo Pérez N. La investigación cualitativa. Aplicaciones en Salud. En: Bayarre Veá H, Astraín Rodríguez ME, Díaz Llanes G, Fernández Garrote L, compiladores. *La Investigación en Salud*. La Habana: MINSAP, ENSAP;2002.
- Romano, A. (2011). Sobre los espacios de formación integral en la universidad: Una perspectiva pedagógica. En R. Arocena et al. (Eds.), *Integralidad: tensiones y perspectivas* (Cuadernos de Extensión, n.º 1). Montevideo: Universidad de la República.
- Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P., (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México, D.F.
- Sanjurjo, L. (2012). *Los dispositivos para la formación en las prácticas profesionales*. Rosario.
- Sanjurjo, L. (2012). Socializar experiencias de formación en prácticas profesionales: Un modo de desarrollo profesional. *Praxis Educativa* (Arg), 16(1), 22-32. Universidad Nacional de La Pampa, La Pampa, Argentina.
- Schon, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona.
- Steiman, J. (2018). *Las prácticas de enseñanza*. Buenos Aires.
- Tylor, S. J., Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona.
- Willard & Spackman. (2011). *Terapia ocupacional* (11.ª ed.). Buenos Aires.
- Yuni, J. A., Urbano, C. A. (2014). *Técnicas para investigar: Volumen 2. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Argentina.