



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL
SEDE ROSARIO

Trabajo Final de Carrera

“Abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas, en la ciudad de Rosario y alrededores”.

Alumna: Talarico Catalina

Docente: Lic. Scolari, Daiana R.

Docente Auxiliar: Lic. Domizi, Milagros

2026

Agradecimientos

A mis papás, por su amor y apoyo incondicional en cada momento de mi vida, por escucharme y guiarme en cada paso que doy.

A mis hermanos, por ser mi compañeros y cómplices durante estos cinco años, por apoyarme en todo el proceso.

A mis tías, mi abuela y mi prima, por cada velita encendida antes de un final, por preguntar siempre cómo me había ido, demostrando que estaban ahí, acompañándome desde el corazón.

A mis amigas, por estar a mi lado, escucharme, darme fuerzas y abrazar cada momento de mi carrera. Gracias por ser, sin importar el lugar o la distancia, mi hogar.

A mis compañeras de la facultad, por las risas en cada clase y por el gran compañerismo de estos años. Un agradecimiento especial a Mili y Agus, mis compañeras incondicionales: estábamos destinadas a cruzarnos en este camino.

A mis docentes, por guiarme en este hermoso trayecto y por las infinitas enseñanzas transmitidas, recordándome siempre que el aprendizaje es colectivo.

A mí misma, por la paciencia, el esfuerzo y la resiliencia para seguir adelante en los momentos más difíciles. Y, fundamentalmente, a la Terapia Ocupacional por ser la profesión y la herramienta que me enseñó a ver cada momento de la vida con otros ojos, pero sobre todo, por enseñarme a creer en mí misma.

Gracias a esta hermosa profesión aprendí a confiar en que sí podía, incluso cuando me costaba verlo, permitiéndome poner el corazón entero en esta disciplina, y es un gran privilegio.

Gracias.

Índice

Título.....	4
Áreas de Conocimiento.....	4
Tema de Investigación.....	4
Palabras clave.....	4
Definición del Problema.....	5
Introducción.....	6
Fundamentación.....	8
Antecedentes de Investigación.....	8
Marco Teórico.....	14
Objetivos del Proyecto.....	20
Objetivo General de Investigación.....	20
Objetivos Específicos de Investigación.....	21
Metodología.....	21
Tipo de Diseño.....	21
Sujetos Participantes o Muestra.....	22
Recolección de Datos: Instrumento y Técnica.....	23
Prueba Piloto.....	25
Análisis de Datos.....	26
Categorías de Análisis.....	27
Codificación.....	28
Codificación de la muestra.....	28
Resultados.....	30
Presentación y Análisis de Resultados.....	30
Conclusión.....	44
Discusión.....	46
Plan de Trabajo y Cronograma.....	47
Recursos y Presupuesto.....	48
Referencias bibliográficas.....	49
Anexo I: Instrumento de Recolección de Datos.....	52

Título

Abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas, en la ciudad de Rosario y alrededores.

Áreas de Conocimiento

Terapia Ocupacional. Neurorehabilitación. Psicología. Ciencias de la Salud / Salud Integral.

Tema de Investigación

Abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas.

Palabras clave: *terapia ocupacional* (Occupational Therapy- DeCS D009788), *traumatismos de la médula espinal* (Spinal Cord Injuries- DeCS D013119), *duelo*, *actividades significativas*

Definición del Problema

Una Lesión Medular (LM) supone una ruptura en el proceso vital de la persona, y como afirma Cenzano (2002), las personas que han sufrido una LM “ven cambiadas todas sus expectativas vitales, y necesitan adaptarse a nuevas formas de vida y de relación con el entorno”. Esta interrupción vital puede tener consecuencias directas sobre el quehacer de las personas y suponer nuevos desafíos ocupacionales.

Es una condición que impacta en la vida de las personas, generando desafíos significativos no solo en la función física, sino también en la participación en actividades significativas y el bienestar emocional (García Parajuá & Singh, 2016). Particularmente en la etapa crónica, una vez finalizada la rehabilitación aguda, los pacientes enfrentan una adaptación a largo plazo que incluye repercusiones psicológicas y en la salud mental capaces de incidir significativamente en su calidad de vida y supervivencia (García Parajuá & Singh, 2016). Aspectos como la espiritualidad, el sentido de la vida y las metas personales pueden verse inicialmente afectados, generando confusión y desorientación (Polonio López & Romero Ayuso, 2010).

Ante esta compleja realidad, resulta indispensable un abordaje integral y holístico. Si bien la recuperación funcional motora y sensitiva es un pilar esencial, la reconexión con actividades significativas y la salud mental son igualmente críticas para la reintegración de los individuos (Aravena, 2017). Existe la necesidad de profundizar en cómo estas áreas son sistemáticamente abordadas e integradas en la práctica clínica de la rehabilitación (Consuelo et al., 2016), especialmente desde el enfoque de la terapia ocupacional.

Sin embargo, a pesar de que la literatura reconoce la importancia de la rehabilitación y el apoyo psicosocial en la lesión medular, existe una brecha en el conocimiento respecto al abordaje específico del terapeuta ocupacional en el contexto del proceso de duelo.

La presente investigación surge precisamente para responder a una necesidad imperante en la práctica clínica: conocer y comprender ¿Cómo es el abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas?. Se aspira a que los hallazgos de este estudio contribuyan a optimizar la praxis de la Terapia Ocupacional y, consecuentemente, a mejorar la calidad de vida de las personas con lesión medular crónica.

Introducción

La lesión medular (LM) representa una de las condiciones neurológicas más desafiantes (Sánchez Rey, 2016). A nivel mundial, se estima que más de 15 millones de personas vivían con una lesión medular en 2021, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (World Health Organization: WHO, 2024). Desde el punto de vista fisiopatológico, puede producir trastornos de la función motora, de la sensibilidad y trastornos vegetativos, incluyendo en éstos últimos las alteraciones vesicales, los trastornos de la función gastrointestinal, de la función sexual, del control vasomotor y de la termorregulación, menciona Rueda y León (2003, citado por Sánchez Rey, 2016). El autor también menciona que, desde el punto de vista psicológico hay que destacar muchas variables que entran en juego, los cambios en el estilo de vida y su influencia en la dinámica social y familiar exigen a la persona grandes esfuerzos de afrontamiento y adaptación, Rueda y León (2003, citado por Sánchez Rey, 2016).

Los síntomas y signos de presentación en la lesión medular de origen traumático y no traumático son similares. Sin embargo, en cada persona los problemas planteados por la lesión son diferentes y, por tanto, cada paciente debe ser considerado como un caso único durante el proceso de rehabilitación (Polonio López & Romero Ayuso, 2010).

Si bien la fase aguda de la LM demanda una intervención médica y de rehabilitación intensiva para estabilizar al individuo y prevenir complicaciones, es en la etapa crónica donde

las personas con LM enfrentan desafíos profundos y persistentes. En este período, la adaptación a las limitaciones funcionales permanentes y la reestructuración de la existencia se convierten en ejes centrales de su día a día ya que es determinante para su calidad de vida y la de aquellas personas de su entorno que permanecen vinculadas a ellos (Sánchez Rey, 2016).

Según González Echeverría et al., (2011), las personas con lesión medular hacen dos tipos de reflexiones que se centran en la incertidumbre, así en primer lugar expresan preocupación por su familia y el futuro de sus seres queridos, el temor frente a la posibilidad de no poder llegar a las metas propuestas o incluso no recuperar la posibilidad de cumplir con un rol social determinado.

Los autores también sostienen que, como contraparte se presenta una reflexión que los lleva a una visión optimista donde se observan con menos sufrimiento, haciendo una vida lo más normal posible y minimizando los efectos del accidente (González Echeverría et al., 2011).

Para estos pacientes, la rehabilitación representa un proceso dinámico que comienza en el mismo momento de producirse la lesión y continúa durante el resto de su vida, resalta Whalley Habmmel (1988, citado por Polonio et al., 2010). Trieschmann definió el proceso dinámico, mencionado anteriormente, como el logro del equilibrio entre los factores psicosociales, orgánico-biológicos y ambientales de la vida de una persona, ante una situación de desequilibrio provocada por la lesión. Por tanto, intervendrán variables personales, orgánicas y ambientales (Sánchez Rey, 2016).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se puede afirmar que la figura del terapeuta ocupacional debe formar parte de los equipos interdisciplinarios de atención a las personas con lesión medular, ya que es el profesional sociosanitario que trabaja con las ocupaciones de las personas. Así, este profesional trabajará mano a mano con la persona hacia una vuelta plena, inclusiva e independiente en su comunidad (Gómez Acevedo, 2016). Se enfatiza en

que la disciplina de terapia ocupacional es una profesión sanitaria centrada en el paciente, que se dedica a promover la salud y el bienestar a través de la ocupación (World Federation of Occupational Therapists, 2024).

Tomando en consideración los antecedentes previamente expuestos, el actual estudio se propone describir el abordaje del terapeuta ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas.

Fundamentación

Antecedentes de Investigación

La investigación realizada por Gómez Acevedo (2016) llamada “Revisión basada en la evidencia: Terapia Ocupacional y Lesión Medular” es una revisión de la evidencia científica sobre la terapia ocupacional en el contexto de las lesiones medulares. Su objetivo principal fue identificar y analizar la evidencia científica más actual sobre el efecto y el tipo de intervenciones que realizan los terapeutas ocupacionales. Concluye que, el fin de estas intervenciones es facilitar la participación plena de las personas con lesiones medulares en sus diferentes áreas de ocupación. La metodología utilizada implicó una búsqueda sistemática en bases de datos de estudios publicados entre 2010 y 2016, priorizando aquellos con un alto grado de evidencia. Señala que, el papel de la Terapia Ocupacional es analizado como parte de equipos multidisciplinarios y la mayoría se centran en el período clínico/agudo de la lesión. El nivel de evidencia de los estudios incluidos no es significativamente alto y por ello no permite estimar adecuadamente su grado de recomendación. El autor refiere que, el terapeuta ocupacional es imprescindible en los equipos de atención a este colectivo, pero no existen guías o directrices que orienten su proceso de intervención. El escaso número de estudios incluidos refleja que la Práctica Basada en la Evidencia todavía no se encuentra consolidada entre los terapeutas ocupacionales y los resultados de esta disciplina son difíciles de medir o

cuantificar. Por ello, se considera necesario el desarrollo de Guías de Práctica Clínica que ayuden a implementar evidencia en la práctica diaria, y dar valor y rigurosidad al trabajo realizado por estos profesionales.

La siguiente investigación desarrollada por Consuelo, B. L., Mendoza, D., Montes, M., & Aristizábal, J. C. (2016) llamada “Factores fisiológicos y psicológicos que influyen en la rehabilitación de las personas con trauma raquímedular” aborda dichos factores, así como la interrelación de los mismos y su impacto en la calidad de vida de los pacientes. El estudio se realizó mediante un diseño descriptivo transversal con 51 participantes y utilizó la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz para determinar la interrelación entre los factores fisiológicos y psicológicos en el proceso de rehabilitación. Los hallazgos de la investigación evidenciaron lo siguiente: la disreflexia autonómica y la disfunción intestinal y vesical generan depresión e ira, especialmente en los hombres. Se observó que las mujeres son más propensas a la depresión, mientras que los hombres tienden a experimentar ansiedad e ira. El estudio subraya la importancia de abordar los aspectos físicos y psicológicos de manera integrada para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, sugiriendo futuras investigaciones con poblaciones más amplias para identificar el síntoma desagradable específico que requiere mayor intervención. La misma contextualiza la interrelación directamente en la población con lesión medular, evidenciando cómo desafíos fisiológicos específicos se asocian con respuestas psicológicas adversas como la depresión y la ira. Como conclusión, el estudio resalta la necesidad de un abordaje integrado que considere tanto los aspectos físicos como los psicológicos para optimizar la calidad de vida en la rehabilitación de la lesión medular.

La investigación de los autores González Echeverría, Luís, Price, Yocelyn, & Muñoz, Luz Angélica (2011), presentada con el siguiente título “Vivencia de Discapacidad por Traumatismo de la Médula Espinal y el Proceso de Rehabilitación” tuvo como objetivo

determinar el nivel de incertidumbre en personas con lesión medular, aplicando la Teoría de Mishel, y establecer su asociación con características sociodemográficas. Se realizó mediante un estudio descriptivo y transversal que incluyó a 107 personas con trauma medular, y utilizando el instrumento de "Incerteza Frente a la Enfermedad de Mishel", los resultados reafirmaron que la incertidumbre es influenciada por factores como el nivel educativo, el conocimiento sobre la patología y la familiaridad con la situación de discapacidad o su adaptación. Se destacó la importancia de la coherencia entre las expectativas y la realidad de la vida con discapacidad, especialmente en relación con el apoyo percibido del sistema de salud y el entorno social. La investigación señala cómo esta incertidumbre, influenciada por el conocimiento sobre la condición y el apoyo social, es un componente central de la adaptación a la discapacidad, y puede estar intrínsecamente ligada al proceso de duelo, de dicha población, por la pérdida de su vida y su previsibilidad.

En la investigación llevada adelante por la autora Sánchez Rey, I. M. (2016), llamada “Estudio bibliométrico descriptivo sobre aspectos psicológicos del lesionado medular” de la Universidad Católica de Murcia (UCAM), se presenta como principal objetivo estudiar la actividad científica generada en torno a los factores psicológicos que se manifiestan en los sujetos que padecen una lesión medular (LM). Para lograr esto se analizaron, mediante técnicas bibliométricas, los autores, grupos de colaboración y el producto final de la investigación (el artículo científico) en este campo. Resalta la importancia y la complejidad de la adaptación psicológica a la lesión medular y subraya que, a pesar de los avances en medicina y esperanza de vida para estos pacientes, la estabilidad psicológica es determinante para su calidad de vida y la de su entorno.

En el siguiente estudio desarrollado por los autores de Ciencias de la Salud (2018) y nombrada como “La importancia del tratamiento desde la terapia ocupacional en las esferas física y socioemocional del adulto mayor diagnosticado con artritis reumatoide”, los mismos

contemplan la importancia de una mirada holística en el tratamiento de Terapia Ocupacional para adultos mayores. Aunque existen limitaciones en los sistemas de salud, el estudio subraya que para lograr el bienestar y la salud integral el terapeuta ocupacional debe considerar las características individuales de la persona, su estado afectivo, el manejo del dolor, las adaptaciones en el hogar, el uso de ayudas técnicas, y el contexto y entorno. Asimismo, la investigación destaca que, si bien la Terapia Ocupacional en Chile se ha centrado mayormente en la esfera física de los adultos mayores con artritis reumatoide, dicha disciplina tiene las competencias necesarias para abordar de manera integral la esfera socioemocional. Por medio de la mayor parte de los terapeutas ocupacionales entrevistados, la investigación logra evidenciar y concluir que es de suma importancia tomar en cuenta cada una de las esferas del usuario y que la emocional es la que se encuentra en constante latencia y cambios debidos a los avances de la patología, en relación a la disminución de la funcionalidad en el desempeño de ocupaciones del usuario. Además, continuando con los resultados relevantes, se menciona que la intervención simultánea de las esferas física y socioemocional se ve limitada por las restricciones del sistema de salud público y privado, que priorizan el tratamiento de fases agudas y los aspectos físicos de la artritis reumatoide, descuidando la cronicidad de la patología y la necesidad de un constante tratamiento en todas las áreas de usuario. Por último, la literatura actual presenta una brecha en la evidencia sobre la necesidad de la Terapia Ocupacional para abordar aspectos emocionales y psicológicos, en contraste con otros profesionales. Este estudio es crucial al demostrar la influencia de la terapia ocupacional en la prevención, tratamiento y rehabilitación general del sujeto, legitimando su capacidad para intervenir en aspectos psicológicos y emocionales.

El artículo científico “Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores” concretado por el autor Aravena, J. M., (2017), constituye un antecedente relevante al explorar la relación recíproca entre los síntomas

depresivos y la pérdida funcional en la población adulta mayor. Entre sus principales hallazgos, se destaca que la sintomatología depresiva conlleva a una disminución de la funcionalidad y una reducción en la participación en actividades de la vida diaria (AVD), lo cual se asocia directamente con una dependencia progresiva y resultados menos favorables en los procesos de rehabilitación. El estudio enfatiza que esta relación es bidireccional: la dificultad para ejecutar las AVD puede exacerbar los síntomas depresivos, y la presencia de estos síntomas, a su vez, puede deteriorar la capacidad funcional del individuo. La investigación identifica que la reducción de los síntomas depresivos y la mejora funcional están significativamente mediadas por la participación activa en actividades, la disminución de la ansiedad y el fortalecimiento de la autoeficacia del individuo. Estos factores son cruciales para comprender los mecanismos a través de los cuales las intervenciones pueden promover la recuperación y adaptación funcional en esta población. Este análisis concluye que la depresión ejerce un impacto clínico y psicosocial significativo sobre la funcionalidad, lo que demuestra la necesidad de un abordaje integral de dicha condición. Sin embargo, aunque el estudio se enfoque en adultos mayores, establece el principio fundamental de que la restricción en la participación de actividades significativas puede desencadenar sintomatología depresiva, y que la "activación" conductual (el compromiso en ocupaciones) es esencial para la mejora funcional y emocional, siendo éste un concepto directamente aplicable a la pérdida ocupacional en la lesión medular.

La autora Tumbaco (2024), realizó la investigación llamada “Terapia ocupacional y los patrones de ejecución durante el duelo”. Presentó como objetivo principal identificar la literatura existente sobre la contribución de la Terapia Ocupacional en la comprensión y mejora de los patrones de ejecución durante el proceso de duelo. Este estudio aborda la problemática central de cómo el duelo genera cambios significativos en las áreas ocupacionales, los roles sociales y las rutinas, impactando negativamente en la adaptación

emocional y funcional de los individuos. Mediante una revisión bibliográfica exhaustiva, los resultados evidenciaron que el duelo afecta directamente dimensiones fundamentales de los patrones de ejecución, tales como el sueño, la alimentación y la percepción del tiempo. Se observó que estos cambios están influenciados por factores individuales y socioculturales, incluyendo el nivel educativo, la complejidad del duelo, la influencia de rituales y las narrativas personales. La investigación subraya que la pérdida interrumpe significativamente las rutinas y los patrones de ejecución de las actividades diarias, afectando el funcionamiento en áreas cruciales como el autocuidado, el trabajo y la participación social. Concluye que la Terapia Ocupacional desempeña un rol fundamental al integrar actividades significativas, validación emocional y creatividad para mitigar emociones negativas y potenciar la resiliencia de las personas en duelo, y además menciona que la disciplina aborda las dimensiones emocionales, funcionales y socioculturales de la pérdida mediante intervenciones adaptadas al contexto cultural y a las necesidades individuales. La investigación resulta relevante ya que destaca que ello promueve el bienestar emocional y la reorganización funcional post-pérdida, reforzando la importancia de estrategias interdisciplinarias para maximizar la efectividad terapéutica. Y refiere lo siguiente, las actividades ocupacionales cuando son estructuradas y simbólicas y se ajustan a los valores individuales, facilitan una reorganización funcional coherente con las necesidades del paciente y contribuyen a un bienestar emocional sostenido. Es importante resaltar que, el estudio se destaca al mencionar el impacto del duelo en la vida diaria, y cómo éste afecta el funcionamiento cotidiano de una persona y las diversas maneras en que puede manifestarse. Finalmente, resalta la importancia fundamental de la terapia ocupacional en este proceso, la cual radica en su capacidad para facilitar la adaptación a los cambios en los patrones de ejecución y la búsqueda de significado y propósito a través de las actividades diarias. Señala que esto se logra al proporcionar un espacio terapéutico seguro, destacando la importancia de

la relación terapéutica, que promueve la exploración emocional, la identificación de fortalezas y desafíos, el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas y la utilización de actividades significativas como vehículos para la expresión y la recuperación.

Marco Teórico

El presente proyecto se sustenta en los principios del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional y el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.

Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020) es un documento alineado con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F) que incorpora su lenguaje y desarrolla sus líneas de intervención a partir de los conceptos relevantes de ésta. Reafirma que la práctica basada en la ocupación es el núcleo central de la intervención del terapeuta ocupacional, la inclusión de la descripción de los patrones de desempeño, los factores del cliente y de las demandas de la actividad.

El Marco de Trabajo determina las competencias de la profesión, consistentes en promover el logro de la salud, el bienestar y la participación de las personas, grupos o poblaciones a través de la implicación en la ocupación, y el proceso de prestación de los servicios de terapia ocupacional, basado en la ocupación y centrado en la persona y sus condiciones únicas (AOTA, 2020).

Este enfoque reconoce al individuo como protagonista de su proceso de rehabilitación, valorando sus perspectivas, necesidades, valores y preferencias (AOTA, 2020). En el contexto de la lesión medular crónica, la persona enfrenta una profunda reconfiguración de su identidad y rol dentro de su entorno. Al centrarnos en el cliente el terapeuta ocupacional no impone un modelo de recuperación preestablecido, sino que

co-construye un plan de intervención que resuena con las experiencias individuales del paciente, sus metas y su manera particular de afrontar la adversidad y el cambio.

Los patrones de desempeño estructuran la vida de una persona, y en dicho aspecto la lesión medular a menudo desarticula estos patrones, generando una ruptura con la vida anterior y un proceso de adaptación a nuevas realidades. El duelo, en este contexto, surge de la pérdida de los roles y rutinas que definían la identidad y el sentido de pertenencia del individuo. La terapia ocupacional, al analizar y trabajar en la reconstrucción de patrones de desempeño significativos, puede apoyar al cliente en la creación de nuevas rutinas y roles que faciliten la integración de la nueva realidad.

El proceso de terapia ocupacional es la prestación de servicios de terapia ocupacional centrada en el cliente. El proceso de tres partes incluye, en primer lugar la evaluación, luego la intervención y en última instancia los resultados esperados que ocurren dentro del ámbito del dominio de la terapia ocupacional. El proceso se ve facilitado por la perspectiva distinta de los terapeutas ocupacionales que participan en el razonamiento profesional, analizan ocupaciones y actividades y colaboran con los clientes. Los pilares de la práctica de la terapia ocupacional, es decir, las evaluaciones, intervenciones y resultados, sustentan el proceso de prestación de servicios (AOTA, 2020).

La interacción continua entre la evaluación, la intervención y los resultados se produce a lo largo del proceso de terapia ocupacional.

En relación al proceso de evaluación, este se centra en averiguar lo que el cliente quiere y necesita hacer; determinar qué puede hacer y qué ha hecho el cliente; e identificar apoyos y barreras para la salud, el bienestar y la participación. La evaluación ocurre durante la interacción inicial y todas las posteriores con un cliente. El tipo y el enfoque de la evaluación difieren según el entorno de la práctica; sin embargo, todas las evaluaciones deben evaluar las necesidades complejas y multifacéticas de cada cliente.

La evaluación consiste en el perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional, los cuales se sintetizan para informar el plan de intervención según lo define Hinojosa (2014, citado por AOTA, 2020). El perfil ocupacional incluye información sobre las necesidades, problemas e inquietudes del cliente sobre el desempeño en las ocupaciones.

El análisis del desempeño ocupacional se enfoca en recolectar e interpretar información específicamente para identificar apoyos y barreras relacionados con el desempeño ocupacional y establecer resultados específicos. La manera exacta en que los profesionales de terapia ocupacional recolectan información del cliente está influenciada por las necesidades del cliente, los entornos de práctica y los marcos de referencia o modelos de práctica.

En algunos entornos, el terapeuta ocupacional primero completa una evaluación o consulta para determinar la idoneidad de una evaluación completa de la terapia ocupacional, según menciona Hinojosa (2014, citado por AOTA, 2020). Este proceso puede incluir: revisión del historial del cliente (por ejemplo, registros médicos, de salud, sociales o académicos), consulta con un equipo interprofesional o de referencia, y uso de instrumentos de evaluación estandarizados o estructurados.

El proceso de selección o consulta puede resultar en el desarrollo de un breve perfil ocupacional y recomendaciones para la evaluación e intervención completa de la terapia ocupacional, según lo define Hinojosa (2014, citado por AOTA, 2020).

Luego en lo que respecta al proceso de intervención, el mismo consiste en servicios prestados por profesionales de la terapia ocupacional en colaboración con los clientes para facilitar la participación en ocupaciones relacionadas con la salud, el bienestar y el logro de los objetivos establecidos en consonancia con los diversos modelos de prestación de servicios. Los profesionales utilizan la información sobre los clientes reunida durante la evaluación y los principios teóricos para seleccionar y proporcionar intervenciones basadas

en la ocupación para ayudar a los clientes a lograr el bienestar físico, mental y social; identificar y realizar las aspiraciones; satisfacer las necesidades; y cambiar o hacer frente a los factores contextuales.

Los tipos de intervenciones de la terapia ocupacional se clasifican como ocupaciones y actividades, intervenciones para apoyar las ocupaciones, educación y capacitación, promoción, intervenciones en grupo e intervenciones virtuales. Los enfoques de la intervención incluyen crear o promover, establecer o restaurar, mantener, modificar y prevenir. En todos los tipos y enfoques de las intervenciones, es imperativo que los profesionales de la terapia ocupacional mantengan una comprensión del Código de Ética de la Terapia Ocupacional según lo menciona AOTA (2015, citado por AOTA, 2020) y las Normas de Práctica de la Terapia Ocupacional según lo define AOTA (2015, citado por AOTA, 2020).

La intervención tiene por objetivo promover la salud, el bienestar y la participación. Éstas varían según el cliente (persona, grupo o población) y el contexto de la prestación de servicios.

Por último, los resultados surgen del proceso de terapia ocupacional y describen los resultados que los clientes pueden lograr mediante la intervención de la terapia ocupacional. Los resultados de la terapia ocupacional son multifacéticos y pueden producirse en todos los aspectos del ámbito de interés. Deben medirse con los mismos métodos utilizados en la evaluación y determinarse mediante la comparación del estado del cliente en la evaluación con el estado del cliente al momento del alta o la transición. Los resultados de los servicios de terapia ocupacional se establecen utilizando medidas de rendimiento y herramientas de resultados.

Los mismos están directamente relacionados con las intervenciones realizadas y con las ocupaciones seleccionadas, las pautas de rendimiento, las aptitudes de ejecución, los

factores del cliente y los contextos. Los mismos pueden atribuirse a la mejora en áreas del dominio, como las habilidades de desempeño y los factores del cliente, pero en última instancia deben ser reflejados en la capacidad de los clientes para dedicarse a las ocupaciones deseadas.

Los resultados y su documentación varían según el entorno de la práctica y son influenciados por los interesados en cada entorno, según define AOTA (2018, citado por AOTA, 2020).

El enfoque en los resultados se desarrolla a lo largo del proceso de la terapia ocupacional. Durante la evaluación, los profesionales de la terapia ocupacional y los clientes (y a menudo otros, como los padres y los cuidadores) colaboran para identificar resultados específicos relacionados con la participación en ocupaciones valiosas o actividades de la vida diaria. Estos resultados son la base para el desarrollo del plan de intervención. Durante la implementación y revisión de la intervención, los clientes y los profesionales pueden modificar los resultados previstos para adaptarse a los cambios en las necesidades, contextos y capacidades de desempeño.

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (AOTA, 2020) se selecciona como el sustento teórico fundamental para la presente investigación, debido a que conforma el documento oficial que describe los conceptos centrales que fundamentan la práctica de la terapia ocupacional. Su propósito es establecer una estructura y una base para la profesión y construir una comprensión común de los principios básicos, al mismo tiempo que provee un lenguaje consistente para la práctica, la educación y la investigación.

La relación con este trabajo es directa, ya que el mismo se enfoca en el abordaje del terapeuta ocupacional en un contexto específico. El Marco resulta ofrecer a este estudio la estructura adecuada del proceso de la Terapia Ocupacional, ya que se organiza en dos

secciones principales: el Dominio (el ámbito de acción de la profesión) y el Proceso (las acciones que los profesionales llevan a cabo).

Este proceso está compuesto por tres partes interrelacionadas: la evaluación, la intervención y los resultados esperados. El estudio se basa precisamente en esta secuencia lógica, ya que busca analizar cómo el terapeuta ocupacional lleva adelante su proceso clínico. Al centrarse en este Marco, se asegura que la investigación aborde los servicios de terapia ocupacional desde una perspectiva centrada en el cliente y en el uso terapéutico de las ocupaciones para promover la salud, el bienestar y la participación en la vida. Por lo tanto, el marco no solo justifica el campo de estudio, sino que también proporciona el lenguaje y la metodología estructurada necesarios para analizar de forma coherente la manera en que el profesional implementa los servicios de evaluación, intervención y resultados en la práctica clínica.

Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional

El Modelo del Desempeño Ocupacional (C.M.O.P) es un modelo creado en 1997, por consenso de los terapeutas ocupacionales canadienses a lo largo de más de una década. El mismo describe el punto de vista de la Terapia Ocupacional sobre la relación que existe entre las personas, su medio ambiente y la ocupación. La relación dinámica y entrelazada que además, resulta en el desempeño ocupacional de la persona a lo largo de su vida.

Este modelo se basa en una perspectiva centrada en el cliente, recobrando así las raíces humanistas de la profesión. Al hablar de clientes se refiere tanto a la persona en escala individual como grupo, empresas y comunidades (C.M.O.P, 1997).

Este enfoque plantea que la intervención terapéutica se orienta fundamentalmente a posibilitar la ocupación, involucrando al individuo como un compañero activo en su propio proceso de recuperación. El terapeuta ocupacional no "hace por" la persona, sino que colabora con ella facilitando, guiando, educando y animando. Se busca el protagonismo del

paciente en la identificación y elección de ocupaciones que sean significativas para él, incluso en un contexto de pérdida.

Un pilar fundamental de este modelo es la creencia en la dignidad intrínseca de cada ser humano. El modelo enfatiza que las personas son seres únicos, capaces de tomar sus propias decisiones, con autodeterminación y potencial de cambio. Para los individuos que han experimentado una lesión medular y la consiguiente pérdida de su vida anterior, la preservación, el fomento de la dignidad y el valor personal son vitales. El C.M.O.P rechaza las etiquetas deshumanizantes y promueve ver a la "persona primero" con sus complejidades, sentimientos y esperanzas. Al centrarse en las capacidades inherentes y en la facilitación de ocupaciones que les devuelvan un sentido de control y propósito, el terapeuta ocupacional ayuda a reconstruir la autoimagen y el valor del paciente en esta nueva etapa de su vida.

Desde este modelo la espiritualidad es el componente principal del ser humano, ya que da sentido a todo lo que hacemos en nuestra vida diaria, y es el fundamento de nuestras decisiones y elecciones (Sumsion, 1999 como se citó en Polonio et al., 2010). Es por tanto fundamental para que el paciente tenga un sentido de su dignidad y de su valor como persona. En el contexto del duelo por la pérdida de una vida anterior, éste es un proceso que a menudo implica una profunda búsqueda de sentido y propósito en un contexto de cambio radical.

Objetivos del Proyecto

Objetivo General de Investigación

Describir el abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas, en la ciudad de Rosario y alrededores.

Objetivos Específicos de Investigación

- Determinar las evaluaciones e instrumentos de valoración utilizados por los terapeutas ocupacionales para el proceso de duelo y la participación en actividades significativas en personas con lesión medular crónica, en la ciudad de Rosario y alrededores.
- Explorar las intervenciones de terapia ocupacional que abordan la relación entre la participación en actividades significativas y el proceso de duelo en esta población, en la ciudad de Rosario y alrededores.
- Identificar los resultados alcanzados y percibidos desde el abordaje de terapia ocupacional de las personas que han trabajado el proceso de duelo y la participación en actividades significativas, en la ciudad de Rosario y alrededores.

Metodología

Tipo de Diseño

El presente estudio adopta un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, seleccionando esta metodología por la naturaleza compleja del fenómeno a investigar. Se escoge la misma ya que, según lo define Hernández Sampieri (2014), la meta de una investigación cualitativa es describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes. Por ello, el objetivo del presente estudio es describir el abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas.

En cuanto a su diseño, la investigación posee un alcance descriptivo no experimental, de corte transversal y de tipo teórico. Este enfoque permitirá identificar y detallar las intervenciones de terapia ocupacional tal como ocurren y se desarrollan en la práctica clínica. Es decir, el alcance descriptivo se selecciona debido a la perspectiva que el investigador pretende dar a su estudio y, además, este enfoque únicamente pretende medir o recoger

información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas, según menciona Hernández Sampieri (2014).

Sujetos Participantes o Muestra

La muestra no probabilística fue seleccionada por conveniencia elegida en función de su accesibilidad y proximidad, es decir, estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso según lo define Battaglia (2008, citado por Hernández Sampieri, 2014). Esta técnica de selección permite obtener una muestra que aunque no es representativa de la población general, es adecuada para explorar en profundidad ciertas experiencias y perspectivas de un grupo particular. Según Hernández Sampieri (2014), la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o propósito del investigador.

La técnica de muestreo utilizada es en cadena o por redes, también llamada “bola de nieve”, según lo define Morgan (2008, citado por Hernández Sampieri, 2014) donde se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar más datos o ampliar la información, y una vez contactados, se incluyen también.

La selección de la muestra se basa en la accesibilidad de los profesionales que cumplen con los criterios de selección definidos a continuación. La misma estará conformada por un total de 10 Terapeutas Ocupacionales, de la ciudad de Rosario y alrededores, y a su vez se contempla que estén disponibles y dispuestos a participar voluntariamente en el estudio. Las terapeutas ocupacionales participantes serán contactadas a través de vía WhatsApp para facilitar la comunicación y coordinación. Durante este contacto, se les proporciona información necesaria y detallada sobre el propósito del estudio y la confidencialidad de su participación.

Criterios de selección

Inclusión:

- Terapeutas ocupacionales que trabajan con la patología de lesión medular.
- Terapeutas ocupacionales que ejerzan su práctica profesional en la ciudad de Rosario y sus alrededores, específicamente en el área de Neurorrehabilitación.
- Terapeutas ocupacionales que posean una experiencia laboral mínima de 5 años en el área de Neurorrehabilitación.

Exclusión:

- Terapeutas ocupacionales cuya práctica se centre exclusivamente en la etapa aguda o subaguda de la lesión medular.
- Terapeutas ocupacionales que, a pesar de trabajar en el campo de la Neurorrehabilitación, no han abordado en su práctica el proceso de duelo en personas con lesión medular.

Recolección de Datos: Instrumento y Técnica

Las preguntas que conforman el instrumento de investigación, corresponden directamente a los indicadores que se pretenden medir. A partir de estos últimos, se seleccionó el instrumento y el tipo de tópicos que se utilizará (Del Cid et al., 2011). Las preguntas abiertas se formulan de tal forma que el entrevistado da la respuesta con sus propias palabras, del modo que él prefiera (Del Cid et al., 2011).

Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario no estructurado autoadministrado de nueve preguntas (Anexo 1), el cual consiste en un conjunto de preguntas abiertas respecto de una o más variables a medir (Sampieri et al., 2014). Se especifica autoadministrado ya que el cuestionario se proporcionará directo a los participantes, las Terapeutas Ocupacionales quienes lo contestan, a través de vía WhatsApp. No se encuentran intermediarios y las respuestas las marcarán y desarrollarán los mismos sujetos.

El instrumento fue elaborado en Google Form, esta es una herramienta gratuita de Google que permite crear encuestas, cuestionarios, documentos y otros formularios web; el mismo se puede usar en un navegador web o en el celular.

La creación del cuestionario fue debido a que no se encontró instrumento de recolección de datos propio de Terapia Ocupacional que pudiera recabar la información que la investigación requiere. Por lo tanto, las preguntas fueron elaboradas por el propio investigador, asegurando su validez de contenido al basarse directamente en el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO), utilizado como marco de referencia teórico, y en los tres objetivos específicos de la investigación, previamente planteados, orientando el contenido del cuestionario a indagar sobre las evaluaciones, intervenciones y resultados percibidos del abordaje de la terapia ocupacional.

El instrumento está compuesto por cinco secciones (S.1 - S.5), es decir, organizadas secuencialmente según el orden en que son presentadas en el formulario (de la 1 a la 5). La S.1 (Sección 1) inicia con dos apartados de caracterización profesional, una de respuesta breve para indicar el lugar de práctica en que trabaja y una de opción múltiple para señalar los años recorridos de ejercicio profesional. La S.2 (Sección 2) hace referencia a la Introducción al tema central, se incluye una subcategoría con una pregunta abierta sobre cómo definen o conceptualizan, cada profesional, el duelo en personas con lesión medular crónica, y una segunda subcategoría que ofrece la opción de casilla de verificación para seleccionar los Marcos y Modelos de referencia de Terapia Ocupacional que utilizan para orientar su práctica. Luego, la S.3 (Sección 3) identificada como la Categoría 1 de *Evaluaciones e Instrumentos de Valoración*, contiene dos subcategorías con preguntas abiertas; la primera indaga sobre las evaluaciones e instrumentos formales utilizados durante el proceso de tratamiento con la población, y la segunda se enfoca en la descripción de instrumentos de evaluación no formales y métodos de observación empleados por los

profesionales. La S.4 (Sección 4) correspondiente a la Categoría 2 sobre *Objetivos e Intervenciones*, comienza con una subcategoría de casilla de verificación con cinco opciones donde deben seleccionar cómo plantean sus objetivos terapéuticos; seguida por la segunda subcategoría que ofrece un texto de respuesta largo para que desarrollen las intervenciones de terapia ocupacional que se implementan. Para finalizar, la S.5 (Sección 5) nombrada Categoría 3 e identificada como *Resultados*, presenta la primera subcategoría donde plantea una pregunta abierta sobre los resultados observados y alcanzados en pacientes que han trabajado el proceso de duelo en terapia ocupacional; luego ofrece una casilla de verificación con cinco opciones relacionadas a los desafíos o limitaciones que enfrentan al abordar esta temática, y por último, concluye con una pregunta abierta, no obligatoria, destinada a que los participantes aporten y compartan puntos relevantes que consideren pertinente sobre el tema de estudio y, además, que no se haya mencionado previamente en el cuestionario.

Protocolo

El instrumento es de carácter autoadministrado y se accede a él mediante un enlace web previamente enviado. La profesional de terapia ocupacional lo completa desde un dispositivo con conexión a internet. Su tiempo estimado de realización es de entre 10 y 15 minutos, se responde una única vez y se guardan las respuestas en línea. Además, las profesionales que acepten participar recibirán un Consentimiento Informado, el cual se explicará en detalle para asegurar su comprensión.

Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto durante el mes de septiembre con dos profesionales de Terapia Ocupacional. A partir de la aplicación de la primera prueba, no se consideró necesaria la realización de modificaciones en el instrumento de recolección de datos, dado

que este demostró ser viable, claro y fácilmente comprensible para los profesionales, además de permitir responder de manera adecuada a los objetivos específicos del estudio.

Por ello, a continuación se procedió con la aplicación final del instrumento al resto de la muestra participante.

Análisis de Datos

Para el análisis de los resultados obtenidos de la muestra, se emplea una metodología de análisis cualitativo de tipo descriptivo. Este enfoque es adecuado para la aproximación e interpretación de las experiencias, percepciones y significados de las terapeutas ocupacionales, asociados tanto al proceso de duelo como a las actividades significativas en personas con lesión medular. Esto permite describir el abordaje del terapeuta ocupacional como objetivo general de la presente investigación.

Dicha aproximación metodológica se guía por el proceso propuesto por Hernández Sampieri (2014), el cual postula que la teoría (hallazgos) irá emergiendo en los datos. Por consiguiente, se trata de un proceso no lineal y que resulta sumamente iterativo (vamos y regresamos); para ello se tiene en cuenta un análisis común en todo estudio cualitativo, generar categorías o temas. El autor señala que el mismo procedimiento marcará lineamientos para el posterior proceso de análisis (Sampieri et al., 2014).

En concordancia con esta teoría, se implementa un proceso de categorización semántica. Éste busca generar categorías o temas que sirvan como criterios de análisis y los mismos estarán alineados directamente con los objetivos específicos de la investigación, previamente planteados.

La categorización propuesta se establece en consonancia con el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (marco teórico planteado), así como en alineación con los objetivos propuestos. La misma nos permite evaluar los resultados del instrumento y analizarlos en pos de nuestros objetivos.

Interpretación de Datos

Categorías de Análisis

Categoría 1: Evaluaciones e Instrumentos de valoración.

Esta categoría se relaciona directamente con el objetivo específico número uno planteado en esta investigación, que busca determinar las evaluaciones e instrumentos de valoración utilizados por los terapeutas ocupacionales para el proceso de duelo y la participación en actividades significativas en personas con lesión medular crónica. Además, se vincula con el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) donde éste menciona que la evaluación ocurre durante la interacción inicial y todas las posteriores con un cliente; a su vez plantea que el proceso de evaluación se centra en averiguar lo que el cliente quiere y necesita hacer; determinar qué puede hacer y qué ha hecho el cliente; e identificar apoyos y barreras para la salud, el bienestar y la participación.

Categoría 2: Objetivos e Intervenciones.

Esta categoría está pensada en relación al objetivo específico número dos de esta investigación, que tiene como fin explorar las intervenciones de terapia ocupacional que abordan la relación entre la participación en actividades significativas y el proceso de duelo en esta población. Así mismo, se asocia con el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) al señalar que, el proceso de intervención consiste en servicios prestados por profesionales de la terapia ocupacional en colaboración con los clientes para facilitar la participación en ocupaciones relacionadas con la salud, el bienestar y el logro de los objetivos establecidos en consonancia con los diversos modelos de prestación de servicios.

Categoría 3: Resultados.

Esta última categoría se relaciona con el objetivo específico número tres de esta investigación, que busca identificar los resultados alcanzados y percibidos desde el abordaje

de terapia ocupacional de las personas que han trabajado el proceso de duelo y la participación en actividades significativas. Del mismo modo, se vincula con el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) donde señala que los resultados surgen del proceso de terapia ocupacional y describen los resultados que los clientes pueden lograr mediante la intervención de la terapia ocupacional. Además, menciona que los mismos son multifacéticos y pueden producirse en todos los aspectos del ámbito de interés.

En conjunto estas categorías tienen como fin llevar a cabo el objetivo general de la presente investigación, que consiste en describir el abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas.

Codificación

La muestra se constituye por diez terapeutas ocupacionales, a las cuales se les asigna una unidad de numeración, codificándolas en M1 a M10, como forma de simplificar la lectura.

En primer lugar se presentará una codificación de las participantes (M1-M10); esta codificación fue llevada a cabo al nombrar a cada una de ellas (terapeuta ocupacional) siguiendo estrictamente el orden cronológico en que fueron completando y respondiendo al cuestionario enviado (de 1 a 10), observando la compilación de respuestas que presenta el formulario de Google.

La información sociodemográfica y profesional utilizada para caracterizar a cada participante se obtiene directamente de la Sección 1 del cuestionario. En dicho apartado, se revelaron datos fundamentales sobre el lugar de práctica profesional y los años recorridos de ejercicio profesional.

Codificación de la muestra

Código y S1 de cada participante:

- Código M1 (muestra 1)
 - Lugar de Práctica Profesional: Cir Aprepa - Somos uno - Pasadizo
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 años
- Código M2 (muestra 2)
 - Lugar de Práctica Profesional: Puentes
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 o más años
- Código M3 (muestra 3)
 - Lugar de Práctica Profesional: Cir Aprepa
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 o más años
- Código M4 (muestra 4)
 - Lugar de Práctica Profesional: Neuro Funes
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 o más años
- Código M5 (muestra 5)
 - Lugar de Práctica Profesional: Centro Integral de Rehabilitación Aprepa
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 años
- Código M6 (muestra 6)
 - Lugar de Práctica Profesional: Aprepa
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 o más años
- Código M7 (muestra 7)
 - Lugar de Práctica Profesional: Aprepa
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 años
- Código M8 (muestra 8)
 - Lugar de Práctica Profesional: Pilares del Rosario - Hospital Italiano de Rosario - Fundación Neurológica de Rosario
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 o más años

- Código M9 (muestra 9)
 - Lugar de Práctica Profesional: Neuro Funes - Residencia 6 Pinos - Residencia Alameda - Atención domiciliaria
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 o más años
- Código M10 (muestra 10)
 - Lugar de Práctica Profesional: Pilares del Rosario - Atención domiciliaria
 - Años recorridos de Ejercicio Profesional: 5 años

Resultados

Presentación y Análisis de Resultados

Para iniciar el análisis de los datos recopilados, se presentan y analizan los resultados de la S.2 (Sección 2) nombrada como Introducción; en ella se comienza el cuestionario con la primera pregunta abierta sobre “Desde su perspectiva profesional, ¿Cómo define o conceptualiza usted el proceso de duelo en una persona con lesión medular crónica?”. Las participantes reflejan respuestas variadas y significativas a su vez, donde la mayoría coincide en aspectos notorios como el proceso individual de la persona, reconstrucción de identidad, emociones y la búsqueda de sentido a la nueva realidad de vida.

M1 refiere que *“(...) Desde mi perspectiva profesional, el duelo en una persona con lesión medular crónica es un proceso individual de adaptación a las pérdidas físicas, funcionales y sociales. Implica reorganizar la vida cotidiana, recuperar autonomía dentro de las posibilidades actuales y encontrar sentido en nuevas formas de participación, siempre respetando su ritmo y ofreciendo acompañamiento integral (...)”*.

M3 expresa que *“(...) Entiendo que es un concepto más relacionado con la psicología, pero podría definirlo como el proceso que lleva adelante la persona que sufre una pérdida o limitación en su capacidad funcional y debe re descubrir la forma de desempeñarse de manera autónoma en la vida diaria (...)”*. M4 menciona que *“(...) Desde TO el duelo en una persona con lesión medular crónica se comprende como el proceso de*

elaborar la pérdida de la vida que tenía y de construir una nueva forma de vivir; adaptándose y encontrando sentido en las actividades y roles posibles en su presente (...)”, M5 señala que “(...) Desde mi perspectiva profesional, el proceso de duelo en una persona con lesión medular crónica implica una reacción adaptativa frente a la pérdida de la funcionalidad física y de las ocupaciones previas que daban sentido y estructura a su vida cotidiana. No se trata únicamente de la aceptación de una limitación corporal, sino de un proceso complejo de reorganización emocional, cognitiva y ocupacional, en el que la persona busca reconstruir su identidad y su proyecto de vida frente a una realidad que cambió de manera significativa. El duelo en este contexto lo entiendo como un proceso no lineal ni necesariamente patológico, sino como una respuesta humana ante la pérdida de la autonomía, los roles previos y la imagen corporal (...)”.

M7 expresa que “(...) Cuando una persona atraviesa por una lesión medular simultáneamente atraviesa un duelo de vida: duelo roles, ocupaciones, vida sexual, sensibilidad, movilidad, funcionalidad, independencia (...)”, y M10 refiere que “(...) El proceso de duelo en una persona con lesión medular crónica es el camino emocional que atraviesa al darse cuenta de los cambios permanentes en su cuerpo y en su forma de vivir. Implica aceptar la pérdida de ciertas funciones, roles o actividades que antes podía hacer, y adaptarse a una nueva realidad. Es un proceso que puede incluir tristeza, enojo, negación, miedo, pero también crecimiento y reconstrucción personal con el tiempo (...)”.

Estas respuestas coinciden con el estudio de la autora Tumbaco (2024) , donde expone que “(...) la pérdida interrumpe significativamente las rutinas y los patrones de ejecución de las actividades diarias, afectando el funcionamiento en áreas cruciales como el autocuidado, el trabajo y la participación social (...)”, y la misma también señala que “(...) el impacto del duelo en la vida diaria afecta el funcionamiento cotidiano de una persona y hay diversas maneras en que puede manifestarse (...)”.

Dentro de los Marcos y Modelos de referencia, el más utilizado es el Marco de Referencia Rehabilitador por el 50% de las participantes (5 participantes; M2, M4, M5, M6 y M7), luego el Modelo de la Ocupación Humana por el 40% de las participantes (4 participantes; M1, M2, M4 y M6), el 30% marcó “No me basó en un Modelo/Marco de referencia específico” (3 participantes; M3, M9 y M10), y por último el Modelo Canadense de Desempeño Ocupacional (M6) y el Marco de Referencia Biomecánico (M7) por el 1% (1 participante cada uno).

Observamos que el marco de referencia más utilizado por las profesionales es el Marco de Referencia Rehabilitador, seguido por el Modelo de la Ocupación Humana y en menor medida se utilizan otros marcos y modelos mencionados.

Categoría 1: *Evaluaciones e Instrumentos de Valoración*

Subcategoría: *Instrumentos Formales de Evaluación*

Para comenzar con el análisis de los datos de esta subcategoría, observamos los resultados de la Sección 3 del cuestionario. Al analizar estos datos, encontramos respuestas variadas; dos de diez terapeutas ocupacionales (M1 y M4), respondieron que aplican evaluaciones integrales que promuevan un abordaje integral enfocadas en el proceso de adaptación funcional y participación en actividades significativas. Una respuesta de ejemplo es la siguiente:

“(...)En mi práctica, abordo el duelo en personas con lesión medular crónica mediante evaluaciones integrales que combinan herramientas formales e informales, enfocadas en su bienestar emocional, adaptación funcional y participación en actividades significativas. Elijo los instrumentos según las necesidades de cada persona, siempre con un enfoque centrado en la ocupación y la participación, promoviendo un acompañamiento gradual y respetuoso de su ritmo (...)” (M1).

La respuesta coincide con la teoría del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA) ya que reconoce al individuo como protagonista de su proceso de rehabilitación, valorando sus perspectivas, necesidades, valores y preferencias. Asimismo, el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (C.M.O.P, 1997) concuerda al mencionar que *“(...) el terapeuta ocupacional no "hace por" la persona, sino que colabora con ella facilitando, guiando, educando y animando (...)”*.

Siguiendo la misma línea, cinco de diez profesionales aplican el FIM (Escala de Medida de Independencia Funcional) y realizan una observación clínica de la persona (M5, M6, M7, M8 y M10). Por último, dos de diez terapeutas (M2 y M9) mencionaron que no aplican instrumentos de evaluación específicos. En este sentido, se relaciona con lo señalado por AOTA (2020) donde especifica que *“(...) la manera exacta en que los profesionales recolectan información del cliente está influenciada por las necesidades del cliente, los entornos de práctica y los marcos de referencia o modelos de práctica (...)”*.

Subcategoría: Preguntas y Métodos de Observación

Al analizar los resultados de dicha categoría, observamos que cuatro de diez terapeutas ocupacionales realizan entrevistas abiertas y observación directa de la persona (M1, M3, M4 y M5). Algunas de ellas refirieron que:

“(...) Observación directa, entrevistas abiertas (...)” (M1)

“(...) Observación del desempeño en actividades significativas y preguntas abiertas que permiten explorar cómo la persona vive los cambios, que emociones aparecen, como se percibe en su nuevo rol y qué estrategias utiliza para afrontar las dificultades (...)” (M4).

“(...) también utilizo entrevista con preguntas abiertas donde el paciente me puede contar un poco de lo sucedido y cómo es que llega al servicio de Terapia Ocupacional (...)”(M5).

Continuando con el análisis de respuestas, se obtuvo que dos de diez profesionales aplican entrevistas abiertas a las familias y amigos (M6 y M7); otras dos de diez profesionales llevan a cabo conversaciones y diálogos individuales con el paciente (M2 y M9). Y la última terapeuta encuestada, respondió:

“(...)Uso herramientas formales. Pero también es necesario recabar información más subjetiva, empleando entrevistas semiestructuradas, más distendidas, que abordan aspectos físicos, emocionales y sociales, como la percepción de su cuerpo, los cambios en sus rutinas, la red de apoyo y sus expectativas de rehabilitación. Además, se utilizó métodos de observación directa para identificar conductas, expresiones emocionales, nivel de participación y estrategias de afrontamiento durante las actividades. Las preguntas se orientan al área sentimental (¿Cómo te sentís desde que ocurrió la lesión? ¿Qué fue lo más difícil de todo este proceso? ¿Qué cosas te ayudan a sobrellevar los días más duros? ¿Hay algo que te genere miedo o incertidumbre respecto al futuro?), social/familiar (¿Con quién vivís actualmente? ¿Recibís ayuda de alguien en tu día a día? ¿Cómo reaccionó tu entorno ante la lesión? ¿Sentís que podés hablar abiertamente de lo que te pasa con tu familia o amigos?), funcional/ocupacional (¿Qué actividades hacías antes de la lesión que te gustaría retomar? ¿Qué cosas podés hacer solo y en cuáles necesitás ayuda? ¿Cómo te sentís al realizar las actividades del tratamiento o la rehabilitación? ¿Qué metas te gustaría alcanzar en este proceso?) Además, empleo observación clínica: expresiones faciales (tristeza, enojo, frustración, motivación). Postura y tono corporal (relajado, tenso, retraído). Nivel de iniciativa o participación en las tareas. Forma de comunicarse y relacionarse conmigo y con otros (...)” (M10).

En este sentido se puede mencionar al antecedente de los autores de Ciencias de la Salud (2018), ya que este artículo señala que para lograr el bienestar y la salud integral el terapeuta ocupacional debe considerar las características individuales de la persona, su estado

afectivo, el manejo del dolor, las adaptaciones en el hogar, el uso de ayudas técnicas, y el contexto y entorno. Por ello, coincide con los resultados de la misma donde expone que “(...) *es de suma importancia tomar en cuenta cada una de las esferas del usuario, y la emocional es la que se encuentra en constante latencia y cambios debidos a los avances de la patología, en relación a la disminución de la funcionalidad en el desempeño de ocupaciones del usuario (...)*”.

Categoría 2: Objetivos e Intervenciones

Subcategoría: Objetivos Terapéuticos

En el análisis de datos de la S.4 (Sección 4) del cuestionario, cinco de diez profesionales (M1, M4, M6, M7 y M10) respondieron: “Se centran en los intereses, valores y necesidades expresadas por el paciente (enfoque centrado en la persona)”, “Priorizan la autonomía y la toma de decisiones del paciente respecto a su vida y ocupaciones futuras”y “Se centran en la adaptación física a las nuevas demandas de las actividades significativas”.

También observamos que tres de diez terapeutas (M2, M5 y M8) coinciden al seleccionar la opción: “Priorizan la autonomía y la toma de decisiones del paciente respecto a su vida y ocupaciones futuras”. M8 agrega a su vez la opción “Otros” y menciona que:

“(...) Igual es una negociación constante, porque a veces el paciente, y sobre todo en la 1er etapa de duelo, le cuesta ser objetivo a él y a la familia. Se asesora sobre la importancia de ciertas intervenciones previas para llegar a sus objetivos, sea caminar, sea lograr sensibilidad, sea pasar a una silla de ruedas. A veces mis objetivos no son los que ellos pretenden. Se charla y "negocia" sobre eso. A veces les cuesta ver los objetivos a corto plazo que necesito trabajar previamente. Pero siempre la premisa está centrada en la persona, en sus posibilidades no solo físicas, sino mentales, económicas, intereses, valores, sociales y demás (...)”.

Lo cual coincide con el antecedente *Terapia ocupacional y los patrones de ejecución durante el duelo* de la autora Tumbaco (2024), al mencionar que “*las actividades ocupacionales cuando son estructuradas y simbólicas y se ajustan a los valores individuales, facilitan una reorganización funcional coherente con las necesidades del paciente y contribuyen a un bienestar emocional sostenido*” y con la AOTA (2020) en el plan de intervención, que está dirigido por los factores personales.

Por último, M3 selecciona: “Priorizan la autonomía y la toma de decisiones del paciente respecto a su vida y ocupaciones futuras” y “Se centran en la adaptación física a las nuevas demandas de las actividades significativas”. Y la terapeuta M9 encuestada marca: “Se centran en los intereses, valores y necesidades expresadas por el paciente (enfoque centrado en la persona)”, éstas se relacionan directamente con el enfoque de la AOTA (2020) al determinar las competencias de la profesión y el proceso de prestación de los servicios de terapia ocupacional, basado en la ocupación, centrado en la persona y sus condiciones únicas.

Subcategoría: Intervenciones implementadas

En los resultados de la Sección 4 de la respectiva categoría, notamos que cinco de diez terapeutas ocupacionales (M1, M4, M7, M9 y M10) responden que sus intervenciones se concentran en fomentar la autonomía, la participación y adaptación, incluyendo actividades de la vida diaria adaptadas, actividades significativas y creativas que promuevan y faciliten la expresión emocional, estrategias de manejo emocional integradas a la ocupación, adaptaciones del entorno y acompañamiento cercano para potenciar la autoeficacia y motivación. Por ejemplo, M10 expresó que:

“(…)Las intervenciones para acompañar el proceso de duelo se centran en favorecer la adaptación y reconstrucción de su proyecto de vida. Las estrategias se centran en: Entrevistas y escucha activa para identificar emociones, pérdidas percibidas y fortalezas

personales; Entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD), promoviendo autonomía y sensación de control de la situación; Reentrenamiento y adaptación de roles ocupacionales, ayudando a redefinir la identidad personal y social; Actividades significativas y creativas, que faciliten la expresión emocional y la conexión con intereses previos; Trabajo con su entorno familiar/social, fomentando redes de apoyo y comprensión del proceso emocional; Formulación de metas realistas, para mantener la motivación y promover el sentido de logro.

En conjunto, estas intervenciones (que se dan de forma simultánea) buscan que la persona logre aceptar los cambios, recuperar confianza en sus capacidades y construir una vida con sentido dentro de su nueva condición (...)”.

En relación a ello, coincide con los resultados de Gómez Acevedo en su antecedente *Revisión basada en la evidencia: Terapia Ocupacional y Lesión Medular* (2016) donde expone que “... el fin de las intervenciones es facilitar la participación plena de las personas con lesiones medulares en sus diferentes áreas de ocupación...”.

Luego, vemos que dos de diez profesionales (M4 y M8) hacen hincapié en la importancia de llevar a cabo el trabajo con estos pacientes de forma interdisciplinaria. Por ejemplo:

“(...) Implemento actividades significativas adaptadas, fomento la autonomía de los pacientes y la expresión emocional. Como ya comenté, es muy importante el trabajo interdisciplinario con Psicología y Kinesiología así como también con fonoaudiología, para acompañar el proceso de duelo y adaptación (...)” (M4).

“(...) Primero, un vínculo terapéutico sólido que no se hace de un momento a otro. Confianza, confidencialidad, empatía, paciencia y objetividad! De ahí en adelante dialogo frecuente sobre sus preocupaciones e incertidumbres. Respeto por los tiempos. Es el día a día. No siempre estará con la misma motivación. Buscar ejercicios y actividades que sean un desafío pero no cosas que lo frustren, tener cintura con eso. Cosas ni tan complejas respecto

a su lesión ni algo que subestime sus aptitudes. Remarcar sus logros por mínimos que sean e ir complejizando las cosas de manera progresiva. Comentar a familiar o cuidador a cargo para que lo continúe entrenando. Y como dije, mucho trabajo interdisciplinario, con fisiatra, psicólogo, psiquiatra, clínicos, kinesiólogo, urólogo, etc. Pedidos de equipamientos, silla de ruedas para ese paciente, adaptaciones para el baño, la casa etc (...)" (M8).

Siguiendo este análisis, las respuestas se encuentran en concordancia con lo propuesto por Consuelo, B. L., Mendoza, D., Montes, M., & Aristizábal, J. C. (2016) en el antecedente nombrado *Factores fisiológicos y psicológicos que influyen en la rehabilitación de las personas con trauma raquímedular*, ya que el estudio señala la importancia de abordar los aspectos físicos y psicológicos de la rehabilitación de la lesión medular de manera integrada para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, los autores exponen que “...se evidencia una necesidad de realizar un abordaje integrado que considere los diversos aspectos en la rehabilitación de las personas con lesión medular...”, de igual forma coincide con Aravena, J. M., (2017) en “...la depresión ejerce un impacto clínico y psicosocial significativo sobre la funcionalidad, lo que demuestra la necesidad de un abordaje integral de dicha condición ...”.

Continuando, dos de diez terapeutas (M6 y M8) responden que desarrollan la aplicación de refuerzos positivos de los pequeños o grandes logros. Por ejemplo, M6 refirió que: “(...) Refuerzos positivos de sus pequeños o grandes logros, brindar tareas o actividades adecuadas a cada paciente, no todas para todos (...)”.

Finalizando con las respuestas de esta sección, las participantes M7, M8, M9 y M10 expresan como relevante realizar diálogos frecuentes sobre preocupaciones e incertidumbres. Por ejemplo, M7 mencionó que “(...) Trato de centrarnos en lo que se tiene, en lo que se puede. Se busca mucho la independencia con adaptaciones y con lo funcional. Se busca conversar con personas que ya hayan pasado alguna lesión medular similar (me refiero a la

altura) (...)”. M9 refirió que “(...) *Brindar apoyo desde el diálogo, escucha, sugiriendo adaptación de rutinas y ocupaciones a la nueva realidad del pte (...)*”, y ambas respuestas se relacionan con la teoría del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (C.M.O.P, 1997) donde se expone:

Promueve ver a la persona primero con sus complejidades, sentimientos y esperanzas. Al centrarse en las capacidades inherentes y en la facilitación de ocupaciones que les devuelvan un sentido de control y propósito, el terapeuta ocupacional ayuda a reconstruir la autoimagen y el valor del paciente en esta nueva etapa de su vida.

Categoría 3: Resultados

Subcategoría: Resultados alcanzados

Para la recopilación de datos bajo este precepto, se analiza la S.5 (Sección 5) del cuestionario. Como resultado, se obtuvo que cinco de diez profesionales (M1, M2, M4, M5 y M10) respondieron que los pacientes muestran una mejora en la adaptación a su nueva realidad, mejor manejo emocional, mayor motivación y confianza en sus capacidades y mayor autonomía en las AVD, como también mayor participación en actividades significativas. Algunos ejemplos de respuestas son:

“(...) Desde mi experiencia, los pacientes con lesión medular que trabajan el duelo en terapia ocupacional suelen mostrar mejora en la adaptación a su nueva realidad, mayor autonomía en las actividades de la vida diaria, y un incremento en la participación en roles sociales y ocupacionales significativos. También se observa mejor manejo emocional, mayor motivación y confianza en sus capacidades, lo que contribuye a un sentido renovado de control y bienestar en su vida cotidiana (...)” (M1).

“(...) Los pacientes muestran mayor aceptación, mejor manejo emocional y mayor participación en actividades significativas (...)” (M4).

“(...)Cuando comienzan a aprender, entrenar, aplicar las estrategias y ver resultados de una posible autonomía su perspectiva ante su nueva situación cambia (...)” (M5).

Las mismas respuestas de las profesionales se relacionan con la teoría de la AOTA donde se expone: Los resultados están directamente relacionados con las intervenciones realizadas y con las ocupaciones seleccionadas, las pautas de rendimiento, las aptitudes de ejecución, los factores del cliente y los contextos. Los mismos pueden atribuirse a la mejora en áreas del dominio, como las habilidades de desempeño y los factores del cliente, pero en última instancia deben ser reflejados en la capacidad de los clientes para dedicarse a las ocupaciones deseadas (AOTA, 2020).

M10 incluyó *“(...) Desde mi experiencia, he observado resultados positivos desde distintos aspectos. A nivel emocional, muestran una mayor aceptación de su nueva condición, reducción de la ansiedad y del sentimiento de frustración, y una actitud más activa frente a la rehabilitación. Desde el plano funcional, se evidencia un aumento de la independencia en las actividades de la vida diaria y una mejor disposición para aprender estrategias de adaptación. Asimismo, se observa una reconstrucción del sentido de identidad y de los roles ocupacionales, mayor participación social y un fortalecimiento de la autoestima. En conjunto, estos resultados reflejan una mejor calidad de vida y una integración más plena a su entorno. El proceso de duelo no se desarrolla de forma lineal, ya que las etapas o reacciones emocionales no siguen un orden ni se presentan una sola vez. Las personas pueden experimentar avances y retrocesos a lo largo del tiempo, dependiendo de factores personales, emocionales y contextuales. Cada individuo transita su proceso de adaptación de manera única, con momentos de aceptación y otros de dificultad (...)”.*

Manteniendo esta línea y en acuerdo con los testimonios planteados, éstos también coinciden con la autora Sánchez Rey, I. M. (2016) al resaltar la importancia y la complejidad de la adaptación psicológica a la lesión medular, expone que *“...a pesar de los avances en*

medicina y esperanza de vida para estos pacientes, la estabilidad psicológica es determinante para su calidad de vida y la de su entorno ...”.

Las participantes M7, M8 y M9 indican que han observado la “mejora” del FIM inicial, y coinciden al aportar que, como todo duelo se necesita de tiempo y paciencia.

M7 mencionó que *“(…) Desde mi experiencia profesional, se trabaja mucho interdisciplinariamente. La TO siempre buscando la independencia, la funcionalidad, la “mejora” de ese FIM inicial. Con mucha paciencia, entrega, empatía y entrenamiento (…), lo cual coincide con el proceso de terapia ocupacional planteado por la AOTA (2020) en relación a los resultados, donde se menciona que “... deben medirse con los mismos métodos utilizados en la evaluación y determinarse mediante la comparación del estado del cliente en la evaluación con el estado del cliente al momento del alta o la transición...”.*

M8 agregó *“(…) En general, además de nuestras intervenciones, como todo duelo necesita de tiempo. Y de sus etapas. La negación, enojo, tristeza y aceptación. La mayoría con el tiempo lo ha “aceptado” o por lo menos aprendió a convivir con su nueva realidad (…).”.*

Continuando con el análisis, observamos una relación más con lo expuesto por Sánchez Rey, I. M. (2016) ya que dos de diez terapeutas ocupacionales (M6 y M10) también coinciden al referir que dicho proceso no se desarrolla de forma lineal, ya que las etapas o reacciones emocionales no siguen un orden ni se presentan una sola vez, y que las personas pueden experimentar avances y retrocesos, altos y bajos, con logros y frustraciones a lo largo del tiempo; M6 expone que *“(…) Es un proceso espiralado con altos y bajos, con logros y frustraciones. Mi intervención es diaria ya que me permite acompañar mucho más de cerca todas las instancias (…).”.*

Subcategoría: Desafíos y Limitaciones

Dentro de los mayores desafíos y limitaciones de este abordaje, considerados por los profesionales, el más seleccionado es “Falta de apoyo o contención familiar y social para el paciente” por el 50% de las participantes (5 participantes), luego se seleccionó “Falta de formación específica en el proceso de duelo” por el 40% de las participantes (4 participantes), el 30% marcó “Falta de coordinación de equipo interdisciplinario”, y por último “Escaso tiempo de sesión” por el 1% (1 participante).

Durante esta selección, a su vez M7 selecciona la opción “Otros” y expresa que “(...) *Hay muy poca información sobre la sexualidad en lesionados medulares (...)*”, M9 también indica “Otros” y aporta “(...) *Sobre todo apoyo social (...)*”, y continuando, la participante M2 indica “Otros” y refiere que “(...) *Falta de oportunidades para volver a participar de actividades significativas, ya sea por limitaciones ambientales o económicas (...)*”.

En este sentido, y analizando los testimonios postulados, se puede mencionar la relación con los autores González Echeverría, Luís, Price, Yocelyn, & Muñoz, Luz Angélica (2011) donde determinaron el nivel de incertidumbre en personas con lesión medular y establecieron esta asociación con características sociodemográficas; coincide con la misma ya que destacaron la importancia de la coherencia entre las expectativas y la realidad de la vida con discapacidad, especialmente en relación con el apoyo percibido del sistema de salud y el entorno social. Por ello, coincide con los autores donde expresan que “...*la incertidumbre, influenciada por el conocimiento sobre la condición y el apoyo social, es un componente central de la adaptación a la discapacidad, y puede estar intrínsecamente ligada al proceso de duelo de esta población ...*”.

Subcategoría: Aportes relevantes al tema de estudio (No Obligatoria)

En relación a la última pregunta abierta del cuestionario, de la S.5 (Sección 5) y no obligatoria, se obtuvo la respuesta de seis de diez terapeutas ocupacionales (M1, M3, M5, M6, M8 y M10).

Algunos ejemplos de las siguientes son; M1 expresa “... *“Sí. Considero relevante destacar que el duelo en personas con lesión medular es un proceso dinámico y no lineal, que puede reaparecer ante cambios en la salud, el entorno o la rutina. Por ello, el abordaje debe ser flexible y continuo, integrando estrategias ocupacionales, emocionales y sociales, y promoviendo siempre la participación activa de la persona en decisiones sobre su vida y sus actividades. Además, el trabajo en red interdisciplinaria y el apoyo familiar son clave para favorecer la adaptación y la calidad de vida a largo plazo ...”*”; M3 señala que “... *Como TO hago hincapié en los desafíos relacionados con la autonomía, la accesibilidad y la participación ocupacional ...”*”; M5 menciona que “... *Es fundamental reconocer el rol activo de la persona en su propio proceso de rehabilitación, promoviendo la participación en la toma de decisiones, la autodeterminación y la recuperación del sentido de control sobre su vida. Desde la Terapia Ocupacional, se busca no solo recuperar habilidades funcionales, sino favorecer la reconstrucción del proyecto ocupacional y la identidad personal, acompañando el proceso de duelo desde una mirada integral, centrada en la persona y en sus significados...*”; M6 refiere que “... *Lo que evaluó en la mayoría de los LM es su desempeño en la función interpersonal, particularmente encuentros sexuales. Tema muy tabú de abordaje profesional pero vital para la rehabilitación óptima, ya que la mayoría son pacientes jóvenes ...”*”; M8 expresa “... *Sexualidad...*” y M10 señala que “... *Un aspecto que considero importante abordar, y que a menudo se pasa por alto, es la sexualidad en las personas con lesión medular. La sexualidad forma parte esencial de la identidad, la autoestima y las relaciones interpersonales, por lo que también se ve afectada tras la lesión. Desde la terapia ocupacional, es fundamental brindar un espacio seguro para hablar del tema, reconocer los cambios físicos y emocionales que pueden influir en la vivencia sexual, y acompañar a la persona en la búsqueda de nuevas formas de intimidad y expresión afectiva. Abordar la sexualidad de manera abierta y respetuosa favorece la aceptación corporal, la*

reconstrucción de la identidad y el fortalecimiento de los vínculos, contribuyendo así al proceso de duelo y a una mejor calidad de vida. Por suerte, hay cada vez más recursos para acceder como profesionales para formarnos, y para pacientes ...”.

Estos últimos aportes relevantes y significativos de las profesionales, se relacionan con lo expuesto por la AOTA (2020) “(...) *la terapia ocupacional, al analizar y trabajar en la reconstrucción de patrones de desempeño significativos, puede apoyar al cliente en la creación de nuevas rutinas y roles que faciliten la integración de la nueva realidad (...)*”.

Conclusión

El objetivo planteado de la presente investigación es describir el abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas.

Siguiendo con los objetivos específicos, los resultados reflejan y demuestran que los profesionales siguen y respetan la línea del proceso de Terapia Ocupacional definido por la AOTA (2020), evidenciando cada una de sus etapas.

Respecto a la determinación de las evaluaciones e instrumentos de valoración, se determinó su utilización para el proceso de duelo y la participación en actividades significativas. Si bien se emplean instrumentos formales, la investigación reveló que una mayoría de los profesionales también utiliza herramientas no formales, destacándose el uso de entrevistas abiertas, la observación clínica directa y diálogos y conversaciones individuales como métodos claves para la recolección de información de estos pacientes.

En cuanto a las intervenciones de terapia ocupacional, se exploró la manera en que los profesionales abordan el duelo y la participación en esta población, donde la mayoría de las terapeutas afirma que los objetivos terapéuticos que plantean, para llevar a cabo las mismas, se centran en priorizar la autonomía y la toma de decisiones del paciente respecto a su vida y ocupaciones futuras, siempre con un énfasis centrado en la persona. Siguiendo la

línea y haciendo hincapié en las propias intervenciones, los profesionales lograron describir que desarrollan, junto al paciente, diversas estrategias como la escucha activa para identificar posibles factores (emocionales, pérdidas percibidas y fortalezas personales), entrenamientos en actividades de la vida diaria (AVD); reentrenamiento y adaptaciones de roles ocupacionales para ayudar a redefinir la identidad personal y social de ellos mismos; actividades significativas y creativas; y estrategias de manejo y expresión emocional. También se destaca que la mayoría de las terapeutas ocupacionales resalta la importancia del trabajo en equipo, de forma interdisciplinaria con kinesiólogos, psicólogos, psiquiatras y fonoaudiólogos.

Por otra parte, se identificaron los resultados alcanzados de esta población tras el abordaje de terapia ocupacional, donde enfatizan en la mejora de las evaluaciones iniciales, una mejor adaptación a la nueva realidad, mayor manejo emocional, incremento en la motivación, confianza en las capacidades, y una mayor autonomía y participación en actividades significativas.

Como conclusión, se puede afirmar que las profesionales de terapia ocupacional lograron describir y mencionar las etapas del abordaje de terapia ocupacional para abordar el proceso de duelo de la vida anterior con esta población. Si bien se observó una disparidad en la profundidad de las descripciones proporcionadas por las participantes, algunas de ellas demostraron una fundamentación más rigurosa que otras, todas las profesionales lograron percibir y dar cuenta de la importancia intrínseca de cada etapa de este proceso y abordaje de la misma.

Además, es relevante mencionar y tener presente los desafíos y limitaciones, en cuanto al abordaje en esta área, que indicaron las profesionales. La mitad de las terapeutas ocupacionales enfatiza “Falta de apoyo o contención familiar y social para el paciente”

seguido por “Falta de formación específica en el proceso de duelo”, siendo aspectos importantes a considerar.

Por lo anterior expuesto, se considera que los resultados de esta investigación tienen el potencial de evidenciar y formalizar aún más la práctica diaria de los terapeutas ocupacionales, otorgando valor y rigurosidad al trabajo realizado, y contribuyendo a optimizar la calidad de vida de esta población. Se destaca la necesidad de que la profesión continúe adquiriendo nuevos conocimientos, y visibilizar la práctica y el futuro de la Terapia Ocupacional.

Finalmente, una limitación significativa para la presente investigación fue la escasez de estudios anteriores que abordan temas referidos al duelo en pacientes, ya que dificultó la contextualización y comparación dentro del encuadre del tratamiento de terapia ocupacional.

Discusión

Luego de realizar el análisis de datos y la conclusión de la investigación, teniendo en cuenta el marco, el modelo teórico y los antecedentes, han surgido diversos tópicos sobre los que se pretende discutir a continuación.

En primer lugar, se evidencia que los resultados de la investigación lograron responder a los objetivos específicos planteados, confirmando notable interés profesional en la exploración y formalización del abordaje de Terapia Ocupacional. Esta convergencia demuestra la importancia intrínseca de reconocer el duelo como un factor relevante de la práctica, donde el terapeuta ocupacional puede indagar e intervenir efectivamente con el paciente.

Si bien se evidencia que los terapeutas ocupacionales conocen y aplican el Proceso de Terapia Ocupacional definido por la AOTA, una observación crítica surge al analizar las respuestas, algunos profesionales ofrecieron descripciones de respuestas escuetas que no lograron enriquecer el detalle requerido por la investigación.

Esta disparidad se hizo particularmente notoria en la categoría de Evaluaciones e Instrumentos de Valoración. La minoría de las profesionales expresó la utilización de evaluaciones estandarizadas, tanto en la etapa inicial como para la medición de los resultados. Esta inclinación hacia las herramientas no formales, si bien es coherente con el enfoque centrado en la persona, podría estar obstaculizando la objetividad y la rigurosidad necesarias para una práctica clínica. Es fundamental recordar que la AOTA (2020) señala la importancia de las herramientas estandarizadas y objetivas para sustentar la efectividad de los tratamientos y asegurar una estandarización mínima y general en la práctica profesional. Por lo tanto, se identifica una necesidad crítica de integrar herramientas objetivas sin perder la calidad humanista del proceso.

Para finalizar, se espera que esta investigación sirva como un punto de partida para futuras líneas de investigación. Se requiere profundizar en los temas abordados, formalizando protocolos de intervención y validando la efectividad de las prácticas actuales. Asimismo, el presente estudio invita a la apertura de nuevas rutas de investigación sobre los interrogantes que surgieron a lo largo del trabajo (como la sexualidad en las personas con lesión medular) y a una constante reflexión e interpelación de la propia práctica profesional.

Plan de Trabajo y Cronograma

Actividades	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Revisión bibliográfica y antecedentes de investigación	X	X	X	X	X	X	X	X
Formulación de la pregunta problema		X						

Elaboración y revisión de marco teórico		X	X	X				
Objetivos			X	X	X			
Selección de muestra						X		
Selección de instrumento						X		
Prueba piloto						X	X	
Recolección de datos							X	
Resultados y análisis de datos								X
Conclusión y Discusión								X

Recursos y Presupuesto

La presente investigación se desarrolló sin requerir un presupuesto específico, y no implicó gastos significativos.

Los recursos utilizados fueron los siguientes:

- Bibliografía científica disponible en repositorios académicos gratuitos y fuentes abiertas.
- Conexión a internet (\$40.000) para acceso a las fuentes, tareas de redacción y análisis.

El único gasto asociado fue el uso de servicio de internet domiciliario, necesario para la búsqueda bibliográfica y redacción del presente estudio.

Referencias bibliográficas

- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Aravena, J. M. (2017). Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, vol.55 (4),255-265.https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400255 <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400255>
- Consuelo, B. L., Mendoza, D., Montes, M., & Aristizábal, J. C. (2016). Factores fisiológicos y psicológicos que influyen en la rehabilitación de las personas con trauma raquimedular. *Revista Psychologia: Avances de la Disciplina*, vol.10 (1), 47-52. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862016000100005
- Del Cid, A., Méndez, R., & Sandoval, F. (2011). Investigación. Fundamentos y metodología (segunda edición). Pearson Educación de México.
- De Ciencias de la Salud, U. S. S. F., & Rosario, C. D. (2018). *La importancia del tratamiento desde la terapia ocupacional en las esferas física y socioemocional del adulto mayor diagnosticado con artritis reumatoide*. [Tesis de grado, Universidad San Sebastián]. Repositorio USS. <https://repositorio.uss.cl/handle/uss/745>
- García Parajuá, P. (2016). Psicopatología en pacientes con lesión medular. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI(2), 1-9. https://psicociencias.org/pdf_noticias/PP_y_lesion_medular.pdf
- Gómez Acevedo, M. (2016). *Revisión basada en la evidencia: terapia ocupacional y lesión medular*. [Trabajo de fin de grado., Universidade Da Coruña].

https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17380/Gomez_Marta_TFG_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y

González Echeverría, Luís, Price, Yocelyn, & Muñoz, Luz Angélica. (2011). Vivencia de discapacidad por traumatismo de la médula espinal y el proceso de rehabilitación. *Ciencia y enfermería*, 17(1), 81-94.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100009>

Lopera, J. (s.f.). El duelo en el sujeto con lesión medular. Psicólogo y Magíster en filosofía, docente de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga Colombia.

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/e46aa800-899f-4a76-862c-90f0e470c8cd/content>

Polonio López, B., & Romero Ayuso, D. M. (2010). Lesiones de la médula espinal. En *Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido* (pp. 47-64). Editorial Médica Panamericana. PEUL.

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). Metodología de la investigación (6a edición). McGraw-Hill Education.

Sánchez Rey, I. M. (2016). *Estudio bibliométrico descriptivo sobre aspectos psicológicos del lesionado medular* [Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad Católica de Murcia (UCAM)].

<https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2120/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Simó Algado, S., & Urbanowski, R. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG, (3). ISSN 1885-527X.

<https://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>

Tumbaco, Q. (2024). *Terapia ocupacional y los patrones de ejecución durante el duelo* [Tesis de grado, UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ].

<https://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/123456789/6522/1/ULEAM-TO-0122.pdf>

World Federation of Occupational Therapists. (2024, 1 julio). *About occupational therapy*.

WFOT. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

World Health Organization: WHO. (2024, 16 abril). *Lesión de la médula espinal*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

Anexo I: Instrumento de Recolección de Datos

Link de Acceso:

<https://docs.google.com/forms/d/1LSw3KQc2e30cZt6XoKgNOC5lqedTmf1BaF9vvVXTG8/edit>

Consentimiento Informado.

Usted ha sido invitada/o a participar en una investigación cuyo objetivo es conocer el abordaje del Terapeuta Ocupacional en el período crónico de personas con lesión medular, centrado en el proceso de duelo por la pérdida de su vida anterior y sus actividades significativas.

La participación es voluntaria, anónima y confidencial. Puede retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión. Los datos recopilados se utilizarán exclusivamente con los fines académicos de conformar el trabajo final de Tesis, perteneciente a la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario.

Lugar de Práctica Profesional:

Años recorridos de Ejercicio Profesional:

- 5 años
- 5 o más años

El papel que desempeña el terapeuta ocupacional en este modelo es el de asesor especializado que conoce una serie de métodos, técnicas, procedimientos, herramientas, recursos, que pueden facilitar a la persona la resolución del problema funcional que padece (MCDO, 1997).

1. “Desde su perspectiva profesional, ¿Cómo define o conceptualiza usted el proceso de duelo en una persona con lesión medular crónica?”

2. “¿Qué Modelo o Marco de referencia de la Terapia Ocupacional utiliza para orientar su práctica y su abordaje en el proceso de duelo de personas con lesión medular?”

- Modelo de la Ocupación Humana (MOHO)
- Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO)
- Marco de Referencia Biomecánico
- Marco de Referencia Rehabilitador
- No me baso en un Modelo/Marco específico
- Otro (Especifique)

Las siguientes preguntas se alinean con el primer objetivo específico de la investigación, buscando determinar las evaluaciones e instrumentos de valoración utilizados por los terapeutas ocupacionales.

3. "¿Qué métodos o instrumentos de evaluación utiliza usted durante el proceso de tratamiento para abordar el duelo con esta población?"

4. "Si no utiliza herramientas formales, ¿Qué tipo de preguntas o métodos de observación emplea para recabar esta información?"

El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO) tiene una visión holística del individuo, el cual considera formado por cuatro componentes que no se pueden separar: físico, psíquico, sociocultural y espiritual (MCDO, 1997).

A continuación, se presentan las preguntas relacionadas con el segundo objetivo específico de la investigación, con el fin de recabar información pertinente sobre las intervenciones de terapia ocupacional que abordan la relación entre la participación en actividades significativas y el proceso de duelo en esta población.

5. “Cuando aborda el proceso de duelo con un paciente, ¿Cómo suele plantear los objetivos terapéuticos?”

- Se centran en los intereses, valores y necesidades expresadas por el paciente (enfoque centrado en la persona).
- Se redactan para ser medibles y observables (siguiendo criterios como el método SMART u otros)
- Priorizan la autonomía y la toma de decisiones del paciente respecto a su vida y ocupaciones futuras
- Se centran en la adaptación física a las nuevas demandas de las actividades significativas
- Otro (Especifique)

6. “¿Podría describir las intervenciones de terapia ocupacional que usted implementa para apoyar a sus pacientes en el proceso de duelo?”

Las últimas preguntas del cuestionario tienen como finalidad satisfacer el tercer y último objetivo específico del proyecto: identificar los resultados logrados y percibidos tras la intervención de terapia ocupacional con dichos pacientes.

7. “Desde su experiencia, ¿Qué resultados ha observado en los pacientes que han trabajado el proceso de duelo en terapia ocupacional?”

8. “De la siguiente lista, ¿Cuáles considera que son los mayores desafíos o limitaciones que enfrenta al abordar el duelo en su práctica con personas con lesión medular crónica?”

- Falta de formación específica en el proceso de duelo
- Escaso tiempo de sesión
- Falta de coordinación de equipo interdisciplinario
- Falta de apoyo o contención familiar y social para el paciente
- Otros (Especifique)

9. “¿Existe algún otro punto relevante sobre el abordaje del duelo o la lesión medular que no haya sido abordado en este cuestionario y que le gustaría aportar o compartir?”