

**INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE**

**INCIDENCIA DE LA FALTA DE UNA RED DE
REHABILITACIÓN DONDE DERIVAR PACIENTES EN UN
CENTRO DE MONTEVIDEO**

Trabajo Final de Grado presentado a la
asignatura Taller de Proyecto Final II.

Docente: Nicolás Raffo

EDUARDO SAN JULIÁN

MONTEVIDEO

Febrero 2020

Declaración de Autoría:

Yo, Eduardo San Julián (4.498046-2) declaro que soy el autor de este trabajo en su totalidad, que fue realizado a modo de egreso para la Licenciatura de Educación Física, Recreación y Deporte en la asignatura Taller de proyecto final II.

Debo mencionar que todo lo desarrollado en esta investigación es de mi pertenecer, y de no ser así fue citado el autor correspondiente. Sin más aclaraciones que agregar.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eduardo San Julián', written in a cursive style.

Eduardo San Julián

4.498046-2

Índice

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 Trabajo por competencias	7
2. ENCUADRE TEÓRICO	8
2.1 Salud	8
2.2 Discapacidad	10
2.3 Poblaciones especiales	12
2.4 Rehabilitación	13
2.5 Red interinstitucional de rehabilitación	15
2.6 Actividad física adaptada	16
3. EL CASO EN ESTUDIO.....	18
4. PROPUESTA METODOLÓGICA	20
4.1 Modelo de investigación	20
4.2 Estudio de caso	21
4.3 Universo de estudio	22
4.4 Preguntas de investigación:.....	23
4.5 Fases de estudio e instrumentos de recolección de datos.....	23
5. ANÁLISIS DE DATOS.....	27
6. CONCLUSIONES GENERALES.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	40
Anexo I - Informe de aproximación diagnóstica	II
Anexo II - Propuesta de mejora	XXII
Anexo III - Actas	XXXV

RESUMEN

El siguiente proceso de investigación se presentó en el Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes (IUACJ), con el fin de culminar la Licenciatura de Educación física Recreación y deporte con éxito.

La investigación se realizó para las asignaturas de Taller de Proyecto final 1 y Taller de Proyecto Final 2. El tema de estudio fue la incidencia de la falta de espacios donde referir pacientes en un centro de rehabilitación de Montevideo en el barrio de Carrasco.

El estudio consistió en varias etapas, el primer paso fue hacer una aproximación diagnóstica para conocer la institución a fondo y poder establecer el problema de estudio. En esta etapa se utilizaron encuestas y entrevistas como herramienta de recolección de datos y formó parte del primer semestre de la asignatura Proyecto Final I.

Luego de la aproximación y la comprensión del problema se dio comienzo a la segunda parte del trabajo la cual fue la elaboración de un plan de mejora. Se comenzó a elaborar con el fin de dar una solución al problema encontrado en el primer semestre y dentro del marco de la asignatura Proyecto Final II.

El último paso es la presentación de este trabajo final de grado, el mismo que incluye la aproximación, la propuesta de mejora, un marco teórico más profundo que sustente el trabajo y las respuestas a las preguntas de investigación.

La metodología utilizada para la investigación fue cualitativa.

Luego del largo proceso de investigación y haber realizado un plan de mejora palpable y dentro de las posibilidades del centro, se llegó a distintas conclusiones que se plantean más adelante y que le dan un cierre al trabajo final de grado.

Palabras clave: Rehabilitación, Salud, Red interinstitucional.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una investigación llevada a cabo en un centro de rehabilitación en el barrio Carrasco de la ciudad de Montevideo. El mismo es presentado para el Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes (IUACJ) para la licenciatura en educación física recreación y deporte.

La primera instancia del proceso fue una visita a la institución donde se pudo dialogar con la médica referente del centro. En este intercambio se le explicó de qué se trataba el trabajo y dentro de qué marco se encontraba éste. Así mismo, se dialogó sobre los objetivos del trabajo y la intervención que se haría en el centro, consistiendo en intentar identificar un problema o debilidad que tuviera la institución, para comprenderlo según las diferentes miradas de los actores y luego armar un plan de mejora para abordar dicho problema y además se explicitó la forma en que se procedería a lo largo del proceso.

Para comenzar la intervención se tuvo que presentar una carta de autorización para ingresar al centro como estudiantes del IUACJ.

La información de la entrevista fue desgravada y analizada posteriormente mediante una matriz exploratoria. A partir de este análisis se identificaron las dificultades, fortalezas y problemas asociados al trayecto de salud. En base a estos datos, se decide como problema central y eje de esta investigación la dificultad que gira en torno a no disponer de una red de rehabilitación donde derivar los pacientes del centro, una vez que han culminado su etapa allí.

Al finalizar esta etapa, se realizó el anteproyecto donde se definieron las preguntas de la investigación, que guiaron el proceso y se seleccionaron las técnicas de recolección de datos a utilizar.

Preguntas establecidas:

- ¿Cómo condiciona la falta de espacios a donde derivar pacientes en la calidad del servicio que brinda el Centro?
- ¿Cuáles son los espacios actuales con los que cuenta la institución para derivar pacientes?
- ¿Cómo afecta esta falta de espacios a los usuarios?

Establecidas las preguntas, se decidió utilizar una metodología de trabajo cualitativa para dar respuestas a las preguntas de investigación. Se pasó a realizar la primera recolección

de datos a través de tres nuevas entrevistas que se realizaron a una médica, una profesora de educación física y a una asistente social.

El paso siguiente fue desgravar las entrevistas y analizarlas mediante una matriz y un modelo de análisis donde se pudo organizar la información en cuatro grandes dimensiones: organizativa, administrativa, pedagógica y comunitaria.

Luego de todo este proceso se obtuvo el modelo de análisis final el cual permitió identificar que la dimensión más afectada era la administrativa, los actores involucrados fueron: la dirección, los funcionarios y los usuarios, siendo los factores causales los siguientes:

1. Formas actuales de coordinación
2. Falta de coordinación interinstitucional
3. Falta de personal.

Finalizada y analizada la primera recolección de datos se prosiguió a la segunda colecta. La misma consistió en la elaboración de una encuesta de 15 preguntas múltiple opción y fue aplicada a 36 usuarios del centro con el objetivo de seguir recabando información para dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas anteriormente. Esta vez, para conocer la perspectiva de los usuarios y de cómo se ven afectados estos por las problemáticas de la institución.

La información obtenida fue analizada pasando por el mismo proceso que en la primera recolección de datos (modelo de análisis).

Como resultado se obtuvo que la dimensión más afectada fue la comunitaria, involucrando a la familia y a los usuarios como actores principales y obteniendo como factores causales:

1. Desconocimiento de otras instituciones de rehabilitación
2. Falta de instituciones de rehabilitación
3. Exceso en el tiempo de permanencia dentro de la institución.

Una vez culminada la etapa de elaboración de los modelos de análisis, se realizó el modelo de análisis final, donde se vincularon los dos modelos obtenidos previamente permitiéndonos ver que las dimensiones más implicadas eran la administrativa y la comunitaria y los factores causales los siguientes:

1. Falta y forma de coordinación interinstitucional
2. Falta y desconocimiento de otras instituciones de rehabilitación
3. Falta de personal
4. Exceso de tiempo de permanencia dentro de la institución.

Con la etapa de aproximación diagnóstica terminada y aprobada se dio paso a la segunda parte del año, la cual abarcó los meses de agosto a noviembre.

En esta parte del trabajo se presentó ante la institución un cuadro de síntesis de aproximación diagnóstica, planteando la posibilidad de elaborar conjuntamente (investigador-centro) un plan de mejora que dé respuesta y solución a la problemática. Se realizaron reuniones con el equipo del centro con este propósito. Se establecieron objetivos, metas y actividades con un cronograma para poder realizar el plan. (Ver Anexo 2)

Por último, se da a conocer el análisis de datos obtenido durante el proceso de investigación y se da respuesta a las preguntas planteadas en la primera etapa del trabajo. Se realizan conclusiones finales donde se resume todo lo abordado en el proceso de trabajo.

1.1 Trabajo por competencias

Las competencias que se tuvieron en cuenta son las establecidas por el área de Proyectos Académicos del IUACJ para la asignatura Taller de Proyecto Final 2, estas establecen:

1. Utilizar lenguaje como herramienta de producción científica y académica
2. Estrategias de autogestión del conocimiento y búsqueda permanente de la calidad profesional, trabajo en equipo, trabajar en diferentes áreas y manifestar iniciativa.

Considero que el trabajo en conjunto con la institución fue determinante para todas las etapas del trabajo, desde conocer la institución para identificar el problema como también para la elaboración del plan de mejora. Cabe destacar que la disposición de los referentes de la institución a colaborar por el proyecto fue siempre la mejor lo cual facilitó la dinámica del trabajo.

En cuanto a las estrategias de autogestión se tuvo que definir y tomar las decisiones que se consideraron pertinentes para la construcción del plan. También con la ayuda de la institución y del tutor para buscar siempre una mejora en el funcionamiento del centro y de sus profesionales.

2. ENCUADRE TEÓRICO

En el siguiente apartado se encuentran los conceptos que se consideran claves para que el lector comprenda el proyecto de estudio. Estos son: Salud, Discapacidad, Poblaciones Especiales, Rehabilitación, la Actividad Física, Red de rehabilitación, Educación física y por último la Actividad Física Adaptada (AFA). Estos conceptos que se definirán a continuación se conectan entre sí y es muy importante tener claro desde qué paradigmas nos posicionamos para entender la finalidad del estudio, así como también el trabajo que lleva este centro día a día.

2.1 Salud

Primero se decidió comenzar con conceptos más amplios para luego ir llegando a los más concretos. Se dio la necesidad de acudir a este, para que el lector entienda que este concepto es mucho más amplio al de estar bien “físicamente” como muchas personas creen.

Según la OMS (1948) la salud es: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Si bien esta definición se mantuvo durante muchos años, los órganos internacionales tuvieron que reunirse en 1978 en la conferencia Internacional de Alma – Ata con la necesidad de una acción urgente de los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

En este caso el objetivo de la conferencia no fue buscar una nueva definición de salud pero si hacer conciencia y poner como prioridad la salud como un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Fue el primer gran llamado de atención internacional para tomar conciencia de la situación de desigualdad a nivel mundial para los países en desarrollo y un llamado de solidaridad y de colaboración a los países desarrollados apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero a los países más carenciados.

Más adelante se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud reunida en Ottawa en 1986 donde se emite la carta dirigida a la consecución del

objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia fue, ante todo, una **respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud en el mundo**. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que involucran a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados tras la Conferencia de Alma-Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud.

La carta conceptualiza la salud de la siguiente manera: "La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas, por lo que este concepto trasciende al sector sanitario" (Carta de Ottawa OMS, 1986, p.1)

Tuvieron que pasar más de 10 años para que en 1997 en Yakarta se haga una nueva conferencia con el objetivo de exponer la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, en ella se confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países, además identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI: Promover la responsabilidad social para la salud, Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, Expandir la colaboración para la promoción de la salud, Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Esta Carta reafirma el amplio concepto en el que la salud va tomando a lo largo de los años: "Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud". (Carta de Yakarta OMS, 1997, p.5)

Mediante estas conferencias se puede ver como el concepto de salud fue evolucionando a lo largo de los años y tomando una concepción mucho más amplia de la planteada por la OMS en 1948.

Como se mencionó anteriormente, la institución en cuestión, tiene como pilar la implementación de la actividad física para mejorar la salud y calidad de vida de sus pacientes.

De esta manera podemos ver como la misma tiene un efecto positivo en la salud de los individuos.

Permitiendo que se genere un espacio en donde la persona puede disponerse a contactar con su cuerpo y sus sensaciones, elevando su autoconocimiento mejorando su capacidad motriz y su autoestima, y generando vínculos entre pacientes desde un enfoque lúdico y distendido atravesado por el placer del encuentro con otros.

“Ya desde hace dos décadas se comenzó a relacionar la actividad física con el bienestar psicológico y con aspectos tales como la calidad de vida, la reducción de estrés, los cambios en el estado de ánimo y los descensos de ansiedad” (Biddle *et al.*, 2000).

Al estar interviniendo con actividades físicas en una población con características particulares, lógicamente hay que tener ciertas consideraciones para que el aporte de la actividad sea adecuado para dicha población.

“Los sujetos con características especiales, suelen tener una condición física deficiente que limita su capacidad. Hay que evaluar el estado de salud y condición física para hacer propuestas que sean eficaces y que puedan llevarse a cabo en función de las características de los usuarios”. (José Antonio Casajus, 2011).

El objetivo es potenciar las posibilidades de las personas y entrenar habilidades, pero debemos ser cuidadosos a la hora de adaptar las exigencias de modo que no resulten situaciones frustrantes.

Desde esta perspectiva es que la institución aborda el trabajo con sus pacientes, siendo vital el trabajo del equipo multidisciplinario. Por aspectos como este, fue que los estudiantes como futuros docentes de educación física abocados al ámbito de la salud, se vieron atraídos por el centro. Para así poder conocer, aprender e intentar intervenir positivamente en una institución que tiene como misión la rehabilitación de personas desde la actividad física como unos de sus pilares.

2.2 Discapacidad

Luego se decidió definir la palabra discapacidad ya que es la razón por la cual el centro de rehabilitación surge y tiene un propósito: intentar mejorar la calidad de vida de las personas con distintas discapacidades.

Al buscar una definición de discapacidad nos encontramos con que han sido muchas las concepciones de esta a lo largo de la historia. La forma de mirar y entender la discapacidad ha variado conforme lo han hecho las distintas sociedades, es producto y reflejo de las mismas. Por lo tanto, nos encontramos con un concepto que no es rígido y acabado, sino dinámico.

Siguiendo las teorizaciones de Palacios, A. (2008), Existen tres grandes modelos de discapacidad que han tenido lugar preponderante en diferentes modelos históricos.

En primer lugar, el modelo de prescindencia, luego el modelo rehabilitador, y actualmente el modelo social.

El modelo de prescindencia consideraba que la discapacidad era enviada por los dioses como un castigo a los padres de la persona. Se creía que esta, no tenía nada que aportar, por lo que se podía prescindir de ella, era marginada y excluida por completo de la sociedad. (Palacios, A., 2008)

Luego, desde una concepción médica, se abre paso el modelo rehabilitador, en que se consideraba la discapacidad como una enfermedad. El modelo rehabilitador se acompasó con la clasificación nacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) que da la Organización mundial de la salud (OMS) en 1980.

La intervención se basaba en tratamientos que tenían como fin último la cura y la normalización de la persona. Se atendía al paciente individualmente, con intervenciones dirigidas por diferentes especialistas que trabajaban aislados unos de otros. (Palacios, A., 2008).

Posteriormente, en 2001, la OMS escribe la clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) que jerarquiza los componentes de la salud más que las consecuencias de las enfermedades.

Definiendo “La discapacidad no es atributo de la persona, sino un compilado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto – entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad a ser las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.” (OMS, 2001: 32p.).

En 2006 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declara en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD): “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con distintas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. (ONU, 2006: art. 1).

Esta convención implica un nuevo marco jurídico y político que promueva, proteja y asegure los derechos para todos y es ratificada por Uruguay en 2010.

Ese mismo año surge la definición de Muñoz ya con el paradigma social de la discapacidad: “La discapacidad es tomada como una “situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive.” (Muñoz, 2010, p.5).

Es importante que el lector tenga claro este concepto y como el mismo ha evolucionado a lo largo del tiempo, llegando a un paradigma que se posiciona desde una visión bio-psico-social de la discapacidad. Desde la perspectiva de Derechos de las Personas con Discapacidad, resulta fundamental favorecer el desarrollo de estos centros, que promuevan la igualdad de oportunidades para todas y todos.

El trabajo interdisciplinario es fundamental a la hora de generar un plan de rehabilitación para el usuario de esta población, teniendo en cuenta sus características particulares. Cuando se logra trabajar desde una mirada global e integradora del individuo, los resultados pueden ser sumamente positivos como se mencionaba a los investigadores en diálogos con los profesionales del instituto. El trabajo coordinado con las diferentes especialidades, motiva al equipo a seguir mejorando día a día y a convertir el centro en un modelo a seguir en todo el país.

2.3 Poblaciones especiales

Con la discapacidad también surge el concepto de “poblaciones especiales” término adquirido más adelante en el tiempo y el cual usa la institución para referirse a sus usuarios. Según Simard, Caron, Kotrotsky (2003) “El colectivo especial comprende a un grupo de individuos que vive una limitación congénita y/o adquirida, temporal o permanente y que tiene un progreso específico en cuanto a la readaptación, el desarrollo, la educación y la integración óptima en su medio de vida” (pag.11)

José Antonio Casajus y Germán Vicente-Rodríguez (2011): “Entendemos por poblaciones especiales aquellos grupos de poblaciones que tienen unas características específicas que los diferencian claramente de los demás. Estas características especiales pueden estar relacionadas con la edad, el sexo, discapacidad, enfermedad, etc.” (p.21)

¿Es importante la actividad física para este tipo de poblaciones?

José Antonio Casajus y German Vicente-Rodríguez (2011) plantean que: “Las poblaciones que denominamos especiales, son muy sensibles a la inactividad. La sobreprotección y el miedo convierten en sedentarios a estas personas las cuales se beneficiarían mucho de una prescripción de ejercicio físico adaptada a sus características y posibilidades.” (p.21)

. Según Sonia Asún Dieste (2016) “Se hace necesario destacar la importancia de la formación motriz en las poblaciones especiales y concretamente en el colectivo de personas con diversidad funcional, en todos los contextos y sobre todo, a lo largo de la vida” (p.23)

Según establece Daniel German Zucchi (2001), el fin de la actividad física para poblaciones especiales es insertar e integrar a la persona con discapacidad a la sociedad. Estableciendo que los objetivos del deporte adaptado son:

- Promover la auto-superación
- Mejora de auto-confianza
- Disponer sanamente del tiempo libre y el ocio
- Promover el deporte como estilo de vida
- Establecer el deporte como medio de integración
- Mejorar las cualidades perceptivo-motoras.
- Adquirir y perfeccionar las capacidades condicionales y coordinativas”.

2.4 Rehabilitación

Una vez definido el concepto de discapacidad y poblaciones especiales surge irremediablemente la palabra rehabilitación. Identificada la discapacidad, es aquí donde la institución debe preguntarse: ¿De qué manera se puede ayudar a estas personas a mejorar su condición?

Es en este momento en el que la institución debe elaborar un plan de rehabilitación acorde a las necesidades del paciente para mejorar su salud y es aquí también en donde este

término se relaciona con el problema de investigación a tratar. La falta una red de rehabilitación.

Concepto de rehabilitación:

"La Rehabilitación es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos discapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse en la sociedad. Rehabilitación Internacional (1982) "Carta para los años 8011, Madrid, INSERSO (Edición castellán), 1982).

Según la OMS:

"La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo". OMS (2019)

Si bien se aportan conceptos distantes en el tiempo se puede ver que ya desde la década de los 80 se hablaba de un concepto de rehabilitación amplio y combinado de medidas tanto médicas como sociales, educativas y vocacionales.

Estos conceptos evidencian que la rehabilitación es un proceso a través del cual el individuo potencia su desarrollo y mejora su calidad de vida. Pero ¿Qué pasa cuando el paciente cumple un ciclo en el centro y por motivos del plano de lo afectivo, por comodidad o simplemente porque el instituto no tiene o no conoce otro lugar donde pueda derivar a su paciente para que siga siendo atendido, continúa yendo durante años, sin poder hacer un cierre?

Para que todos los pacientes reciban tratamientos de calidad, para que los procesos de rehabilitación sean eficientes, y para que el instituto pueda aumentar el flujo de pacientes que atiende por año sin verse afectados por la sobrepoblación de usuarios, es necesario tener un lugar donde derivarlos cuando se considera que la mejor opción es darlos de alta. He aquí la importancia de establecer una red de rehabilitación no solo para beneficio del centro, sino también para que los usuarios también sigan progresando con otro tipo de actividades.

La institución lleva un tiempo intentando generar una red donde se puedan derivar los pacientes que han cumplido un ciclo en el centro y que permita el ingreso de nuevos pacientes. Una de las dificultades que se han presentados a la hora de llevar a cabo este proyecto es la falta de personal que se encargue puntualmente de esta tarea.

No hay duda de que sería un gran logro poder tender la red. Por un lado, para ofrecerles a los pacientes la oportunidad de seguir progresando con otro tipo de actividades, así como para el centro ya que le permitiría tener un mayor alcance de la población total, pudiendo atender una mayor cantidad de paciente por año.

2.5 Red interinstitucional de rehabilitación

Como se menciona en el apartado anterior, la falta de una red de rehabilitación incide negativamente en el funcionamiento del centro y en la calidad de los tratamientos para los usuarios.

En el primer parte del año se pudo identificar que este era un problema que si bien, hace tiempo se está intentando resolver, por distintos motivos no se ha conseguido.

Por eso se decidió que este sería nuestro tema central de estudio, saber de qué manera afecta la falta de una red interinstitucional a la institución y a la población de personas con discapacidad. Es necesario aclarar qué se entiende por red de interinstitucional en el presente trabajo.

Red interinstitucional:

“Estas redes abarcan a distintas instituciones y son creadas para compartir intereses en común. Las misma, aumentan la efectividad de dichas instituciones, generando un canal mucho más sólido para la solución de problemáticas comunes”.

También se puede decir que:

“las redes son consideradas como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes, y que intercambian recursos para perseguir esos intereses compartidos, admitiendo que la cooperación es la mejor manera de alcanzar las metas comunes”. (Zimmerman, 2004 pág. 30).

Según Saldarriaga Concha (2007). Tanto para la institución como para las organizaciones aliadas, el trabajo en red lleva consigo ventajas, a saber según

- Trabajando en red, a través de la articulación de organizaciones, se da respuesta a problemas que de otro modo no podrían resolverse.
- Se hace posible articular fuerzas en torno a un objetivo común, lo que hace que los proyectos tengan una mayor probabilidad de éxito.
- El trabajo en red supone una estrategia de gestión que permite responder con rapidez a los cambios del contexto.
- Cuando se trabaja con otros uno de los resultados naturales es el fortalecimiento interno de cada uno de los miembros.
- La oferta de servicios y competencias en torno a un tema común se amplía.

2.6 Actividad física adaptada

Otro concepto que se relaciona directamente con nuestra área de trabajo como profesores, con las instituciones de rehabilitación y sus pacientes; es la actividad física adaptada. Ésta se utiliza cada vez más como una forma de rehabilitación y como aporte lúdico y motivacional para personas con discapacidades. Es uno de los pilares de la institución para la rehabilitación de sus pacientes.

Hay varios conceptos sobre lo que es la Actividad Física Adaptada (AFA), no se ha podido establecer una única definición que englobe a la AFA en su totalidad, pero muchos autores concuerdan en que se puede tomar como: “Todo movimiento, actividad física y deporte en los que se pone especial énfasis en los intereses y capacidades de las personas con condiciones limitantes o problemas de salud o personas mayores” (Doll-Tepper, 2001, p.11 en Rivas, 2012).

Otra de la definición que se utiliza a menudo es la que se ve plasmada en el libro Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, toman a la AFA como una “práctica multidisciplinaria relacionada con las actividades de la vida de las personas cuya estructura funcional requieren de un conocimiento experto para adaptar su ecosistema. Los expertos tienen que facilitar el acceso igualitario, la integración, para lograr su bienestar”. (Rivas, 2012).

Habiendo definido el concepto de actividad física adaptada es importante ver de qué manera influye y cómo se vincula con la rehabilitación de personas.

En las últimas décadas se ha demostrado que la educación física y el deporte adaptado ha dado buenos resultados para personas con discapacidad en su rehabilitación.

En los siguientes apartados se citan autores que han hecho referencia al impacto positivo que tiene la práctica de la actividad física en personas con discapacidad.

Según expresa Eberhard y Dégouté la aparición de algunas investigaciones en los años ochenta y noventa hacen surgir voces a favor del deporte adaptado. “Los programas de deporte adaptado emergerán en detrimento de los programas de psicomotricidad por su favorecimiento de la integración social con la práctica deportiva a la vez que por el desarrollo físico y el afianzamiento de la autoestima.” (Asún, S., 2016)

Tal como expresa Asún “Se hace necesario destacar la importancia de la formación motriz en las poblaciones especiales a lo largo de la vida. En este sentido, se justifica el tratamiento actual de la educación física aplicada a poblaciones especiales y concretamente al colectivo de personas con discapacidad”. Asún, S (2016)

Habiendo definido los conceptos que se consideran de suma relevancia para comprender aspectos de la presente investigación, es evidente cómo se relacionan entre sí, generando una interconexión conceptual. De esta forma queda de manifiesto la relación que existe entre la institución a estudiar y el trayecto elegido en la licenciatura por el estudiante.

3. EL CASO EN ESTUDIO

La institución donde se llevó a cabo el estudio es un centro de rehabilitación de carácter público perteneciente a ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) situado en el barrio de Carrasco de la ciudad de Montevideo.

Fue fundado el 8 de febrero de 1995. Éste, tiene la particularidad de trabajar en base a dos pilares como parte del proceso de rehabilitación de sus pacientes: la educación física y la integración social.

La población con la que se trabaja abarca todas las franjas etarias. Por otra parte, la mayoría de los pacientes que asisten al centro pertenecen a una franja de recursos económicos medio-bajo o bajos, aspecto que la institución tiene muy presente al momento de intervenir.

Haciendo énfasis en el entorno del lugar a estudiar, el mismo está situado en el barrio de Carrasco, uno de los barrios más vinculados con la clase social alta de los ciudadanos de Montevideo. Esto tiene sus pros y sus contras. Tiene como aspecto favorable la tranquilidad de la zona, siendo este un sitio muy relajado, con poca contaminación de autos y de ruidos molestos. Es también un barrio que cuenta con muchos espacios verdes.

Como aspecto negativo de la ubicación se podría decir que al ser una institución de entidad pública la mayoría de personas asistiendo al centro son de recursos económicos bajos y medios-bajos por lo que generalmente viven a grandes distancias del centro, siendo esto un problema para muchos usuarios con algunas discapacidades. Desde este punto de vista también sería beneficioso para la población contar con una red de rehabilitación, ya que estos pacientes podrían ser derivados a lugares más cercanos a sus hogares, teniendo mejor accesibilidad.

El instituto tiene como objetivo ser un centro de rehabilitación modelo en el país y para ello cuenta con maquinaria de última generación y con distintos tipos de actividades como: hidroterapia (2 piscinas), terapia ocupacional, talleres de musicoterapia, cerámica, expresión corporal y actividades grupales las cuales son monitoreadas y llevadas a cabo por un equipo técnico de relevancia que incluye fisiatras, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, trabajadores sociales, psicomotricistas, médicos y profesores de educación física.

Este se destaca en el país por su experiencia en casos de lesiones medulares y cerebrales, vinculadas especialmente a accidentes de tránsito y accidentes

cerebrovasculares, además de tener la fortaleza de tener un convenio con el MIDES (ministerio de desarrollo social) el cual permite fortalecer el funcionamiento y prestaciones brindadas al mismo.

Otro convenio favorable es el que tiene con el Centro Nacional de Ayudas Técnicas y Tecnológicas (CENATT), el cual permite concretar una policlínica de atención conjunta con técnicos de ambas instituciones para la confección de prótesis y férulas. Asimismo, el MIDES le facilita el traslado de pacientes al Centro a través de camionetas de la Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad.

4. PROPUESTA METODOLÓGICA

4.1 Modelo de investigación

En el presente apartado se pasan a explicar los siguientes puntos:

- Tipo y diseño de investigación
- Universo y muestra
- Instrumentos de recolección de datos
- Fases de investigación

Existen dos grandes tipos de enfoques dentro de las metodologías de investigación (Cualitativo y Cuantitativo) las cuales comparten algunas características como plantea Grinnell (1997):

- **Llevan a cabo observaciones y evaluaciones de fenómenos**
- **Establecen suposiciones o ideas como consecuencias de las observaciones y evaluaciones realizadas**
- **Prueban y demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento**
- **Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.**
- **Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso generar otras.**

La presente investigación se enmarca dentro de la metodología o enfoque cualitativo. Según Sampieri, Fernández Collado, Baptista y Pilar (2004)

El enfoque cualitativo, por lo común, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente, se prueban hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible, y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste

en “reconstruir” la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido. (p.31)

Los ya mencionados autores hablan sobre características particulares que tiene la metodología cualitativa. En relación a esto explican que, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en las investigaciones cuantitativas), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y, después, para refinarlas y responderlas (o probar hipótesis). Su alcance final consiste en comprender un fenómeno social complejo, y no en medir las variables involucradas en dicho fenómeno.

Se optó por alinear el presente trabajo a este tipo de metodología, para establecer cuáles serían las preguntas de investigación en función de los datos recolectados a través de entrevistas y cuestionarios. Por otro lado, es un estudio que busca comprender un fenómeno social complejo.

4.2 Estudio de caso

El estudio de caso es considerado por algunos autores como un método y otros como un diseño de la investigación cualitativa, dando lugar a definiciones como la de Yin (1993), el estudio de caso no tiene especificidad, pudiendo ser usado en cualquier disciplina para dar respuesta a preguntas de la investigación para la que se use.

También Yin (1994) define al estudio de caso como:

Una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos. (p. 13)

Resulta de interés caracterizar los estudios de caso según la perspectiva de diversos autores (Sautu, 2003; Neiman y Cuaranta, 2007; Vieytes, 2004, Archenti 2007):

- Aunque algunos estudios de caso podrían eventualmente dar lugar a investigaciones cuantitativas, en general se utilizan métodos cualitativos. Es decir que, si bien puede requerir datos cuantitativos, el complemento estadístico no debe distraer el fin último que es la búsqueda de significación y no de distribución de los datos.
- El estudio de caso no se rige por la lógica estadística, es decir no se rige por el principio de representatividad de la muestra. Este rasgo es relevante en relación a las posibilidades de generalizar resultados a una población de estudio.
- Es un diseño de fuerte orientación empírica y descriptiva en la cual los detalles y la particularidad no pueden ser dejados de lado. Implican la captación holística del caso. Es decir que, su alto contenido descriptivo, permite mostrar las complejidades del mismo. La particularización y especificidad del caso es el eje del interés del investigador. Son estudios en profundidad, intensivos.
- Sin embargo, estos diseños no se limitan a describir fenómenos, también permite abordar explicaciones en términos de cómo suceden los hechos y por qué, cuáles son las razones inmediatas y el contexto en que tienen lugar.

4.3 Universo de estudio

El universo de estudio se constituye por todas las personas que forman parte del centro, tanto usuarios como funcionarios.

La muestra cómo define Sampieri, Collado y Baptista (2014, p. 7) “es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población.”

En este estudio, la muestra fue constituida por una médica, profesores de educación física, una asistente social, todos actores considerados importantes en el funcionamiento del centro y que tienen distintos puntos de vista para aportar con respecto al problema en cuestión. La segunda parte del año se trabajó con 36 usuarios a quienes se les realizó una encuesta. En algunos casos, las preguntas debieron ser contestadas por familiares de los pacientes debido a la condición de discapacidad.

4.4 Preguntas de investigación:

De acuerdo con los problemas identificados en la institución, se elaboraron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo condiciona la falta de espacios a donde derivar pacientes en la calidad del servicio que brinda el Centro?
- ¿Cuáles son los espacios actuales con los que cuenta la institución para derivar pacientes?
- ¿Cómo afecta esta falta de espacios a los usuarios?

4.5 Fases de estudio e instrumentos de recolección de datos

Primera Fase: Aproximación diagnóstica.

Dicha fase comprendió la fase exploratoria y las dos colectas de datos. A su vez la elaboración y análisis de la información respectiva de cada una de las etapas.

Fase exploratoria:

El primer paso para la recolección de datos fue realizar una entrevista exploratoria (**cuaderno de evidencias p.3**) a la médica de piso con el fin de tener un primer acercamiento al centro e intentar identificar fortalezas y debilidades de la institución.

Como afirma Cabrera y Batthyány (2011):

A la entrevista de investigación se la puede definir como una conversación entre dos personas. Dirigida y registrada por dicho entrevistador con la intención de favorecer la producción de un discurso de carácter conversacional, continuo y con una cierta línea argumental del entrevistado sobre un tema puntual bajo el marco de una determinada investigación. (p.34)

Por otra parte, Corbetta (2007) propone un tipo de clasificación para las entrevistas “según el grado de estandarización, es decir de libertad o restricción que se otorga a los dos actores nombrados anteriormente. Pueden ser entrevistas estructuradas, semiestructuradas o no estructurada.” (p.12)

El tipo de entrevista que se aplicó en este trabajo fue la entrevista semiestructurada, en donde “el investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta.” (Corbetta, 2007, p.90)

Realizada la primera entrevista, desgravada y analizada se pudo contemplar que una de las falencias a la que hacía mención la médica, era la falta de una red de rehabilitación donde derivar pacientes una vez que estos terminaban su tratamiento en el centro, por lo que se resolvió que este sería el problema de estudio.

El siguiente paso fue elaborar el anteproyecto (anexo 1 – p. XXVI) en donde se planteó el tema central de estudio el cual surgió de la entrevista exploratoria como se mencionó anteriormente. Se elaboraron las preguntas de investigación ya mencionadas y se delimitó la investigación dentro de un marco teórico específico a partir de las palabras claves.

Primera colecta de datos:

Una vez terminado el anteproyecto se prosiguió a hacer la primera colecta de datos, para la cual se eligieron las entrevistas como instrumentos. La primera entrevista fue realizada en la institución el día 21 de mayo, si bien la entrevista se realizó a la misma persona que en la entrevista exploratoria las preguntas fueron dirigidas al problema que se decidió abordar por lo que proporcionó una información totalmente diferente y abundante para poder proseguir con el estudio.

La segunda entrevista fue realizada el mismo día en el mismo lugar a una profesora de educación física. Al igual que la primera entrevista, las preguntas brindaron información de relevancia para seguir indagando sobre el problema seleccionado, pudiendo así seguir con el trabajo.

La tercera entrevista se realizó a una asistente social para tener otra visión del problema. Fue realizada el jueves 27 junio en la institución. Fue una entrevista un poco más breve pero igualmente se pudo recabar información relevante para el trabajo.

Al tener todos los datos de la primera colecta se realizó la matriz de análisis (Ver anexo 1 – p.XXX) ordenando los problemas en relación al problema de investigación por

dimensiones y luego se realizó un modelo de análisis (anexo 1– p. XLIV) donde se presentó la problemática predominante, con sus posibles causas y los actores implicados.

Segunda colecta de datos

El instrumento elegido para la segunda colecta de datos fue la encuesta (ver anexo 1 – p.XXXIX). Según García Domingo y José Quintanal Díaz (s.f) la encuesta es una “técnica de investigación basada en las declaraciones emitidas por una muestra representativa de una población concreta y que nos permite conocer sus opiniones, actitudes, creencias, valoraciones subjetivas, etc.” (p.1) Es muy utilizada por los investigadores e instituciones reconocidas mundialmente, lo reconocen como el instrumento de sondeo con mayor valor. Otros autores como Cea D'Ancona (1999) le definen caracterizándola por un procedimiento estandarizado para obtener información tanto oral como escrita de una muestra representativa de la población de interés.

La misma se realizó a 36 usuarios de la institución. Podía ser completada por usuarios de la institución o sus familiares. En dicha encuesta se plantearon 15 preguntas con distintas opciones donde el encuestado debía marcar la opción que creía más pertinente. Las preguntas eran mayoritariamente cerradas, pero había algunas preguntas abiertas.

Un día antes de aplicar las encuestas se realizó un testeó a un usuario, para comprobar si el instrumento era válido para la población dirigida. El encuestado pudo contestar todas las preguntas sin ningún inconveniente, por lo que no se realizaron modificaciones en la estructura de la encuesta.

El objetivo de las preguntas en la encuesta era poder evaluar si la falta de una red de rehabilitación afecta la calidad de vida de los usuarios. Luego de tener los resultados de las encuestas se realizó una matriz de análisis de datos (anexo 1- p.XLI) convirtiendo esos números en porcentajes para así poder sacar conclusiones. Posteriormente, como en la primera colecta se elaboró el modelo de análisis. (Anexo 1 – p. XLV)

Luego de haber finalizado las dos colectas de datos se realizó una comparación con el primero y segundo modelo de análisis con el fin de responder las preguntas de investigación surgidas en el anteproyecto y poder llegar a un modelo de análisis final. (Anexo 1 – P. XLVI)

Segunda fase: Informe plan de mejora

En base a la elaboración de la aproximación diagnóstica, se dio paso a la realización de la propuesta de mejora para dar una solución a la falta de una red de rehabilitación. Se tuvo en cuenta a todos los actores que forman parte del proceso y también los recursos que se necesitan para llevar a cabo la gestión. Fue muy importante el diálogo que se sostuvo con la institución para poder crear un plan dentro de las posibilidades del centro en cuanto a presupuesto. Se creó una planilla operativa para sistematizar la información recabada la cual incluía objetivos generales y específicos, metas, actividades, presupuesto y un cronograma a seguir (ver anexo 2 – p. LV)

Para López y Ruiz (2004) “Un plan de mejora es un instrumento que implica una planificación orientada al aumento de la calidad de los procesos y de los resultados de los centros” (p.4)

Por su parte, Murillo y Krichesky (2012) distinguen cinco fases para acometer la mejora de un centro: iniciación (identificación de fortalezas y debilidades), planificación (diseño de planes de mejora), implementación de lo planificado, evaluación de lo realizado e institucionalización (etapa de asimilación).

Fueron necesarios tres encuentros con los referentes de la institución con el fin de intercambiar ideas que nos llevaran a un plan realista, accesible y útil, estas instancias debieron ser plasmadas en tres actas de reunión (Anexo 3 – p.LXI).

La primera reunión tuvo como objetivo mostrar el problema detectado y proponer una posible solución. Desde las primeras instancias la actitud por parte de los funcionarios de la institución siempre fue de colaboración e interés por darle solución al problema. También se realizó una lluvia de ideas para comenzar con el plan de mejora.

El segundo encuentro fue más largo, pero a la vez más enriquecedor. Se establecieron los objetivos y las metas para el plan. Esta reunión duró casi dos horas y se pudo concluir con ideas claras y metas realizables. Quedaba determinar las actividades que harían posible llegar a los objetivos.

En el tercer y último encuentro ya con objetivos y metas confirmados, se comenzó a diseñar las actividades correspondientes a cada objetivo y calendarizar las mismas. Se presentó la planilla operativa y se le dio un presupuesto total al plan.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar el análisis correspondiente se expondrá la información obtenida durante las diferentes colectas de datos y sus respectivas fases. A saber, la entrevista exploratoria y su matriz de análisis, el anteproyecto, las 3 entrevistas semiestructuradas, con su matriz de análisis y modelo de análisis, las 36 encuestas como segunda colecta de datos, con su matriz de análisis y modelo, y para finalizar un último modelo de análisis que sintetiza los dos primeros.

El análisis comienza con la aproximación diagnóstica elaborada el primer semestre entre los meses de marzo a julio. En la primera etapa se realizaron entrevistas (exploratoria y semiestructurada). En la fase exploratoria, que fue el primer acercamiento a la institución se pudo detectar el problema mediante una entrevista con la médica referente de piso.

Según Ander-Egg (1993) la “fase exploratoria, cuyo propósito es el de permitir al investigador familiarizarse e interiorizarse con parte de los conocimientos existentes dentro del campo o ámbito que es objeto de investigación.” (p.142).

El problema identificado en la entrevista exploratoria fue la falta de una red de rehabilitación donde derivar pacientes. *“...Y la otra debilidad es que no tenemos muchas veces lugares donde referir al paciente después que termina su proceso de rehabilitación entonces se alargan de repente las estadías de los pacientes...eh...porque no hay donde derivarlos posteriormente. Nos pasa sobre todo con los niños que de repente vienen chiquitos con dos años y se van con dieciocho y no es la idea del trabajo acá, el tema es que...cuando cortamos el tratamiento acá no tenemos a donde mandarlo.”* (Ver cuaderno de evidencias, E.E, G.P, p.2).

Por último, da a entender que el problema es principalmente con los niños:

“Nos pasa sobre todo con los niños que de repente vienen chiquitos con dos años y se van con dieciocho y no es la idea del trabajo acá, el tema es que...cuando cortamos el tratamiento acá no tenemos a donde mandarlo” (Ver cuaderno de evidencias EE, GP, p.2)

Si bien anteriormente se hace referencia a todas las problemáticas que presenta la falta de una red, a continuación, plantea que:

“Y se está trabajando en lo que es la red de rehabilitación que está costando pero la idea justamente una vez este coordinado, la idea es poder tener contacto con los centro de

referencia y poder tener manera de poder enviar algún paciente a algún lugar para continuar la actividad según sus características funcionales cerca de su lugar de la residencia.” (E.2, GP, p2)

Citando nuevamente a Zimmerman (2004): “Las redes son consideradas un conjunto de relaciones estables, de naturaleza no jerárquica que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes, y para perseguir esos intereses compartidos admitiendo que la cooperación es la mejor manera de alcanzar las metas comunes” (pág. 30).

Si bien la red brindaría beneficios, es importante también hacer énfasis en algunas desventajas que lleva consigo las cuales el centro ya sufre por ser una organización de nivel público donde trabajan varias organizaciones juntas como hace referencia la médica de piso en una de las entrevistas:

“es un lugar muy particular porque en este lugar conviven un montón de instituciones trabajando juntas, y a veces no es fácil poder nivelar...eh...los afanes de protagonismo, los afanes de necesidad de reconocimiento” (Ver cuaderno de evidencias EE, GP. p3)

“Cada decisión toma más tiempo y esfuerzo y además existen personas que quieren ser el centro de atención de las dinámicas de red, esto ocasiona muchas veces intervenciones interminables. Por eso es útil crear mecanismos de visibilidad del trabajo individual y en momentos de diálogos importantes tener unas normas claras que no permitan dejar perder el centro de una buena discusión” (Corporación Somos Más 2007; pág. 17).

Habiendo identificado el problema, la siguiente parte de este apartado se basa en responder las preguntas de investigación:

1. ¿Cómo condiciona al trabajo de la institución la falta de espacios donde referir al paciente?
2. ¿Cuáles son los espacios actuales con los que cuenta la institución para referir a los pacientes?
3. ¿Cómo afecta esa falta de espacios a los usuarios de la institución?

1- ¿Cómo condiciona al trabajo de la institución la falta de espacios donde referir al paciente?

Mediante evidencias obtenidas en la recolección de datos veremos que la falta de espacios donde referir a los pacientes influye negativamente en ambas entidades, tanto a usuarios como a la institución. Al no existir la red, la institución se ve obligada a mantener muchos pacientes que ya han tenido un largo tiempo de estadía impidiendo el ingreso de nuevos pacientes y así poder ayudar a más personas anualmente. Claramente con la red establecida, este problema disminuiría, los pacientes podrían seguir su rehabilitación en otro lado, y el centro tendría más flujo de pacientes.

Otro de los motivos por el cual la falta de otros espacios condiciona el trabajo de la institución como dice la profesora de educación física en una de las entrevistas es que:

"Capaz que si hay casos desgastantes porque hay casos muy severos y uno se desgasta emocionalmente por decirlo de alguna manera" (Ver cuaderno de evidencias, E2, A, p.2). Al estar más tiempo del debido y no poder derivarlos, en ciertos casos la relación funcionario–usuario se vuelve desgastante y desmotivante para ambas partes.

Como plantea la Organización panamericana de la Salud: “Un sistema de entrega de servicios de salud efectivo y funcional es uno de los muchos factores que determinan la salud de la población. Como tal, promover condiciones seguras y saludables para todos los proveedores de la salud es una importante estrategia para mejorar la salud de la población” (OPS, 2007, p.35)

En otros dos fragmentos de entrevista la médica de piso dice que, al no poder ser derivados, los pacientes no siguen la actividad física:

"Incluso lugares que ya sabemos que podemos derivar al paciente no es tan sencillo...una cosa es lo que nos prometen y otra cosa es lo que sucede. La gran mayoría salvo que puedan pagar alguna actividad privada les cuesta conseguir lugar" (Ver cuadernos de evidencias E1, G.D, P2).

"No...no, no porque en realidad como que básicamente a todos los pacientes que le das el alta que tratas de derivarlos, en los hechos la gran mayoría no...no sigue actividad física" (Ver cuaderno de evidencias E1, GP, p.1)

Retomamos una definición del encuadre teórico de rehabilitación:

Según la OMS: "La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad **alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico**, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo". OMS (2019)

En el cita del fragmento de la entrevista se puede ver que los pacientes que dejan el centro no siguen actividad física mientras que en la definición de la OMS hace referencia a que es un proceso que no solo consiste en alcanzar un nivel óptimo de desempeño físico sino también de mantener, por eso es tan importante que se siga haciendo actividad física.

En la siguiente cita de la entrevista con la trabajadora social, ella hace referencia a una sobrepoblación de pacientes con los que ella trabaja que administración no ha podido resolver:

"porque no hay una trabajadora social fija acá, ahora estamos nosotros que somos 5 estudiantes y 3 de tercero que en verdad no abordan las situaciones de la persona. Pero...si, porque trabajadora social hay una y no puede con todos porque es la misma" (Ver cuaderno de evidencias, IM, E3, p.1)

Incorporando la red de rehabilitación se podría mejora este tipo de problemas ya que como se menciona en el marco teórico, una de las ventajas de contar con la misma es según Saldarriaga Concha (2007):

- Con trabajo en red a través de la articulación de organizaciones se da respuesta a problemas que de otro modo no podrán resolverse.

Habiendo mostrado las evidencias de que la falta de una red de rehabilitación afecta negativamente el trabajo de la institución mediante el marco teórico y evidencias de las entrevistas del personal del centro pasamos a la pregunta número dos.

2- ¿Cuáles son los espacios actuales con los que cuenta la institución para referir pacientes?

Mediante citas textuales de las entrevistas se mostrara que la institución no cuenta con un centro aliado con el que pueda contar a la hora de derivar pacientes. Este es un problema no menor ya que para el funcionamiento de la red de precisan varias entidades trabajando juntas como se mencionó anteriormente en el marco teórico:

“Estas redes abarcan a distintas instituciones y son creadas para compartir intereses en común. Las misma, aumentan la efectividad de dichas instituciones, generando un canal mucho más sólido para la solución de problemáticas comunes”. Definición MX (2014).

A continuación, citas de las entrevistas que muestran la debilidad en este aspecto:

“Si, en realidad no hay un lugar directo para derivar, pero en caso que haya una situación que tengamos que derivar nos comunicamos con la plaza de deportes o lo que sea” (Ver cuaderno de evidencias E3, I.M, P1).

“En general las trabajadoras sociales tratan de ubicarlos en un lugar donde puedan seguir yendo, estamos en este momento gestionando un acuerdo con secretaria de deportes, viendo si podemos conseguir cupos en las plazas donde tiene piscina, como la plaza 7, la plaza 12, y bueno, derivarlos para que puedan seguir con la actividad física.” (Ver cuaderno de evidencias E1, G.P, p.1)

“en los hechos la gran mayoría no...no sigue actividad física y terminan pidiendo reingreso pese al tiempo, se les hace una serie de acondicionamiento físico, no les es fácil conseguir un lugar donde siga la actividad física.” (Ver cuaderno de evidencias E1, G.P, p.1)

Se puede ver en dos entrevistas distintas la dificultad que tiene el centro para poder derivar a los pacientes a otro centro para que puedan seguir con la actividad física, de lo contrario los pacientes saldrían a ser probablemente una persona sedentaria sin actividad física ni rehabilitación que le permita progresar. Retomando la información del marco teórico que reafirma la importancia de la formación motriz y de la educación física:

Tal como expresa Asún “Se hace necesario destacar la importancia de la formación motriz en las poblaciones especiales a lo largo de la vida. En este sentido, se justifica el tratamiento actual de la educación física aplicada a poblaciones especiales y concretamente al colectivo de personas con discapacidad”. Asún, S (2016)

“Los programas de deporte adaptado emergerán en detrimento de los programas de psicomotricidad por su favorecimiento de la integración social con la práctica deportiva a la vez que por el desarrollo físico y el afianzamiento de la autoestima.” (Asún, S., 2016)

Una última cita de la entrevista con la trabajadora social la cual termina de dar a entender que la red de rehabilitación es un elemento a mejorar cuanto antes y que sería de gran ayuda.

“...Y la otra debilidad es que no tenemos muchas veces lugares donde referir al paciente después que termina su proceso de rehabilitación, entonces se alargan de repente las estadías de los pacientes...eh...porque no hay donde derivarlos posteriormente. Nos pasa sobre todo con los niños que de repente vienen chiquitos con dos años y se van con dieciocho y no es la idea del trabajo acá...” (Ver cuaderno de evidencias E1, GP, p.2)

Parte de este problema se ve reflejado por la parte el área administrativa la cual es quien se encarga de contratar personal, de la organización del centro en todas áreas y de gestionar recursos económicos para las distintas propuestas que aborda la institución. Siendo esta, unas de las razones por las cuales el centro ha tenido problemas a la hora de establecer la red de rehabilitación. Podemos evidenciar en las siguientes citas la desorganización en este aspecto y la falta inclusive de un protocolo de acción para saber qué pasos seguir cuando hay que derivar un paciente:

"Mira, hasta ahora teníamos el contacto de una persona que estaba a cargo de toda esa parte, pero está certificada...y hoy justo me reuní con la profesora de trabajos sociales que me dijo que me iba a contactar con la persona que está coordinando todo." (Ver cuaderno de evidencias, E1, G.D, p2).

"No, no hay un protocolo, el año pasado hicimos la guía de recursos porque no había, no sabían a donde derivar los pacientes, o sea los usuarios a la hora de terminar la rehabilitación." (Ver cuaderno de evidencias, I.M, E3, P2).

Aparte de la falta de convenios por parte de la institución y de la desorganización para poder derivar pacientes, se pudo evidenciar por las encuestas que los usuarios tampoco

conocen otros centros o plazas de deportes a las que puedan acceder. Esto hace doblemente difícil el trabajo de proseguir con la actividad ya que por más que el paciente quiere continuar la actividad por su lado tampoco sabría a dónde acudir. Esta información la podemos ver en la encuesta:

De los encuestados se pudo obtener un gran monto de información valiosa en lo que refiere al pensamiento de los usuarios y sus familiares con respecto la problemática planteada, por ejemplo: En la pregunta número 8 “¿Conoce otros espacios donde puede realizar AF o rehabilitación?” Solo el 22,2 % (8 individuos) seleccionaron la opción “SI”, el 77,8% restante selecciono “NO”.

El 88,9% (32 individuos) de los encuestados seleccionaron la opción “NO” en la pregunta 11, “¿Considera que la cantidad de instituciones alternativas al día de hoy es suficiente?”. (Cuaderno de evidencias p.4)

Estos datos reafirman que los usuarios no tienen conocimiento de otras instituciones que les brinden servicios similares y también están de acuerdo en que tener la posibilidad de ir a otros centros sería positivo.

3- ¿Cómo afecta esa falta de espacios a los usuarios de la institución?

En relación a esta pregunta se puede observar cómo dificulta la falta de espacios a los usuarios y sus familiares. En la pregunta número 10 ¿Piensa que es necesario la opción de poder ir a otras instituciones o espacios por tema de cercanía, medios o recursos? 26 de los 36 encuestados seleccionaron la opción “Si”, es decir el 72% de la muestra, mientras que solo el 27%, es decir 10 usuarios/familiares seleccionaron la opción “NO”. (Cuaderno de evidencias - p.7)

Esta pregunta se puede analizar de dos visiones: la primera deja en evidencia que los usuarios creen que es necesario tener la posibilidad de ir a otra institución más cercana por un tema de costos de traslados y comodidad.

Desde la perspectiva de los investigadores cuando tuvieron la oportunidad de acercarse y hablar con los familiares de los pacientes, la mayoría hacía referencia a que se bien estaban muy contentos con la institución. Por otra parte, el tema del traslado les generaba un inconveniente ya que demoraban incluso una hora en llegar, muchas veces en dos

medios públicos diferentes e incluso a veces con la incomodidad de silla de ruedas. Esto hizo dar cuenta aún más la importancia para ellos de contar con otro centro en las cercanías de sus barrios.

Por otra parte en la pregunta número 3: Cómo se siente en la institución? El 41,7 % se siente conforme con la institución y su trabajo, el 50% selecciono la opción “muy conforme”. (Cuaderno de evidencias – p.4)

De estas estadísticas podemos deducir que, si bien los usuarios creen que es conveniente el poder ir a otras instituciones, luego se puede ver que ellos están muy conformes con la institución, por lo que se deduce que los usuarios son los menos perjudicados con esta problemática.

5.2 Propuesta de mejora

Terminada la aproximación diagnóstica, se dio paso a la segunda etapa que fue realizar la propuesta de mejora para superar la incidencia negativa que tiene la falta de una red de rehabilitación.

Tomando en cuenta esta problemática se elaboraron objetivos, tanto generales como específicos y estructurando actividades y metas para lograr cumplirlos. A su vez, se reconoció a los actores que formaran parte del proceso de acción y los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

El plan fue propuesto teniendo en cuenta a las posibilidades reales que posee el centro y todos los datos anteriormente fueron expresados en una planilla operativa (anexo – p.LV) para organizar la información.

El objetivo general del proyecto fue lograr establecer un vínculo con por lo menos 3 plazas de deportes y/o centros de rehabilitación en Montevideo.

A partir del objetivo general se plantearon objetivos específicos que fueron:

1. Hacer una búsqueda y listado de posibles plazas o centros disponibles para contactar y lograr un convenio.
2. Realizar charlas informativas con los usuarios para dar a conocer los posibles nuevos lugares para implementar la derivación.

3. Realizar selección del personal que se ocupará de la tarea de contactar a las otras instituciones y derivar a los pacientes.

Una vez planteados los objetivos específicos se pasó a establecer metas para cada uno de ellos:

1. Haberse contactado con el 100% de los lugares de la lista
2. Haber realizado por lo menos 3 charlas informativas a lo largo del año.
3. Tener por lo menos 3 personas asignadas a estas tareas y haber generado un protocolo de acción para derivar pacientes.

A su vez, para la realización de estas metas, se pensaron distintas actividades:

- 1.1 Elaboración de lista con los lugares para contactar.
- 1.2 Preselección e investigación sobre 3 lugares.
- 1.3 Contacto con los lugares de la lista y buscar el convenio.
- 2.1 Selección de 3 fechas para realizar las charlas.
- 2.2 Definición los temas a tratar en las charlas.
- 2.3 Definición de quienes realizarán las charlas.
- 3.1 Establecer el perfil de cargo de las personas.
- 3.2 Selección dentro del personal las personas que estarán a cargo.
- 3.3 Capacitación a los funcionarios elegidos sobre las nuevas tareas y formas de trabajo.

Establecidos los puntos anteriormente planteados se busca dar solución palpable a la problemática encontrada. El plan de mejora fue mejorando a medida que el investigador tuvo intercambio con los referentes de la institución.

6. CONCLUSIONES GENERALES

6.1. Los resultados obtenidos del trabajo con el centro fueron mediante el diagnóstico en primer lugar y del plan de mejora en segundo lugar.

En la primer parte del año el objetivo fue conocer a los actores de la institución, mediante entrevistas y encuestas. De esta manera pudimos hacer un análisis de las fortalezas y de las debilidades del centro de salud y así elegir una problemática para ayudar a mejorar en ese aspecto.

La debilidad encontrada fue la falta de una red de rehabilitación donde derivar los pacientes y los factores causales más preponderantes para esta problemática fueron: La falta y desconocimiento por parte tanto de los funcionarios como de los usuarios de otros centros de rehabilitación, la falta de coordinación interinstitucional, la falta de un protocolo de acción a la hora de referir pacientes y la falta de personal, más específicamente de trabajadores sociales que se encarguen de esta tarea.

Una vez se obtuvo esta información se prosiguió a la segunda parte del trabajo, plantear un plan de mejora trabajando conjuntamente con referentes de la institución para lograr metas que sean reales y alcanzables. Para esto se plantearon objetivos y metas para luego diseñar una planilla operativa donde se plantearon las actividades, los actores el espacio y tiempo, el costo de operación y un cronograma.

Para este plan en particular se decidió que la mejor manera de abordar el problema era corregir estos factores, manejando una mejor organización dentro de la institución, haciendo una búsqueda de posibles centros donde derivar a los pacientes y la relevancia de contratar más asistentes sociales que se encarguen principalmente de ese aspecto.

Si bien el centro no tiene previsto aumentar su presupuesto en sueldos, la mejor opción sería contratar estudiantes que se vinculen a la institución como pasantes a un sueldo más accesible para la misma. El rol que deberán cumplir los mismos será de contactarse con las otras instituciones y formular un protocolo de acción con pasos a seguir para cuando se considere que los pacientes ya han cumplido su ciclo en la institución y deba ser derivado.

Los referentes del centro ya establecidos tendrán la misión de realizar charlas informativas a los usuarios explicando la nueva dinámica en caso de ser derivados o los beneficios que se le pueden brindar de ser derivado.

En conjunto, los referentes y los asistentes sociales, deberán definir cuáles son los usuarios que ya han cumplido un ciclo y están en condiciones de dejar la institución para seguir su rehabilitación en otro lado.

Esta red tendrá un impacto positivo en la institución ya que mejorara la rehabilitación de los usuarios y permitirá un flujo de entrada mayor de nuevos pacientes.

6.2 Concluimos que si bien el proceso de investigación y de intervención en el centro de salud es un trabajo extenso el cual requiere la concentración y compromiso de los investigadores a lo largo de todo un año, se pudo comprender la importancia que tiene cada punto en la investigación para poder llegar a un plan que tenga sentido y sea viable.

Tanto la profundización teórica dentro de los puntos relevantes del problema como también la forma metodológica que el trabajo adopta se vuelven puntos cruciales a la hora de entender el trabajo final de grado.

Al final del mismo el investigador llega a una sensación de logro al ver que todo el largo proceso de investigación, recolección de datos, análisis y la elaboración de un plan de mejora toma un sentido y se convierte en un plan palpable para ayudar a una institución que ayuda a mucha gente en el país.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Ander-egg (1993) *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires, Argentina: Magisterio del Río de la Plata
- Anónimo (2012). *Censo: sorpresa por alto número de discapacitados*. Recuperado de: https://www.180.com.uy/articulo/28890_Censo-sorpresa-por-alto-numero-de-discapacitados
- Batthyány, B. y Cabrera M. (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales*. Montevideo, Uruguay: Unidad de Comunicación de la Universidad de la República.
- Cea D'Ancona, M. (1999). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid, España: Síntesis Sociología
- Corbetta, J. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid, España: Closas Oryocen, S.A.
- Lenteni, M. (2002). *El estudio de casos como estrategia de enseñanza-aprendizaje y de investigación: su potencialidad para abordar la complejidad desde perspectivas interdisciplinarias*.
- Editorial Definición MX. (2014) “*Redes interinstitucionales*” sitio: Definición MX.
- Frigerio, G., Poggi, M. G Tramonti, G. Buenos Aires (1992) *Las instituciones educativas*.
- García Domingo, B. Y Quintanal Díaz J. (S. f) *Métodos en la Investigación y Diagnostico en la Educación. La investigación Educativa*.
- German Zucchi, D (2001). *Deporte y discapacidad*. Revista digital Ef Deportes, 43, 3-4.
- Hernández - Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista – Lucio, P. (2004). *Metodología de la investigación*.
- Hernández - Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista – Lucio, P.(2014). *Selección de la muestra*.
- Casajús, J. y Vicente - Rodríguez, G. (2011). *Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales*. Madrid, España: Consejo superior de deportes, subdirección general de deporte y salud, servicio de documentación y publicaciones c/Martin Fierro.
- López, A. y Ruiz, J. (2004) *Gestión de calidad en centros educativos no universitarios*. Educar en el 2000.
- Muñoz, A. (2010). *Discapacidad: Contexto, concepto y modelos*. International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional.
- Murillo y Krischesky, G.T (2012). “*El proceso de cambio escolar*”. Madrid, España: Revista Iberoamericana sobre la Calidad, Eficacia y Cambio en Educación – Volumen 10, Número 1.

- Saldarriaga, C. (2007) "*Corporación somos más – Guía para el Fortalecimiento y Articulación de Redes de Organizaciones Sociales*". Recuperado de: <https://adocnorte.files.wordpress.com/2010/06/guiafortalecimientoredes-v1-0.pdf>
- Márquez, S. y Garatachea, N. (2010). *Actividad física y salud*. España: Editorial Díaz de Santos.
- Asún, S. (2016). *Actividad física y deporte adaptado a personas con discapacidad*. Zaragoza, España: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Sautu, R. (2005). *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. Ed.- Buenos Aires: Lumiere.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- OMS (1997) *Carta de Yakarta – “Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI”*. Recuperado de: <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indonesia-1997>
- OMS, OPS. (2007). *27 Conferencia Sanitaria Panamericana. 59 Sesión de comité regional OMS*. Wshington, D.C., EUA. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-fr-s.pdf>
- OMS (2001) "*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud - CIF*". Recuperado de: https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- ONU (2006) "*Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*". Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Recuperado de: <https://www.who.int/es>
- Palacios, A. (2008) "*El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad*". Madrid, España: Grupo Editorial CINCA
- Rivas, D. S. (2012). *Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad*. Barcelona, España: Paidotribo.
- Rehabilitación Internacional (1982) "*Carta para los años 80*", Madrid. Edición Castellán.
- Yacuzzi, E. (s.f). *El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación*. Argentina: Universidad del CEMA
- Zimmermann, A. (2004) *La gestión de redes. Caminos y herramientas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

ANEXOS

ÍNDICE:

ANEXO I: Informe de aproximación diagnóstica

ANEXO II: Propuesta de mejora

ANEXO III: Actas

Anexo I - Informe de aproximación diagnóstica

**INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA RECREACIÓN Y DEPORTE**

**INCIDENCIA DE LA FALTA DE ESPACIOS DONDE REFERIR
A LOS PACIENTES FINALIZADA LA REHABILITACIÓN**

Asignatura: Taller de Proyecto Final I

Docente: Nicolás Raffo

MARIANA FRASSINETTI

EDUARDO SAN JULIAN

MONTEVIDEO

2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

“Los abajo firmantes Mariana Frassinetti y Eduardo San Julián, somos los autores y los responsables de todos los contenidos y de las opiniones expresadas en este documento, que no necesariamente son compartidas por el Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes”.

C.I: 4.808.791-1

C.I: 4.498.046-2

RESUMEN

El siguiente trabajo trata de un análisis y la realización de un plan de mejora para una institución de rehabilitación que proporciona actividades para mejorar la calidad de vida de personas discapacitadas. Se decidió hacer el trabajo en este centro ya que se vincula fuertemente con el trayecto elegido por ambos estudiantes y se considera que se puede tener herramientas para ayudar con las problemáticas presentes en la institución.

Al hacer la primera intervención de análisis mediante una serie de entrevistas a los referentes de la institución se detectó que una de las problemáticas actuales es la falta de espacios donde referir a los pacientes una vez finalizada la rehabilitación. Esta problemática no solo perjudica a los pacientes en rehabilitación sino que también impide el ingreso de nuevos pacientes por un tema de cupos del centro. Se cree que una red de rehabilitación donde se involucren otros centros y plazas de deportes le puede aportar a los pacientes otro tipo de actividades y puede mejorar el flujo de usuarios dentro de la institución impidiendo el estancamiento de los mismos.

Luego identificar dicho problema, se realizaron dos colectas de datos que permitieron realizar un modelo de análisis para cada colecta y un modelo de análisis final. En ellos, se detecta que las dimensiones más involucradas eran la administrativa y la comunitaria pudiendo visualizar los factores causales del problema en cuestión.

Al finalizar todas las etapas del trabajo se expresaron un par de conclusiones, para generar una posible solución a la problemática expresada.

Palabras clave: rehabilitación – discapacidad - actividad física adaptada

ÍNDICE

1. INTRODUCCION	6
2. PROPÓSITO DEL ESTUDIO	7
3. PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO EN ESTUDIO	8
4. ENCUADRE TEÓRICO	10
5. PROPUESTA METODOLÓGICA	12
<u>5.4 Fase de estudio:</u>	13
<u>5.4.1 Fase exploratoria:</u>	13
<u>5.4.2 Primera colecta de datos:</u>	14
<u>5.4.3 Segunda colecta de datos</u>	14
6. ANÁLISIS DE DATOS	15
<u>6.1. Criterios y fases de análisis</u>	15
<u>6.2.1. Fase exploratoria</u>	15
<u>6.2.2 Fase de primera colecta de datos</u>	16
<u>6.2.3 Fase de segunda colecta de datos</u>	17
<u>6.2.3 Fase del modelo final</u>	17
7. CONCLUSIONES GENERALES	20
8. REFERENCIAS	21

1. INTRODUCCION

El siguiente estudio trata sobre cómo influye la falta de una red de rehabilitación en una institución de la zona de Carrasco. Dicha investigación es realizada para la materia Taller de proyecto 1, de la Licenciatura de Educación Física, Recreación y Deporte (LEFRD).

En el inicio del informe se dará a conocer el contexto de estudio, el propósito y el problema a investigar con las respectivas preguntas de investigación.

Posteriormente se desarrollarán conceptos básicos que servirán para comprender y darle un encuadre teórico al estudio. Los conceptos básicos a definir serán: Rehabilitación, Actividad Física Adaptada (AFA) y Discapacidad, todos relacionados con la institución, con el problema a tratar y con el trayecto de salud.

El punto siguiente es la realización de la propuesta metodológica donde se detallará el cómo y el por qué fueron elegidas dichas formas de recabar información y se hará énfasis en cada uno de los métodos utilizados para recabar información: Fase exploratoria, Primer colecta de datos y Segunda colecta de datos.

El primer método fue una entrevista exploratoria realizada a la médica de piso para tener un panorama global de cómo se manejaba la institución y poder detectar alguna problemática actual en el centro.

Posteriormente se realizó la primer colecta de datos a través de tres entrevistas más a distintos funcionarios de la institución los cuales cumplen diferentes roles. Luego se realizó la segunda colecta de datos donde se utilizaron encuestas a los usuarios y familiares para seguir recabando la información necesaria, los datos fueron analizados para luego realizar una matriz y un modelo de análisis los cuales ayudarán a responder las preguntas de investigación anteriormente realizadas.

Una vez explicado esto, se avanzará a mostrar el análisis de los datos recabados en las fases anteriores con el fin de poder ir encontrando una respuesta a las preguntas de investigación.

Cabe destacar que tanto las entrevistas como las encuestas fueron previamente evaluadas mediante testeos para luego poder aplicar las que fueron utilizadas en el estudio.

Una vez teniendo los resultados de los análisis, se plantean las conclusiones generales las cuales le dan un cierre a la investigación.

2. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El interés por abordar este tema de estudio surge a partir del previo conocimiento de la institución por parte de los estudiantes. La misma atiende a personas en situación de discapacidad ofreciendo su rehabilitación a través de la actividad física entre otras propuestas. Uno de los epicentros del trayecto de Actividad Física y Salud es la rehabilitación y actividad física adaptada, como estudiantes de esta orientación, se tiene un gran conocimiento acerca de estos conceptos y lo importantes que son para el trabajo de un docente de Ed. Física.

A partir del relevamiento de datos se pudo detectar que unas de las mayores problemáticas presentes en la institución es la falta de espacios donde referir a los pacientes finalizada su rehabilitación. La discapacidad en Uruguay es algo que ha ido en aumento, uno de los últimos censos en el 2011 del Programa Nacional de Discapacidad muestra que más de 500.000 uruguayos declararon tener alguna discapacidad. Esta cifra corresponde a un 16% del total de la población, por lo que la institución intenta siempre estar sumando gente nueva para poder tratar a la mayor cantidad de personas por año. Debido a la falta de espacios donde referir pacientes, se ha generado una baja en la calidad del tratamiento de los usuarios. Muchos individuos que están hace años, no tienen un lugar donde seguir su rehabilitación estancándose e impidiendo el ingreso de nuevos pacientes por falta de cupos.

Por ello se persiguió la idea de entender:

1- ¿Cómo condiciona al trabajo de la institución la falta de espacios donde referir al paciente?

2- ¿Cuáles son los espacios actuales con los que cuenta la institución para referir a los mismos?

Se cree que dicha problemática no solo afecta a la institución y a sus funcionarios, si no que los pacientes/usuarios también se ven envueltos en la misma, por eso para la intervención es necesario saber

3- ¿Cómo afecta esa falta de espacios a los usuarios de la institución?

3. PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO EN ESTUDIO

El lugar en donde se desarrolla el estudio se caracteriza por intervenir desde un paradigma de la rehabilitación y considera la discapacidad desde su definición médica. En lo que refiere a la población con la que trabaja son discapacitados, específicamente hay discapacidades motoras y cognitivas de todas las franjas etáreas. Por otra parte, la mayoría de los que asisten al centro son de recursos económicos medio-bajos o bajos, aspecto que la institución tiene muy presente al momento de intervenir.

El equipo de trabajo está conformado por docentes de educación física, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos y trabajadores sociales.

En lo que refiere a la infraestructura, el centro cuenta con dos piscinas, una de ellas en el sector de afuera, es techada y su temperatura es de unos 34° C aproximadamente, es toda profunda y cuenta con un solo vestuario. La otra piscina se encuentra en el interior del edificio con la misma temperatura y cuenta con tres niveles de profundidad.

Además de las piscinas, espacio muy utilizado en las actividades adaptadas y de rehabilitación, cuentan con un gimnasio para adultos, uno multiuso y un tercero en el nivel más alto el cual es el más frecuentado por los usuarios y los profesionales de la institución. Por último hay consultorios para los médicos y psicólogos del centro y una enfermería.

Casi el 100% de los usuarios de este centro vienen acompañados por familiares que son los encargados de traerlos y muchos están muy involucrados en lo que es la rehabilitación de su ser querido. El familiar del usuario tiene un rol esencial en su calidad de vida, y todos los funcionarios son muy conscientes de la importancia que tienen. Aquellos acompañantes que no entran a la clase de su familiar o a la actividad que le corresponde puede esperar a que finalice en la sala de estar. Este espacio cuenta con muchos sillones, bancos y mesas, además de tener una biblioteca de uso comunitario, en donde los familiares o usuarios que esperan a que su clase comienza pueden pasar un rato ameno.

Para lo que es el trabajo de los profesores de educación física y fisioterapeuta tienen abundancia y variedad de materiales que se encuentran en buen estado y pueden ser utilizados con todos los usuarios. Las actividades comienzan desde temprano en la mañana hasta la noche de lunes a viernes, y los sábados las actividades se concentran más en lo que es la mañana hasta la tarde.

4. ENCUADRE TEÓRICO

Los conceptos que se consideran clave para comprender el estudio son la Discapacidad, la Rehabilitación, y por último la Actividad Física Adaptada (AFA). Estas palabras que se definirán a continuación se conectan todas entre si y es muy importante tener los conceptos claros para entender la finalidad del estudio así como también el trabajo que lleva este centro día a día.

Primero se decidió definir la palabra discapacidad ya que es la razón por la cual el centro de rehabilitación surge y tiene un propósito: intentar mejorar la calidad de vida de las personas con distintas discapacidades. Por esto mismo es considerado un tema relevante para el ámbito de la salud (trayecto elegido por los estudiantes).

La discapacidad es tomada como una “situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive.” (Muñoz, 2010, p.5). Se entiende que presenta varias dificultades desde lo funcional o estructural del cuerpo, pasando por limitaciones en la actividad o realización de acciones-tareas, hasta la restricción de un individuo con alguna situación en su vida cotidiana.

Discapacidad presentada en una forma más acotada, se define como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia”. (Muñoz, 2010).

Una vez definido el concepto de discapacidad surge irremediamente la palabra rehabilitación. Una vez identificada la discapacidad, es aquí donde la institución debe preguntarse ¿De qué manera se puede ayudar a estas personas a mejorar su condición? Y es aquí donde se comienza a elaborar un plan de rehabilitación para esa persona.

Según la OMS (2019)

La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.

Luego de que se conociera el centro se llega a la conclusión de que uno de los problemas del que hablan reiteradamente los funcionarios era que no existía una red de rehabilitación para poder derivar a los pacientes a otros lugares para que puedan continuar su rehabilitación ya sea en una plaza de deportes o en otro centro de similares características y no se estancan o se genere una sobrepoblación de usuarios. Por eso decidimos que este

sería nuestro tema central de estudio, saber de qué manera afecta la falta de una red de rehabilitación a la institución y por eso también que decidimos definirlo a continuación.

Red de rehabilitación: Se entiende por red de rehabilitación cuando dos o más instituciones forman un convenio para poder derivarse pacientes con el fin de continuar y mejorar su rehabilitación.

Otro concepto que se relaciona directamente con nuestra área como profesores, las instituciones de rehabilitación y sus pacientes, es la actividad física adaptada. La cual se utiliza cada vez más como una forma de rehabilitación y también como un componente lúdico y motivacional para personas con discapacidades. Es una actividad que se practica en la institución como también se practica en las plazas públicas donde muchas veces se intenta derivar pacientes pero casi siempre sin éxito.

Hay varios conceptos sobre lo que es la Actividad Física Adaptada (AFA), no se ha podido establecer una única definición que englobe a la AFA en su totalidad, pero muchos autores concuerdan que se puede tomar como: "Todo movimiento, actividad física y deporte en los que se pone especial énfasis en los intereses y capacidades de las personas con condiciones limitantes o problemas de salud o personas mayores" (Doll-Tepper, 2001, p.11 en Rivas, 2012). Otras de las definiciones que se utilizan es la que se ve plasmada en el libro Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad, toman a la AFA como una práctica multidisciplinaria relacionada con las actividades a lo largo de la vida de las personas cuya estructura funcional requieren de un conocimiento experto para adaptar y adecuar su ecosistema. Para ello es necesario los expertos tiene que facilitar el acceso igualitario, la integración e inclusión, para lograr su bienestar, generando posibilidades éxito a través del movimiento. (Rivas, 2012).

Una vez definidos los conceptos que se consideran relevantes y dándole un encuadre teórico al proyecto podemos proseguir con la propuesta metodológica.

5. PROPUESTA METODOLÓGICA

5.1- El estudio de caso es considerado por algunos autores como un método y otros como un diseño de la investigación cualitativa, dando lugar a definiciones como la de Yin (1993), el estudio de caso no tiene especificidad, pudiendo ser usado en cualquier disciplina para dar respuesta a preguntas de la investigación para la que se use.

También Yin (1994), define al estudio de caso como : “una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.” (pág. 13)

5.2 El universo de esta investigación son todos los individuos que componen el centro, tanto usuarios como funcionarios. Para la muestra se utilizó una médica, profesores de educación física, a una asistente social y a 36 usuarios.

El contexto donde se desarrolla el estudio es un instituto de rehabilitación, apuntando a ser un modelo a seguir en el país. La institución persigue mejorar la capacidad motriz en personas con discapacidad para mejorar su calidad de vida. Se ubica en Montevideo, en el barrio de Carrasco. Asiste gente de todos lados de Montevideo por eso a veces también se hace difícil la continuidad en la rehabilitación ya que muchas veces el transporte se convierte en un problema. Asiste gente de todas las edades pero predominan los adultos mayores.

5.3 Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron la entrevista y la encuesta. Específicamente los tipos de entrevistas fueron la entrevista en profundidad y la semi estructurada y en lo que refiere a la encuesta fue auto administrada.

Según García Domingo y José Quintanal Díaz (s.f) la encuesta es una “técnica de investigación basada en las declaraciones emitidas por una muestra representativa de una población concreta y que nos permite conocer sus opiniones, actitudes, creencias, valoraciones subjetivas, etc”. Es muy utilizada por los investigadores e instituciones reconocidas mundialmente, lo reconocen como el instrumento de sondeo con mayor valor. Otros autores como Cea D'Ancona (1999) le definen caracterizándola por un procedimiento estandarizado para obtener información tanto oral como escrita de una muestra representativa de la población de interés.

A la entrevista de investigación se la puede definir como una conversación entre dos personas, entrevistador e informante. Dirigida y registrada por dicho entrevistador con la intención de favorecer la producción de un discurso de carácter conversacional, continuo y con una cierta

línea argumental del entrevistado sobre un tema puntual bajo el marco de una determinada investigación. (Cabrera y Batthyány, 2011)

Por otra parte Corbetta (2007) propone un tipo de clasificación para las entrevistas según el grado de estandarización, es decir de libertad o restricción que se otorga a los dos actores nombrados anteriormente. Puede ser entrevistas estructuradas, semi estructuradas o no estructurada.

El tipo de entrevista que se vio presente en este trabajo fue la entrevista semiestructurada, en donde “el investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta.” (Corbetta, 2007, p.90)

5.4 Fase de estudio:

En cuanto al desarrollo del estudio se decide realizar distintas técnicas a lo largo del semestre para poder ir conociendo el funcionamiento de la institución como también a sus usuarios y funcionarios. Para recabar información se utilizaron los siguientes instrumentos: Entrevistas y encuestas. El primer paso, como se nombra anteriormente, fue realizar una entrevista exploratoria a la médica de piso para poder conocer la institución y explorar los puntos fuertes y débiles de la misma (ver Anexo 2). Luego se realizaron tres entrevistas más, a una médica, profesora de educación física y asistente social con el fin de recabar la mayor información posible acerca de la institución y acerca del problema que se decidió analizar (Ver Anexo 5.1, Anexo 5.2 y Anexo 5.3). Y por último se realizaron 36 encuestas a los usuarios de la institución (Ver Anexo 7). Todos los datos fueron posteriormente analizados realizando una matriz y un modelo de análisis.

5.4.1 Fase exploratoria:

Como se dijo anteriormente el primer paso fue realizar una entrevista exploratoria a quien se consideró un actor importante dentro de la institución la cual fue la médica de piso. El objetivo de esta entrevista fue conocer la forma de trabajo de la institución e identificar algún problema abordable para generar un plan de intervención con el fin de mejorar en ese aspecto. Dicha entrevista fue realizada en la institución.

El siguiente paso fue desgravar la entrevista para así identificar los puntos débiles. Una vez localizados los mismos se comenzó a realizar el anteproyecto (Ver Anexo 4) realizando las preguntas de investigación las cuales serán vitales para el resto del estudio y técnicas que se utilizarían y formas de análisis.

5.4.2 Primera colecta de datos:

Una vez terminado el anteproyecto se prosiguió a hacer la primera colecta de datos, para la cual se eligieron las entrevistas como instrumentos. La primer entrevista fue realizada en la institución el día 21 de mayo, si bien la entrevista se realizó a la misma persona que en la entrevista exploratoria las preguntas fueron más dirigidas al problema que decidimos

atacar por lo que nos brindó una información totalmente diferente y abundante para poder proseguir con la intervención.

La segunda entrevista fue realizada el mismo día en el mismo lugar a una profesora de educación física. Al igual que la primera entrevista las preguntas nos dieron la información que precisábamos para seguir indagando sobre el problema seleccionado pudiendo así seguir con el trabajo.

La tercera entrevista se realizó a una asistente social para tener otra visión del problema. Fue realizada el jueves 27 junio en la institución. Fue una entrevista un poco más breve pero igualmente se pudo recabar información relevante para el trabajo.

Al tener todos los datos de la primera colecta se realizó la matriz de análisis (Ver Anexo 6) ordenando los problemas relacionados al problema de investigación por dimensiones.

5.4.3 Segunda colecta de datos

El instrumento elegido para la segunda colecta de datos fue la encuesta (ver Anexo 7). La misma se realizó a 36 usuarios de la institución. Podía ser completada por usuarios de la institución o sus familiares. En dicha encuesta se plantearon 15 preguntas con distintas opciones donde el encuestado debía marcar la opción que creía más pertinente. Las preguntas eran mayoritariamente cerradas, pero había algunas preguntas abiertas.

Un día antes de aplicadas las encuestas se realizó un testeo a un usuario, para comprobar si el instrumento era válido para la población dirigida. El encuestado pudo contestar todas las preguntas sin ningún inconveniente, es por esto que no se realizaron cambios en la estructura de la encuesta.

El objetivo de las preguntas en la encuesta es poder ver si la falta de una red de rehabilitación afecta su rehabilitación y por ende su calidad de vida. Luego de tener los resultados de las encuestas se realizó una matriz de análisis de datos (Anexo 8) convirtiendo esos números en porcentajes para sí poder sacar conclusiones.

6. ANÁLISIS DE DATOS

6.1. Criterios y fases de análisis

Para realizar el análisis correspondiente se expondrá la información obtenida durante las diferentes colectas de datos y sus respectivas fases. Las cuales fueron la entrevista exploratoria y su matriz de análisis, el anteproyecto, las 3 entrevistas semiestructuradas, con su matriz de análisis y modelo de análisis, las 36 encuestas como segunda colecta de datos, con su matriz de análisis y modelo, y para finalizar uno último modelo de análisis que une los dos primeros, tanto de la primera colecta como de la segunda. Una vez presentada la información se la triangulará a partir del marco teórico, los datos y la percepción del problema en cuestión por parte del equipo de trabajo como futuros docentes de Ed. Física.

La información recolectada se ordenó en una matriz compuesta por 4 dimensiones: Organizacional, Administrativa, Comunitaria e Identitaria. El modelo de análisis de la primer colecta (ver Anexo 9.1), el segundo modelo (ver Anexo 9.2) y el modelo final (ver Anexo 9.3) se basan en estas dimensiones, en ellos se presenta la dimensión más afectada en cada etapa, los cuales serán desarrollado en profundidad a continuación.

6.2.1. Fase exploratoria

Luego de seleccionar la institución y de generar una comunicación entre los funcionarios/directivos y los autores del trabajo se pactó un día de entrevista. Aquí comenzó la fase exploratoria, según Ander-Egg (1993) la “fase exploratoria, cuyo propósito es el de permitir al investigador familiarizarse e interiorizarse con parte de los conocimientos existentes dentro del campo o ámbito que es objeto de investigación.” (p.142). En esta fase se aplicó una entrevista de tipo exploratoria o como otros autores llaman, en profundidad (Ver anexo 2) a la médica de piso de la institución, uno de los cargos más altos dentro de la misma. Se identificaron varios problemas asociados al trayecto al realizar la matriz de análisis de la entrevista (ver Anexo 3), de los cuales se seleccionó el de mayor relevancia para tratar en el presente proyecto: la falta de otros espacios para que los usuarios mantengan o seguían mejorando lo conseguido en el instituto una vez finalizada la rehabilitación. Dicha problemática surge a partir de una de las debilidades que la entrevistada nombra: - “...Y la otra debilidad es que no tenemos muchas veces lugares donde referir al paciente después que termina su proceso de rehabilitación entonces se alargan de repente las estadías de los pacientes...eh...porque no hay donde derivarlos posteriormente. Nos pasa sobre todo con los niños que de repente vienen chiquitos con dos años y se van con dieciocho y no es la idea del trabajo acá, el tema es que...cuando cortamos el tratamiento acá no tenemos a donde mandarlo.” (Anexo 3, E.E, G.P, p.2). Tomando como puntapié esta matriz con el problema seleccionado se comenzó a abordar la siguiente fase, el anteproyecto (ver anexo 4). En él se plasmó la mejora de la red de rehabilitación como foco de la investigación, y se formularon 3 preguntas problemas que guiaron el trabajo.

6.2.2 Fase de primera colecta de datos

Luego de aplicados los instrumentos de recolección de datos a 3 funcionarios de la institución se prosiguió a realizar la matriz de análisis (ver Anexo 6). Los instrumentos utilizados, como se nombra con anterioridad, fueron 3 entrevistas semiestructuradas. Una de ellas dirigida, nuevamente, a la médica de piso de la institución (ver Anexo 5.1), otra a la coordinadora del área de Ed. Física (ver anexo 5.2), quien también es docente en la institución y la tercera a la asistente social (ver Anexo 5.3). A raíz de toda la información brindada por

los funcionarios se pudo completar la matriz dejando en evidencia que la dimensión más afectada era la administrativa por encima de las demás.

A continuación, se presentan algunos fragmentos que argumentan las debilidades en esta dimensión: "...Porque en realidad como que básicamente a todos los pacientes que le das el alta que tratas de derivarlos, en los hechos la gran mayoría no...no sigue actividad física y terminan pidiendo reingreso pese al tiempo, se les hace un serie de acondicionamiento físico, no les es fácil conseguir un lugar donde siga la actividad física..." (Anexo 3, E.1, G.D, P1). "Incluso lugares que ya sabemos que podemos derivar al paciente no es tan sencillo...una cosa es lo que nos prometen y otra cosa es lo que sucede. La gran mayoría salvo que puedan pagar alguna actividad privada les cuesta conseguir lugar" (Anexo 3, E1,G.D,P2). "Mira, hasta ahora teníamos el contacto de una persona que estaba a cargo de toda esa parte pero está certificada...y hoy justo me reuní con la profesora de trabajo sociales que me dijo que me iba a contactar con la persona que está coordinando todo." (Anexo 3, E1,G.D,P2). No, no hay un protocolo, el año pasado hicimos la guía de recursos porque no había, no sabían a donde derivar los pacientes, o sea los usuarios a la hora de terminar la rehabilitación." (Anexo 6, I.M,E3,P2)

De estos fragmentos, se redactaron los tres posibles factores causales, que fueron: Falta de lugares donde derivar al paciente, las formas de coordinación interinstitucional y la falta de personal.

Luego de armado la matriz y el modelo de análisis, se pasó a la siguiente fase de recolección de datos.

6.2.3 Fase de segunda colecta de datos

En esta fase se aplicaron el otro instrumento seleccionado; la encuesta (ver Anexo 7). Con los datos recolectados se realiza la segunda matriz de análisis (ver Anexo 8) y un modelo de análisis (ver Anexo 9.2). En el modelo de análisis, la comunitaria es la dimensión más afectada. De los encuestados se pudo obtener mucha información relevante en lo que refiere al pensamiento de los usuarios y sus familiares sobre la problemática planteada, por ejemplo: En la pregunta numero 8 (ver Anexo 7), "¿Conoce otros espacios donde puede realizar AF o rehabilitación?" Solo el 22,2 % (8 individuos) seleccionaron la opción "SI", el 77,8% restante selecciono "NO". El 88,9% (32 individuos) de los encuestados seleccionaron la opción "NO" en la pregunta 11 (ver Anexo 7), "¿Considera que la cantidad de instituciones alternativas al día de hoy es suficiente?".

Con estos datos se evidenciaron los factores causales, los cuales se relacionan con la etapa anterior. Los mismos son fueron: Tiempo de permanencia en la Institución, desconocimiento de otras instituciones de rehabilitación, falta de instituciones de rehabilitación.

6.2.3 Fase del modelo final

Para este modelo de análisis final (Ver Anexo 9.3) se tomó en cuenta el modelo de la primera colecta de datos (Ver Anexo 9.1) y el de la segunda colecta de datos (Ver Anexo 9.2). A raíz de esto las dimensiones más relevantes son la administrativa y la comunitaria.

El sector y los actores más implicados en esta problemática son: Dirección, funcionarios y los usuarios con sus familiares.

De esta manera los factores causales que inciden en la falta de espacios donde referir a los pacientes finalizada la rehabilitación son: La forma y falta de coordinación entre instituciones aptas para este tiempo de población, falta de personal, la falta y/o el desconocimiento de este tipo de lugares, por parte de los usuarios y sus familiares y el tiempo de permanencia en la institución.

Presentado el modelo final, se intentara dar respuestas a las preguntas de investigación expresada en el Anteproyecto (Ver Anexo 4), la primera fue ¿Cómo condiciona al trabajo de la institución la falta de espacios donde referir al paciente? La falta de espacios donde referir a los pacientes influye negativamente en el trabajo de la institución ya que como dice la médica de piso en una de las entrevistas: "Incluso lugares que ya sabemos que podemos derivar al paciente no es tan sencillo...una cosa es lo que nos prometen y otra cosa es lo que sucede. La gran mayoría salvo que puedan pagar alguna actividad privada les cuesta conseguir lugar" (Anexo 3, EE, G.D, P2).O como en otra de las entrevistas cuando se le pregunta si hay existe convenio con alguna institución para referir a los pacientes: "No, no existe..." (Anexo 5.3, E3, I.M, P2). Al no haber lugares donde derivar los pacientes, estos deben quedarse más del tiempo necesario en la institución impidiendo el ingreso a nuevos pacientes.

Otro de los motivos por el cual la falta de espacios condiciona el trabajo de la institución como dice la profesora de educación física en una de las entrevistas: "Capaz que si hay casos desgastantes porque hay casos muy severos y uno se desgasta emocionalmente por decirlo de alguna manera" (Anexo 6, E2,A,P2). Al estar más tiempo del debido y no poder derivarlos, en ciertos casos la relación funcionario–usuario se vuelve desgastante y desmotivante para ambas partes.

La segunda pregunta, ¿Cuáles son los espacios actuales con los que cuenta la institución para referir a los pacientes? "Si, en realidad no hay un lugar directo para derivarla pero en caso que haya una situación que tengamos que derivar nos comunicamos con la plaza de deportes o lo que sea" (Anexo 6, E3,I.M, P1). Como podemos ver en este fragmento de entrevista con la trabajadora social no hay un espacio definido con el que la institución pueda contar a la hora de referir a los pacientes sino que es algo más improvisado. Como también podemos ver en este fragmento de la misma entrevista cuando se le pregunta si hay

algún protocolo estipulado cuando quieren derivar a alguien. "No, no hay un protocolo, el año pasado hicimos la guía de recursos porque no había, no sabían a donde derivar los pacientes, o sea los usuarios a la hora de terminar la rehabilitación." (Anexo 6,E3,I.M,P2)

Y por último ¿Cómo afecta esa falta de espacios a los usuarios de la institución? En relación a esta pregunta se puede observar como dificulta la falta de espacios a los usuarios y sus familiares. En la pregunta número 10 (Ver Anexo 8), ¿Piensa que es necesario la opción de poder ir a otras instituciones o espacios por tema de cercanía, medios o recursos? 26 de los 36 encuestados seleccionaron la opción "Si", es decir el 72% de la muestra, mientras que solo el 27%, es decir 10 usuarios/familiares seleccionaron la opción "NO". Si bien la falta de espacios como se nombra con anterioridad la mayoría lo ve como necesidad en la pregunta número 3 (Ver Anexo 8), ¿Cómo se siente en la institución? El 41,7 % se siente conforme con la institución y su trabajo y el 50% selecciono la opción "muy conforme", lo que se deduce que los usuarios y familiares son los menos perjudicados con esta problemática.

7. CONCLUSIONES GENERALES

En este punto de la investigación se busca identificar los factores causales más preponderantes los cuales llevaron a diseñar el modelo de análisis final y como se pueden mejorar.

Como se pudo identificar en el estudio la falta y el desconocimiento por parte tanto de los funcionarios como usuarios de otros centros es un punto muy influyente para que los mismos se vean afectados. Se considera que el centro puede mejorar la calidad de la rehabilitación de los usuarios si se logra un convenio con otras instituciones para seguir su tratamiento, pero la falta y el desconocimiento de los mismos ha sido una complicación para llevar a cabo la red. Se podría mejorar esto informando a los usuarios y a la institución de distintos lugares que estarían disponibles para recibir nuevos usuarios.

Otro factor influyente es la falta de coordinación interinstitucional, un tema netamente de la dirección del centro ya que no ha logrado ni establecer un protocolo para cuando se necesita derivar a un paciente ni lograr un convenio con algún club, centro o plaza pública para poder ser derivado una vez ha terminado el tratamiento. El siguiente factor podría mejorar con la sugerencia de que se arme un protocolo a seguir (el cual se sabe que no hay) para cuando se presenta la necesidad de derivar a un paciente y así facilitar la tarea de los responsables.

Por último esta la falta de personal, más específicamente de trabajadoras sociales que se encarguen de esta tarea. Se podría sugerir que se involucren más los estudiantes que están realizando pasantías en el centro que se le dé más importancia a esta tarea con los puntos anteriormente mencionados del protocolo y el conocimiento de otros centro que estén dispuestos a ser parte de una red.

Se creen que son aspectos modificables y que generarían una gran diferencia en la calidad de rehabilitación que tienen los usuarios hoy en día en la institución.

8. REFERENCIAS

- Ander-egg (1993) Técnicas de Investigación Social. Buenos Aires, Argentina: Magisterio del Río de la Plata
- Anónimo (2012). Censo: sorpresa por alto número de discapacitados. Recuperado de https://www.180.com.uy/articulo/28890_Censo-sorpresa-por-alto-numero-de-discapacitados
- Batthyány, B. y Cabrera M. (2011). Metodología de la investigación en ciencias sociales. Montevideo, Uruguay: Unidad de Comunicación de la Universidad de la República.
- Cea D'Ancona, M. (1999). Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid, España: Síntesis Sociología
- Corbetta, J. (2007). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid, España: Closas Oryocen, S.A.
- García Domingo, B. Y Quintanal Díaz J. (S. f) Métodos en la Investigación y Diagnostico en la Educación. La investigación Educativa.
- Muñoz, A. (2010). Discapacidad: Contexto, concepto y modelos. International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Recuperado de: <https://www.who.int/es>
- Rivas, D. S. (2012). Actividades físicas y deportes adaptados para personas con discapacidad. Badalona, España: Paidotribo.
- Yacuzzi, E. (s.f). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. Argentina:Universidad del CEMA

Anexo II - Propuesta de mejora

**INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE**

PLAN DE MEJORA

Proyecto de investigación presentado a la
asignatura Taller de Proyecto Final II.

Docente: Nicolás Raffo

EDUARDO SAN JULIÁN

MONTEVIDEO

2019

Declaración de Autoría:

Yo, Eduardo San Julián (4.498046-2) declaro que soy el autor de este trabajo en su totalidad, que fue realizado a modo de egreso para la Licenciatura de Educación Física, Recreación y Deporte en la asignatura Taller de proyecto final II.

Debemos mencionar que todo lo desarrollado en esta investigación es de mi pertenecer, y de no ser así fue citado el autor correspondiente. Sin más aclaraciones que agregar.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eduardo San Julián', written in a cursive style.

Eduardo San Julián

4.498046-2

RESUMEN:

El siguiente trabajo es un proyecto de investigación para el Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes para la materia Proyecto final II en el área de salud.

El lugar donde se realizó el trabajo fue un centro de rehabilitación donde se pudo detectar la posibilidad de realizar un plan de mejora para establecer una red de rehabilitación con el fin de mejorar la calidad de tratamiento y de mejorar el flujo de pacientes anuales.

Luego de varias visitas a la institución y de recabar información mediante entrevistas y cuestionarios realizados en la etapa de aproximación diagnóstica se dio inicio al plan de mejora.

El plan de mejora fue tomando forma mediante encuentros con referentes de la institución así también como con encuentros con el tutor de la asignatura.

Se fue convirtiendo en un proyecto viable y palpable a los ojos de la institución a medida que avanzó el tiempo y se le fueron agregando detalles e ideas que lo convirtieron en algo realizable y positivo.

Tanto nosotros como la institución ven al plan como accesible, práctico y económico para las necesidades y posibilidades actuales del centro.

Palabras clave: Red de rehabilitación.

ÍNDICE:

I.INTRODUCCIÓN	1
II.OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	2
2.1.Objetivo General:	2
2.2.Objetivos Específicos:	2
2.3.Metas:	2
III.DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	3
IV.PLANILLA OPERATIVA.....	4
BIBLIOGRAFÍA	9
ANEXOS.....	10

I.INTRODUCCIÓN

Según Diana Ximena Proaño Villavicencio, Víctor Gisbert Soler y Elena Pérez Bernabéu: *“El plan de mejora es un proceso que se utiliza para alcanzar la calidad total y la excelencia de las organizaciones de manera progresiva, para así obtener resultados eficientes y eficaces. El punto clave del plan de mejora es conseguir una relación entre los procesos y el personal generando una sinergia que contribuyan al progreso constante.”*¹ (Metodología para elaborar un plan de mejora continua, 2017 p.3)

El siguiente trabajo está compuesto por dos partes, una primera etapa que constó de un acercamiento al centro de rehabilitación elegido, ubicado en Montevideo en el barrio de Carrasco, para luego realizar la detección de un problema.

Y una segunda etapa que trata sobre la creación de un Plan de Mejora para el problema encontrado, mediante encuentros con los referentes de la institución con el objetivo de poder llegar a un acuerdo para la solución del mismo.

Para esto se plantearon objetivos y metas, para luego diseñar una Planilla Operativa donde se plantearon las actividades, los actores, el espacio y tiempo, el costo de operación y un cronograma.

Para la puesta en práctica del plan de mejora se realizaron 3 encuentros con la médica de piso referente, con el fin de buscar de forma conjunta una solución razonable y coherente al problema.

El primer encuentro fue realizado el 14 de setiembre donde se presentó lo realizado hasta el momento con la presentación del cuadro de síntesis y algunas ideas para el plan de mejora que se fueron puliendo a medida que nos juntábamos a dialogar. (Anexo 1)

El segundo encuentro fue realizado el 24 de setiembre para dar a conocer los objetivos y metas planteadas a través de los factores causales detectados anteriormente y a partir del acuerdo comenzar a formular las actividades a ser presentadas en el tercer encuentro. (Anexo 2)

El tercer encuentro fue realizado el 30 de setiembre con el fin de presentar las actividades planteadas y poder llegar a un acuerdo con la Institución (Anexo 3)

¹ https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2018/01/art_6.pdf

II.OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

El problema que se hizo visible en la primer etapa luego de conocer el centro y entrevistar a distintos referentes fue de la incidencia de la falta de espacios donde referir a los pacientes una vez finalizada su rehabilitación.

A continuación se presentan los objetivos planteados que surgen de los factores causales recabados en el modelo final del informe de aproximación diagnóstica.

2.1. Objetivo General:

- Lograr establecer un vínculo con por lo menos 3 centros de rehabilitación y/o plazas de deportes en Montevideo.

2.2. Objetivos Específicos:

1. Hacer una búsqueda y un listado de posibles plazas o centros disponibles para contactar y lograr un convenio.
2. Realizar charlas informativas con los usuarios para dar a conocer los posibles nuevos lugares para implementar la derivación.
3. Realizar selección del personal que se ocupara de la tarea de contactar a las otras instituciones y derivar a los pacientes.

2.3. Metas:

También se presentan las metas establecidas que pautan un indicador de logro de cada objetivo.

O.G. Haber logrado vínculo con al menos tres instituciones y/o plaza de deportes y haber derivado al menos 5 pacientes en el transcurso de un año.

O.E.1. Haberse contactado con el 100% de los lugares de la lista.

O.E.2. Haber realizado por lo menos 3 charlas informativas a lo largo del año.

O.E.3. Tener por lo menos 3 personas asignadas a estas tareas y haber generado un protocolo de acción para derivar pacientes.

III. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

En cuanto al desarrollo de la propuesta para el problema encontrado previamente: La incidencia de la falta de una red de rehabilitación donde referir a los pacientes se tuvieron en cuenta 3 factores causales que se consideraron los más relevantes: falta de coordinación interinstitucional y falta de un protocolo de acción a la hora de referir pacientes, falta de conocimientos de otros centros de parte de los usuarios y de la institución y por último, falta de personal.

Teniendo cuenta estos factores causales pudimos llegar a formular objetivos y metas que sean alcanzables para realizar el plan de mejora. Una vez planteados los objetivos y metas se pensaron actividades que ayuden a alcanzarlos.

Todos estos pasos hablados y evaluados por el personal de la institución para llegar a un acuerdo común.

Para este plan en particular se pensó que la mejor manera de abordar el problema era corrigiendo estos factores, manejando una mejor organización dentro de la institución, haciendo una búsqueda de posibles centros donde derivar los pacientes y la relevancia de contratar más asistentes sociales que se encarguen principalmente de ese aspecto.

Si bien el centro no tiene previsto gastar más dinero en personal, se puede lograr conseguir estudiantes que vengan como una pasantía con un sueldo mucho accesible.

Estos estudiantes tendrán un rol preponderante en el comienzo de este nuevo proyecto ya que no solo deberán contactarse con las otras instituciones sino que también deberán formular un protocolo de acción con pasos a seguir para cuando se presenten este tipo de situaciones donde un paciente se considera que ya ha cumplido un ciclo en la institución y deba ser derivado.

En cuanto a los referentes del centro ya establecidos tendrán la misión de realizar charlas informativas a los usuarios explicando la nueva dinámica en caso de una posible derivación e informando los beneficios que les pueden dar a los mismos el que los derive a otro lado. Por ejemplo la ubicación.

También, en conjunto con asistentes sociales serán los encargados de definir cuáles son realmente los usuarios que ya han cumplido un ciclo y están en condiciones de dejar la institución para seguir en su rehabilitación en otro lado.

Esta red tendrá un impacto muy positivo en el centro ya que, aparte de mejorar la rehabilitación de los usuarios, permitirá un flujo de entrada mayor de nuevos pacientes lo cual sería un gran logro para el centro.

Planilla operativa:

Tema central del Diagnóstico:

Factores causales que van a ser trabajados en el PM:

1. – Falta de coordinación interinstitucional y falta de un protocolo de acción para derivar pacientes.
2. – Falta de conocimientos de otros centros de rehabilitación por parte tanto de la institución como de los usuarios.
3. – Falta de personal (asistentes sociales)

OBJETIVOS	General: : Lograr establecer un vínculo con por lo menos 3 plazas de deportes y/o centros de rehabilitación en Montevideo	Metas: Haber logrado visitar tres instituciones y/o plazas y haber derivado al menos tres pacientes en el transcurso de un año.
	<p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer una búsqueda y listado de posibles plazas o centros disponibles para contactar y lograr un convenio. 2. Realizar charlas informativas con los usuarios para dar a conocer los posibles nuevos lugares para implementar la derivación. 3. Realizar selección del personal que se ocupará de la tarea de contactar a las otras instituciones y derivar a los pacientes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1-Haberse contactado con los lugares de la lista 2- Haber realizado charlas informativas 3- Tener por lo menos un protocolo de acción asignadas a estas tareas para los pacientes.
ACTIVIDADES	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Elaboración de lista con los lugares para contactar. 1.2 Preselección e investigación sobre 3 lugares. 1.3 Contacto con los lugares de la lista y buscar el convenio. 2.1 Selección de 3 fechas para realizar las charlas. 2.2 Definición de los temas a tratar en las charlas. 2.3 Definición de quienes realizarán las charlas. 3.1 Establecer el perfil de cargo de las personas. 3.2 Selección dentro del personal de las personas que estarán a cargo. 3.3 Capacitación a los funcionarios elegidos sobre las nuevas tareas y formas de trabajo. 	

ACTIV.	¿QUIÉN/QUIÉNES?	¿CUÁNDO?	¿QUÉ SE NECESITA?
1.1	Asistentes sociales.	Enero 2020	Asistentes sociales por lo menos para que puedan conseguir estudiantes
1.2	Asistentes sociales	Enero 2020	Pc. Accesibilidad a internet

PRESUPUESTO PROYECTADO	RECURSOS QUE SE DEBEN ADQUIRIR	GASTOS DE INVERSIÓN	GASTOS DE OPERACIÓN
	Personal: 2 asistentes sociales (Gestionar pasantías para estudiantes interesados para reducir gastos)	-	Llamados telefónicos. Sueldos pasantes: (\$20.000) 2 pasantes con ingreso mensual aproximado de 10.000. Capacitación de personal (Dentro de gastos operativos ya previstos) Visitas a instituciones para el convenio. (Gastos de locomoción) 5 boletos de dos horas, costo aproximado \$250.
TOTAL: \$20.250.			

Cronograma de ejecución

Objetivo E. /Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Elaborar y listado de posibles plazas o centros disponibles para contactar y lograr un convenio.	X	X										

3.1 Establecer el perfil de cargo de la personas.	X											
3.2 Selección dentro del personal las personas que estarán a cargo.	X											
3.3 3 Realización de charlas con los elegidos para capacitarlos sobre las nuevas tareas y formas de trabajo.	X	x										

BIBLIOGRAFIA:

https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2018/01/art_6.pdf

Anexo III - Actas

ACTA DE REUNIÓN**Fecha:** 14/9/19**Participan:**Edvardo San Julián

1. **Objetivos del encuentro:** Presentación cuadro de síntesis.
Lluvia de ideas para plan de mejora.
2. **Principales temáticas trabajadas:**
3. **Acuerdos establecidos:**
4. **Proyecciones previstas para próximo encuentro:**
Plantear objetivos.
5. **Fecha de próxima reunión:**
24/9/19.

Otros comentarios:

ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 24/9/19

Participan:

Eduardo San Julián

1. Objetivos del encuentro:

- Establecer objetivos y metas.
- Hacia las ideas de actividades.

2. Principales temáticas trabajadas:

3. Acuerdos establecidos:

4. Proyecciones previstas para próximo encuentro:

- Establece actividades

5. Fecha de próxima reunión: 30/9

Otros comentarios:



ACTA DE REUNIÓN**Fecha:** 30/9/19**Participan:**Eduardo Sa Julián.

1. **Objetivos del encuentro:** - Establecer actividades
- Llegar a un acuerdo con la institución
acorde a sus posibilidades.
2. **Principales temáticas trabajadas:**
3. **Acuerdos establecidos:**
4. **Proyecciones previstas para próximo encuentro:**
5. **Fecha de próxima reunión:**
Última reunión.

Otros comentarios: