

“CapacitARTE en comunidad”

Autores: T.O. Adriana Cella- T.O. Silvia Polinelli

Correo electrónico: spolinelli@unq.edu.ar

Resumen:

Pensar un espacio de capacitación abierta a la comunidad nos remite a Paulo Freire, a la Educación Popular y a un concepto fundante de la misma: “Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre...”

Es desde aquí que queremos compartir con Uds. Un espacio de capacitación que surge de la propuesta de la Fundación OSDE en convenio con la Universidad Nacional de Quilmes, carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, de llevar a cabo el curso de capacitación “Asistentes en el Arte de Cuidar”, cuya característica fundamental es la apertura comunitaria y dar respuesta no solo a la demanda explícita de los familiares y/o seres queridos sino también a necesidad de abrir espacios de capacitación comunitaria que faciliten la inclusión de las personas en el sistema laboral y promuevan la participación activa de la comunidad en los diversos ámbitos de formación, como es el campo universitario.

Propiciar aprendizajes desarrolladores es un principio fundamental de nuestra formación como y desde la Terapia Ocupacional.

Por eso nos implicamos en este proyecto, en el que a través de talleres, creativos, expresivos y reflexivos, se integran períodos de prácticas supervisadas en posibles contextos de actuación de los participantes, dónde tienen la oportunidad de interactuar con el otro, generando espacios de enriquecimiento individual y grupal, de interacción y relaciones que se construyen en la realidad social.

Desde Terapia Ocupacional creemos imprescindible generar espacios de capacitación de técnicas y formas que permitan a los sujetos comunitarios ampliar sus procesos de gestión, de apropiarse de métodos participativos, ya que cada vez que se transforman pueden transformar su entorno.

Estos procesos favorecen un nivel de adquisición de conocimientos y herramientas de trabajo, y posibilita desarrollar determinados conocimientos (vinculados al saber) y sumar

habilidades (vinculadas al saber hacer) potenciando niveles de incidencia social, política y cultural.

“CapacitARTE en comunidad”

“...Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre...” Paulo Freire

Pensar un espacio de capacitación abierta a la comunidad nos remite a Paulo Freire, a la Educación Popular y a un concepto fundante de la misma: “Todos nosotros sabemos algo. Todos nosotros ignoramos algo. Por eso, aprendemos siempre...”

Es desde aquí que queremos compartir con Uds. Un espacio de capacitación que surge de la propuesta de la Fundación OSDE en convenio con la Universidad Nacional de Quilmes, carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, de llevar a cabo el curso de capacitación “Asistentes en el Arte de Cuidar”, cuya característica fundamental es la apertura comunitaria y dar respuesta no solo a la demanda explícita de los familiares y/o seres queridos sino también a necesidad de abrir espacios de capacitación comunitaria que faciliten la inclusión de las personas en el sistema laboral y promuevan la participación activa de la comunidad en los diversos ámbitos de formación, como es el campo universitario.

La capacitación tiene como objetivos:

“Capacitar personas para el desarrollo de las tareas inherentes a la función de “Asistente en el Arte de Cuidar” en vías de una salida laboral.”

1. Brindar conocimientos teóricos y prácticos tendientes a:

1.1 Desarrollar la capacidad de:

- Comunicación que permita la adecuada construcción de vínculos ayudando a las relaciones interpersonales con el paciente, familia y resto del equipo de salud.
- Re- acomodamiento ante los cambios de situaciones bio-psíquico-sociales y culturales del paciente y la familia

- Regular ansiedades y angustias a fin de evitar las propias frustraciones para su auto-protección y mejoramiento de la calidad del servicio a brindar

1.2 Entender que brindar cuidado significa respetar las aptitudes psicofísicas del paciente sin limitarlas, promoviendo el auto cuidado, la independencia y dignidad del individuo.

1.3 Facilitar el alcance de una mejor calidad de vida.

2. Generar un espacio de escucha activa, fomentando el compartir de la experiencia.
3. Favorecer espacios para la creación de un emprendimiento social como posible espacio de inclusión laboral.

Propiciar aprendizajes desarrolladores es un principio fundamental de nuestra formación como y desde la Terapia Ocupacional.

Por eso nos implicamos en este proyecto, en el que a través de talleres, creativos, expresivos y reflexivos, se integran períodos de prácticas supervisadas en posibles contextos de actuación de los participantes, dónde tienen la oportunidad de interactuar con el otro, generando espacios de enriquecimiento individual y grupal , de interacción y relaciones que se construyen en la realidad social.

El PNUD refiere *“El desarrollo humano puede entenderse entonces como la expansión de las capacidades de las personas, de sus libertades reales, es decir la ampliación de las alternativas de vida entre las que pueden optar.” PNUD 2010.*

Ahora bien, si pensamos en la palabra “cuidar” surgen palabras como asistir, atender, ayudar, todos sinónimos que representan en sí que el cuidar es un “arte” que se va desarrollando con la experiencia y con el tiempo. Es por esto que consideramos indispensable aportar espacios para una formación adecuada para toda persona que se dedique al cuidado y ayuda de otras personas que, por diversas causas, no pueden proporcionarse a sí mismas y en su propio domicilio los cuidados mínimos para llevar una vida digna.

Desde Terapia Ocupacional creemos imprescindible generar espacios de capacitación de técnicas y formas que permitan a los sujetos comunitarios ampliar sus procesos de gestión, de apropiarse de métodos participativos, ya que cada vez que se transforman pueden transformar su entorno.

Estos procesos favorecen un nivel de adquisición de conocimientos y herramientas de trabajo, y posibilita desarrollar determinados conocimientos (vinculados al saber) y sumar habilidades (vinculadas al saber hacer) potenciando niveles de incidencia social, política y cultural.

Ponemos énfasis en la construcción de sujetos que desde el compromiso social desarrollen dentro de su forma de accionar, la creatividad, la profesionalidad y la conducta ética, manteniendo los valores culturales tanto propios como los de las personas a cuidar, para así fortalecer la identidad y el sentido de pertenencia. Es por esto que los métodos y procedimientos que utilizamos en la capacitación estimulan la acción reflexiva y la educación en valores, fomentan la comunicación, la articulación e integración de los participantes como así también a la adquisición de conocimientos, vinculados a las actividades básicas cotidianas, al tiempo libre y la recreación, a la prevención de accidentes domésticos y otros contenidos que refieren a la instrumentación de espacios de la vida cotidiana, que se suman a los propios aprendizajes y que enriquecen al sujeto.

BIBLIOGRAFIA

- Fundación OSDE, Universidad Nacional de Quilmes- . CURSO “ASISTENTES EN EL ARTE DE CUIDAR” Secretaría de Extensión Universitaria. Quilmes, abril de 2011.
- Galheigo Sandra María “Terapia Ocupacional en el ámbito social-Aclarando conceptos e ideas” Cap. 7 del libro Terapia Ocupacional Sin Fronteras-Aprendiendo del espíritu de supervivientes-Kronenberg, Simó Algado, Pollard. Ed. Panamericana. (2006)

- García Solangel. “El Terapeuta Ocupacional como gestor social de la calidad de vida de la población” Bogotá- Colombia- 2007.
- Instituto Centroamericano de Estudios Políticos.”EDUCACIÓN POPULAR Y LOS FORMADORES POLÍTICOS” Compiladores. Cuadernos de Formación para la Práctica Democrática (3). Guatemala, Centroamérica, mayo 2002.
- Informe Nacional sobre el Desarrollo Humano 2010. Desarrollo Humano en Argentina: Trayectos y Nuevos Desafíos.
- Lopez Diamantina “EDUCACIÓN POPULAR Y DERECHOS HUMANOS” Revista La Piragua n°32 Revista Latinoamericana de Educación y Política. 2010.
- Propuesta pedagógica abierta a la comunidad “Asistentes en el arte de cuidar”- Fundación OSDE. Buenos Aires, 2002.
- T.O.Cella Adriana -T.O.Polinelli Silvia- “Nuevos desafíos en Terapia Ocupacional comunitaria” (2008)
- T.O. Cella Adriana-T.O. Polinelli Silvia. “La apertura de la Universidad y de las Organizaciones Comunitarias: Un encuentro entre dos culturas” (2006).

“CAPITAL SOCIAL Y GÉNERO EN EL DESARROLLO BARRIAL DEL BARRIO MONTE
TERRABUSI. MAR DEL PLATA, 2009-2011”

Autores: Lic en Servicio Social Amendola, Viviana

Mg Arq Cacopardo, Fernando

Lic en Terapia Ocupacional Garcia Cein, Emma

Correo electrónico: garciacein@mdp.edu.ar

Resumen:

En base a un diagnóstico social inicial se define la necesidad de convocar a las mujeres de esa zona, para plantear un espacio de encuentro y trabajar en la promoción y el despliegue de habilidades para la vida.

En ese marco, se crea un espacio de encuentro para mujeres adultas, que implica para ellas la posibilidad de lograr un tiempo o una actividad que no gire en torno de los niños, marido o familia.

Se consideran los siguientes niveles de intervención social: promoción y prevención, con el fin de facilitar el desarrollo personal y la inclusión social real.

Objetivos

Establecer un espacio y tiempo propio para la reflexión de temas y realización de actividades de interés grupal, tomando como eje las cuestiones de género, de desarrollo personal e integración social en el ámbito barrial.

-Entrevistas grupales

-Grupos de reflexión

-Entrevistas institucionales

-Realización de Talleres

-Se ha logrado sostener espacio de encuentro y reflexión; la formación de un nuevo capital social; la creatividad y el descubrimiento.

Este proyecto tiene una incidencia directa en aspectos de derechos humanos y ciudadanos en sectores sociales con altos niveles de pobreza de esta zona, considerada rural de General Pueyrredón.

Los resultados alcanzados han permitido observar que junto al desarrollo del capital humano individual, se ha construido progresivamente un nuevo capital social. Además de constituir un

aporte sustantivo desde la perspectiva de género, el empoderamiento de este grupo, ha contribuido al desarrollo barrial y el mejoramiento de la calidad de vida.

Esta experiencia piloto testimonia la necesidad de profundizar la articulación interdisciplinaria de problemas en territorio, en lograr efectivas articulaciones: sociedad civil, estado y universidad para trabajar modelo de gestión de promoción en salud, replicable y transferible.

CAPITAL SOCIAL Y GÉNERO EN EL DESARROLLO BARRIAL DEL BARRIO MONTE TERRABUSI. MAR DEL PLATA, 2009-2011.

A partir de la intervención comunitaria interdisciplinaria desde la problemática de hábitat y pobreza con el grupo GIASUdH [Grupo de Investigación Acción sobre Urgencias del Hábitat], realizado con las familias de Monte Terrabusi iniciado en el año 2005, y en base al pedido de la misma comunidad se construye un Salón Comunitario sobre calle 429 a 100 mts. de avenida Antártica Argentina. El objetivo de dicho salón es configurarse como un espacio de encuentro que fomente actividades para el desarrollo social (comedor, escuela, salón para festejos, talleres, lugar de encuentro vecinal, etc.)

En base a un diagnóstico social inicial se define la necesidad de convocar a las mujeres de esa zona, para plantear un espacio de encuentro y trabajar en la promoción y el despliegue de habilidades para la vida.

“Las habilidades para la vida son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que este cambie. Como ejemplos de habilidades de vida individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés”¹

En ese marco, se crea un espacio de encuentro para mujeres adultas, que implica para ellas la posibilidad de lograr un tiempo o una actividad que no gire en torno de los niños, marido o familia.

¹ Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas.OMS, Ginebra, 1993.

Se propone entonces el encuentro con una frecuencia que sea posible de sostener, sin dificultar la dinámica familiar, estableciendo los días jueves a la tarde, por espacio de dos horas, cuando la mayoría de los niños asisten a la escuela. El grupo pide que la frecuencia sea semanal.

La coordinación propone trabajar con el grupo sobre dos ejes: la reflexión de temas de interés sobre la experiencia vital de cada miembro y de la comunidad en que habitan, y la realización de actividades como elemento disparador de la comunicación cooperación e integración grupal y social.

Se consideran los siguientes niveles de intervención social: promoción y prevención, con el fin de facilitar el desarrollo personal y la inclusión social real.

OBJETIVOS

Generales:

Establecer un espacio y tiempo propio para la reflexión de temas y realización de actividades de interés grupal, tomando como eje las cuestiones de género, de desarrollo personal e integración social en el ámbito barrial.

Específicos:

Se proponen promover los siguientes ítems:

- el desarrollo personal desde la perspectiva de género
- la reflexión e intervenciones con respecto al Rol de cada una en la familia
- la búsquedas de intereses, capacidades y expectativas personales y comunes al grupo, para la realización de talleres.
- la continuidad en sistemas de educación formal e informal
- la formación formal e informal para el desarrollo de potencialidades
- la incentivación y desarrollo de factores productivos para la integración económica
- la atención de las problemáticas de salud características de mujeres
- el fomento e intervención para la creación y sostenimiento del Hábitat cómo aspecto central de la salud del grupo familiar.
- la atención a la conducta alimentaria
- el espacio de recreación y fomento del autocuidado

METODOS Y TECNICAS

-Entrevistas grupales para el relevamiento de intereses, capacidades, necesidades y expectativas, utilizando como metodología la deliberación común. Implementación de “buzón de sugerencias”

-Grupos de reflexión sobre temas de interés: desocupación, sexualidad, cuidado del hábitat.

-Entrevistas institucionales con el fin de actuar como nexo entre recursos y necesidades para lograr satisfacer los intereses del grupo.

-Realización de Talleres:

1. Costura, cartapesta, macramé, juegos para reforzar acciones de autocuidado; talleres de reflexión; salidas a charlas.
2. Taller de baldosas autoconstruidas de suelo cemento con participación de una integrante del grupo en el marco del proyecto que sostiene a este grupo de extensión (GIASUDH).
3. Talleres en el salón comunitario con las mujeres sobre “Limites y Respeto” y “Nuestra Historia en relación a la palabra” a cargo de la coordinación del grupo de mujeres.
4. Las acciones de promoción y prevención en salud fueron canalizadas a través de encuentro con el grupo de mujeres, con la modalidad de talleres y encuentros con profesionales externos, del ámbito del INE [Instituto Nacional de Epidemiología], quien dictó en dos encuentros el taller “Nuestras emociones, nuestro cuerpo”.
5. Se dictaron clases de gimnasia para el cuidado de la salud y la autoestima, a cargo de una profesora
6. Gestiones para la obtención de 6 becas en la Escuela de Formación N° 8, María Auxiliadora para los cursos de pastelería, panadería, tejido y costura para mujeres del grupo mayores de 15 años.
7. Organización y dictado del curso de Alfabetización, a cargo de la coordinación del grupo, para posibilitar el acceso de 9 mujeres del grupo a los cursos de formación profesional Gestión realizada con la cooperación del programa de Alfabetización de la Secretaria de Educación de la MGP.
8. Salidas a instituciones de la ciudad, con el fin de participar del ciclo de charlas de “Los Gallegos Shopping” y visita a la Escuela de Oficios n° 8 María Auxiliadora.
9. Se conformó una red de seguridad entre las 9 mujeres a partir del intercambio de teléfonos y celulares para contactos urgentes.

10. Taller de cestería en papel [salida laboral para muchas de las mujeres] con una profesora.

11. Se realizó un encuentro con un odontólogo con participación de madres y sus hijos para trabajar el tema de la salud bucal y su cuidado.

RESULTADOS

-Se ha logrado sostener en forma sistemática un espacio de encuentro y reflexión con talleres y actividades mediatizadoras que permiten el despliegue de habilidades para la vida.

-Se posibilitó la formación de un nuevo capital social, a partir de reforzar vínculos que trascienden el espacio formal pautado

-Se ha promovido la creatividad y el descubrimiento

-Se han abierto puertas para generar un rédito económico a partir de la venta de productos elaborados a partir de lo aprendido en el grupo [portamacetas en hilos; trabajos en cestería en papel: maceteros, paneras; frascos en cartapesta, etc]

CONCLUSIONES:

En primer lugar, este proyecto tiene una incidencia directa en aspectos de derechos humanos y ciudadanos en sectores sociales en situación de altos niveles de pobreza de esta zona, considerada rural del partido de General Pueyrredón. Esta experiencia demostró que el trabajo con mujeres, que se constituyen en verdaderos sostenes de sus familias, tiene un impacto en el barrio, que trasciende a sus grupos familiares puntuales.

En segundo lugar, los resultados alcanzados han permitido observar que junto al desarrollo del capital humano individual, se ha construido progresivamente un nuevo capital social a partir del armado de nuevas redes sociales que abrieron otras posibilidades impensables al principio.

En este sentido, además de constituir un aporte sustantivo desde la perspectiva de género, el empoderamiento de este grupo de mujeres, ha contribuido al desarrollo barrial y el mejoramiento de la calidad de vida a partir de toma de decisiones, en distintas dimensiones que articulan creatividad, educación, trabajo, salud y hábitat.

Finalmente, en otros registros, académicos y de gestión, esta experiencia piloto testimonia la necesidad de profundizar en la articulación interdisciplinaria de problemas en el territorio y en lograr más efectivas articulaciones entre sociedad civil, estado y universidad para trabajar un

modelo de gestión de promoción en salud, replicable y transferible a otros barrios. Poniendo el énfasis en la promoción y en la prevención y evitar acciones de sesgo asistencialista.

Bibliografía

- Protocolo de Tesis de Maestría en Salud Pública (Universidad Nacional de La Plata) de García Cein, Emma Inés, año 2009.
- OPS. División de salud y ambiente. Programa de saneamiento básico. “Guías metodológicas para la iniciativa de viviendas saludables”, La Habana, Cuba.2001.
- Cap. “Salud y Enfermedad: hacia un paradigma biopsicosocial” de Gabriel Gyarmati (libro:”Ciencias Sociales y medicina” Edit. Universitaria):
- Buck, Carol.”Después de Lalonde: la creación de la salud”, Promoción de la Salud: una antología, OPS, 1996
- Atención primaria ambiental OPS División de salud y ambiente. Programa de calidad ambiental Washington, D.C.Septiembre 1998
- Ashton, J. (Universidad de Liverpool) “Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad” Editorial/Año Generalitat Valenciana, Valencia, 2000 p 719
- Antonovsky, A. Health, Stress and Doping” San Francisco:Josey-Fass,1979
- “Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”, Editorial Médica Panamericana. Helena Restrepo y Hernán Málaga,2006
- “Hacia un entendimiento común: clarificación de los conceptos básicos de la salud de la población” en: OPS/OMS. gobierno de Canadá: Salud de la población. W,DC: OPS, 2000 ,pag 48.
- “Documento de referencia de OPS sobre políticas de salud en la vivienda” , OMS. OPS. División de salud y Ambiente, La Habana, julio de 2000
- “Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad cultural” Cap 5. Kalinsky y Arrue.1996.
- Colombo, Jorge A (editor), “Pobreza y Desarrollo Infantil. Una contribución multidisciplinaria”, Paidós, año 2007

- Montero, Maritza, “Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos”, Paidós, año 2004
- Jimenez-Dominguez Bernardo (compilador), “Subjetividad, participación e intervención comunitaria. Una visión crítica desde América Latina”. Paidós, 2008
- Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas.OMS, Ginebra, 1993.
- ‘Occupational therapies without borders-towards an ecology of occupation-based practices’ authors: Frank Kronenberg, Nick Pollard, Dikaios Sakellariou, Capitulo Argentino en co autoría Mg Fernando Cacopardo y Lic Emma Garcia Cein , 2010.
- Trabajo presentado en V jornadas marplatenses y III Jornadas Regionales De Extensión Universitaria, 15 y 16 de abril de 2010, Mar Del Plata: “Prueba Piloto De Promoción, Prevención Y Gestión De Riesgo Critico Del Barrio Monte Terrabusi”
- Exposición en Congreso Mundial de Terapia Ocupacional, trabajo en coautoría con Mg Fernando Cacopardo, Chile, mayo de 2010, "Salud Y Entorno En Perspectiva Interdisciplinaria. Prueba Piloto Barrio Monte Terrabusi "
- “Estrategias Familiares De Vida” , Autora : Viviana Améndola 3er Encuentro Argentino y Latinoamericano de Trabajo Social 1 y 2 de julio 2010, Córdoba: ponencia:
- ponencia: “El Trabajo Social Con Familias: Antecedentes Históricos, Intervención, Investigación Y Formación Profesional”, Autoras: Lic. Viviana Améndola y otras, 3er Encuentro Argentino y Latinoamericano de Trabajo Social 1 y 2 de julio 2010, Córdoba:
- Título: “Territorios Reales, Territorios Virtuales: aportes a la discusión de un modelo interdisciplinario de investigación, transferencia y gestión para territorios excluidos”. Autores: Cacopardo, Fernando (FAUD – UNMdP - CONICET); Améndola, Viviana (Ciencias de la Salud - UNMdP);; García Céin, Emma (Ciencias de la Salud – UNMdP),y otros. VII Jornadas de Investigación y Extensión del Departamento de Geografía. Facultad de Humanidades – Universidad Nacional de Mar del Plata. Miradas Geográficas a problemas Locales, Regionales y Nacionales. Mar del Plata, 5 y 6 de noviembre de 2009.

Título del trabajo:

“Programa de Voluntariado una experiencia que genera saberes”

Autor: Fernández María Esther

Correo electrónico: mefernan@unq.edu.ar

Resumen:

Esta ponencia presenta una experiencia de trabajo de Terapia Ocupacional en el área laboral en la ciudad de Quilmes, el mismo fue subvencionado por el Ministerio de Educación Superior, mediante el Programa de Voluntariado Universitario. El trabajo se realizó en 3 instituciones barriales quienes presentaron la necesidad de generar una ocupación productiva orientada a personas con discapacidad y que permitiría además la inclusión de otras personas interesadas en trabajar.

El Objetivo de la experiencia se fundamenta en generar espacios de participación voluntaria que permitan al estudiante vivenciar las necesidades de la comunidad.

Metodología: En esta experiencia los estudiantes voluntarios planifican e implementan técnicas de abordaje individual- grupal para el desarrollo de talleres de exploración y orientación vocacional, dando participación activa a los beneficiarios interesados.

Resultado: Se realiza estudio de mercado, análisis de competencias del grupo, identificación de recursos propios y de la comunidad y posibilidades de inserción de la producción en proyección a futuro, a fin de garantizar la sustentabilidad del proyecto. Los estudiantes apoyan y guían al grupo a realizar un análisis del equipamiento necesario para el desarrollo de la propuesta, ofrecen capacitación y puesta en práctica con fines productivos.

Consideraciones finales: Los estudiantes voluntarios desempeñan un rol activo e indispensable a lo largo del proyecto, debido a que continuamente se encuentran apoyando con técnicas de Terapia Ocupacional y recursos disponibles, a la población con y sin discapacidad que participa de los proyectos, este hecho los lleva a integrar los conocimientos académicos hacia fines sociales. La experiencia genera además una formación constante para los docentes que crecemos y aumentamos el contenido académico que transferimos a nuestros alumnos, con experiencias concretas, reales y con las vivencias y conclusiones que los mismos estudiantes definitivamente presentan en el aula, gracias a este tipo de prácticas desarrolladas con las necesidades de la comunidad.

“Programa de Voluntariado una experiencia que genera saberes”

Esta ponencia presenta una experiencia de trabajo de Terapia Ocupacional en el área laboral en la ciudad de Quilmes, el mismo fue subvencionado por el Ministerio de Educación Superior, mediante el Programa de Voluntariado Universitario. El trabajo se realizó en 3 instituciones barriales quienes presentaron la necesidad de generar una ocupación productiva orientada a personas con discapacidad y que permitiera además la inclusión de otras personas interesadas en trabajar. La propuesta fue transferida a un grupo de alumnos voluntarios, quienes aceptaron el desafío de integrarse a la asignatura Práctica Profesional V área laboral, de la carrera Lic en terapia ocupacional. Estas instituciones se acercan a la Universidad, en busca de un asesoramiento u orientación que se brinda a través del servicio del proyecto de extensión Universitaria INSYTU (Integración Social y al Trabajo desde la Universidad) desde el cual se realiza además la evaluación y acompañamiento de personas con discapacidad al área laboral.

El **Objetivo** de esta experiencia es el de motivar y favorecer la participación voluntaria de los estudiantes en diferentes sectores de la comunidad a fin de que los mismos logren identificar y vivenciar las necesidades de la comunidad.

Como lo comenta Yerxa en el libro de Spackman 10ma edición, cuando realiza un comentario sobre el desafío de los estudiantes, ella asegura que los estudiantes y otros recién llegados podrían contribuir con nuevas ideas revolucionarias para la profesión si estuvieran realmente imbuidos en sus conceptos y valores., y si fueran lo suficientemente audaces como para percibir sus problemas y posibilidades con ojos frescos evitando la sobre simplificación y las recetas. Considerando y en acuerdo con este concepto, se presenta esta propuesta a los estudiantes, desde un marco de práctica sobre el proceso de reconversión laboral. Las instituciones realizan la convocatoria y logran conformar 3 grupos de personas que se encuentran en condición de desocupadas, o han quedado fuera del sistema laboral por presentar discapacidad, o por no encontrarse capacitadas o actualizadas con las exigencias del mercado laboral competitivo. Se implementa como **Metodología de abordaje:** el Proceso grupal y se implementa el Análisis de los sistemas ecológicos, según, Sara L. Schwartzberg (unidad 15 pag 171 del Spackman 10ma edición) para apreciar plenamente el proceso grupal, es útil comprender el análisis de los sistemas ecológicos (Howe y Briggs, 1982), una perspectiva integrativa del individuo, las relaciones

interpersonales y el ambiente. En este modelo se entiende al comportamiento como una interacción entre el individuo con una formación biopsicosocial intrínseca y un sistema ambiental dado. Como explicaron Dunn, Brown y McGuigan (1994) el comportamiento y el desempeño humano no pueden ser comprendidos fuera de contexto (características físicas, temporales sociales y culturales). La autora, comenta además que, en los grandes grupos se incluye a la comunidad, y que esta brinda información a los profesionales sobre distintas perspectivas socioculturales de los individuos y los subgrupos., aspectos tales como las bases raciales, los roles ocupacionales, y la orientación sexual, así como los recursos comunitarios para las ocupaciones vocacionales, culturales ,recreativa y educacionales. Como también pueden identificarse los valores, creencias y actitudes de una comunidad.

En esta experiencia, los estudiantes voluntarios planifican e implementan técnicas de abordaje individual- grupal para el desarrollo de talleres de exploración y orientación vocacional, dando participación activa a los beneficiarios interesados. Usan, como **marco de referencia teórico**, el MOHO, para comprender los factores interrelacionados que contribuyen a la disfunción ocupacional de las personas. Sobre este marco los trabajadores alcanzan la identidad y competencia ocupacionales. Con el paso del tiempo, la persona crea su identidad ocupacional. Esta identidad, generada a partir de la existencia, es el sentido acumulativo de quienes son las personas y en quienes desean convertirse como seres ocupacionales., para esta experiencia serán los futuros trabajadores, que logran la autogestión de empleo para el autoabastecimiento. Para el armado del proyecto grupal en este contexto laboral, se implementa el análisis de la actividad basado en la ocupación, el cual según Elizabeth Blesedell Crepeau (unidad 16 pag 189 del Spackman 10 edición), mediante el análisis de la actividad basada en la ocupación, ya que este modelo sitúa a la persona en un primer plano. Tiene en cuenta los intereses, los objetivos, las capacidades y los contextos de cada persona, así como las exigencias de la actividad propiamente dicha.

La selección y el diseño de las ocupaciones productivas en este caso, derivan del conocimiento por parte del de la persona, sus metas, sus obstáculos para el desempeño y las intervenciones terapéuticas que el profesional juzga aprobado seguir. Los estudiantes, con el apoyo de docentes, realizan una graduación de la complejidad de las ocupaciones para mejorar las capacidades y habilidades subyacentes de la persona, hasta bien lograr la calidad exigida por el mercado en el producto, luego la intervención se emplaza hacia el aumento del rendimiento en la producción en

cantidad y economía de movimiento. Para favorecer la sustentabilidad del proyecto se considera el modelo del grupo funcional (Berg,1986, 1986, 1988, 1995,2001 – Kilhofner 1992) como un modelo de grupo genérico en terapia ocupacional. Incorpora cuatro aspectos claves: actividad con propósito, acción auto iniciada, acción espontánea y acción centrada en el grupo. Y como también lo asegura Elizabeth J. Yerxa en la unidad 54 pag 975 del Spackman 10 edición) la sociedad se volverá cada vez mas sofisticada desde un punto de vista tecnológico, compleja e impulsada por la información (Posttmann, 1992) por esta razón estos proyectos productivos cuentan con un apoyo de cursos gratuitos sobre el uso de la PC e Internet, los cuales se dictan en la sede de la universidad nacional de Quilmes, que permite a estos trabajadores mantenerse comunicados y conectados con las demanda del mercado, como con otros proyectos de características similares a ellos, incluirse en redes de ventas y compra de insumos, como también beneficiarse de las ofertas de capacitación que se proponen constantemente desde la Universidad a la comunidad toda.

Resultado: Los estudiantes apoyan y guían al grupo a realizar un análisis del equipamiento necesario para el desarrollo de la propuesta, ofrecen capacitación y puesta en práctica con fines productivos. Logran identificar los recursos comunitarios e interiorizarse sobre políticas publicas,

Consideraciones finales: Los estudiantes voluntarios desempeñan un rol activo e indispensable a lo largo del proyecto, debido a que continuamente se encuentran apoyando con técnicas de Terapia Ocupacional y recursos disponibles, a la población con y sin discapacidad que participa de los proyectos, este hecho los lleva a integrar los conocimientos académicos hacia fines sociales. La experiencia genera además una formación constante para los docentes que crecemos y aumentamos el contenido académico que transferimos a nuestros alumnos, con experiencias concretas, reales y con las vivencias y conclusiones que los mismos estudiantes definitivamente presentan en el aula, gracias a este tipo de practicas desarrolladas con las necesidades de la comunidad.

Bibliografía de Referencia:

- Organización Mundial de la Salud (2001),. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud-CIDDDM-2/01. Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuestas y Terminología, Ginebra, Suiza (acceso en la Web)
- Crepeau – Cohn – Schell. Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. Unidad ocho. Cap. 27. Secciones I y II. 10ma. Edición. Ed. Panamericana. Madrid, España, 2005.
- Crepeau – Cohn – Schell. Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. Unidad ocho. Cap. 27. Secciones I y II. 10ma. Edición. Ed. Panamericana. Madrid, España, 2005.
- Elizabeth J. Yerxa . Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. Unidad 54 pag 975. 10ma. Edición. Ed. Panamericana. Madrid, España, 2005.
- Sara L. Schwartzberg Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. Unidad 15 pag 171. 10ma. Edición. Ed. Panamericana. Madrid, España, 2005.
- Organización Mundial de la Salud (2001),. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud-CIDDDM-2/01. Grupo de Clasificación, <http://www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf> (CIF- ultima consulta 31 de mayo 2010)
- MARCO DE TRABAJO DE TERAPIA OCUAPCIONAL http://www.terapia-ocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_trabajo_terapia_ocupacional_rev.Oct08.pdf (- ultima consulta 31 de mayo 2010)

A las cosas por su nombre: hablemos del cáncer infantil

- I. **Autor /es:** Silvina Oudshoorn; Claudio D'Alessandro; Lorena García; Eugenia Etchegaray; Lorena Millan.
- II. **Nombre y dirección del establecimiento** Paanet, Red de apoyo, contención y asistencia a niños y adolescentes con cáncer; Santa Fe 2956, PB A. Proyecto de Extensión, UNMDP.
- III. **Resumen del trabajo:**

La palabra, reúne, acerca, nuclea, aclara...o separa, niega y discrimina. Con palabras y voces se construyen puentes...o se elevan murallas.

Paanet surge hace casi 15 años, como un proyecto de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de niños y adolescentes con cáncer, y sus grupos familiares en la ciudad de Mar del Plata. Para ello, articula estrategias con organizaciones locales y regionales, y logra brindar servicios (todos ellos gratuitos) a más de 47 familias mensualmente. El diseño del proyecto se apoya en la participación activa y comprometida de cada uno de sus integrantes: los 13 miembros del equipo interdisciplinario, los 63 voluntarios (estudiantes universitarios de diferentes carreras y miembros de la comunidad marplatense, formados en el acompañamiento); los padrinos y madrinas que sostienen económicamente y desde la logística –a través de la constitución de una ONG-, los nenes y sus familias, los organismos gubernamentales –municipalidad, provincia, nación- y privados (básicamente en la apoyatura con insumos, y acciones de responsabilidad social empresaria).

Y nuevamente es la palabra dicha, el cáncer como una circunstancia más de vida...no como un rótulo que presagia la muerte. “Desdramatizar el cáncer” es lo que se reitera semana tras semana en los dos programas de radio (FM Universidad y otra emisora local). El programa: “Repartiendo alegrías”... paradoja hecha metáfora, metáfora que apropia la vida, vida que es capaz de incubar nuevas palabras tales como ESPERANZA.

Inclusión, participación, comunidad resultan más que palabras, eslabones claves.

Apropiarse de una realidad que muchos días duele, molesta, hiere, estigmatiza, y la construcción solidaria de un futuro posible. Nenes, mamás, papás y voluntarios que luchan por una sonrisa día a día.

Club del sábado, apoyo a necesidades básicas, acompañamiento, difusión, campañas, charlas y talleres en escuelas, talleres para padres, arte, radio, títeres, clowns, ludoteca...son servicios, conjugados a través de actividades y acciones. Se transforman y transforman este ida y vuelta al que, en Mar del Plata, llamamos Paanet.

V. Desarrollo del Trabajo:

- Introducción:

El cáncer es la enfermedad que representa la *primer causa de muerte infantil*, quedando por debajo de las producidas por causas externas –como los accidentes-, y en la Argentina, uno de cada tres mil chicos padece hoy algún tipo de cáncer. Según la Sociedad Latino Americana de Oncología Pediátrica, se estima que desde el 2010 en países desarrollados, *uno de cada mil adultos es un sobreviviente del cáncer infantil*, entendiéndose entonces que en la actualidad, hablar de cáncer infantil ya no es sinónimo de muerte.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud señala que “*pocas enfermedades se han rodeado de tanta incompreensión, prejuicios infundados y temor como el cáncer*”, y considera al cáncer pediátrico como una enfermedad crónica, de pronóstico incierto; es decir, que el niño puede curarse o morir.

En la Argentina, los menores de veinte años son casi catorce millones¹, lo que representa al 35,2% de la población total.² Por otra parte, el 37% de la población carece de cobertura médica; en la ciudad de Mar del Plata³ este porcentaje se eleva significativamente dado el nivel de desempleo imperante. La salud entonces, no puede ser entendida sin tomar en cuenta aspectos fundamentales como los planteados por Dever⁴ cuando propone el concepto de campo de salud;

¹ según datos del INDEC

² UNICEF, Salud Materno-Infantil-Juvenil en cifras.

³ La ciudad de Mar del Plata presenta actualmente una población cercana a los 700.000 habitantes permanentes, cifra que se modifica hasta el 100% durante el período de verano. Muchas de las familias que ingresan durante el verano en búsqueda de puestos de trabajo, se establecen de manera definitiva en las periferias de la ciudad, con condiciones paupérrimas de vivienda, servicios, salud e higiene. El trabajo es de tipo "golondrina", sin aportes jubilatorios ni cobertura social.

⁴ Dever, A; “Epistemología y administración de servicios de Salud” OPS, 1980

este encuadre teórico permite considerarlo como “*un proceso de integración de cuatro vectores*”: medio ambiente, biología humana, estilo de vida y sistema de atención de la salud. Desde esta perspectiva la salud no puede aislarse de la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas, hábitos de vida y cultura. ***La inclusión del ambiente social como factor de influencia tanto positiva como negativa en la vida de las personas***, agrega bajo la mira del cuidado a componentes como el trabajo, el transporte, el ocio, la vivienda, la familia y la comunidad.

La salud se configura como un concepto relacional, ya que supone que ella tiene que ver con el *modo* en que el ser humano se sitúa en relación a su contexto vital, social y natural: lo que espera, lo que necesita, cómo categoriza o jerarquiza sus necesidades (cuidados, alimentación, afecto, pertenencia, autorrealización). Es aquí relevante la palabra como mediadora, nexo con la salud, con la información, el crecimiento y el aprendizaje: de los niños con cáncer, de sus padres, hermanos, amigos, vecinos, compañeros de escuela, vecinos, gente del barrio, otros niños de otros barrios que no transitan la enfermedad, de otras escuelas que no tienen compañeritos que hacen quimioterapia, que se quedan pelados, que deben ausentarse por largos períodos. Personas de la comunidad que escuchan, se cuidan y cuidan. Que hacen de la prevención un escudo, de la palabra una lanza y de la promoción de la salud un camino de vida.

Así, entendemos que el ***apoyo social que una persona percibe respecto de su entorno, se relaciona de manera directa con su estado de salud***, definiéndolo en términos de *interacciones personales* (amigos, familiares, compañeros) y de *participación social* (club, afiliado a un partido político, etc). Lazarus y Folkman⁵ plantean que el apoyo social es “*la forma en que el individuo evalúa las interacciones que ocurren en sus relaciones sociales*”.

- Conclusiones: La interacción generada por este proyecto extensionista en la comunidad, rescata a la palabra como mediadora de salud, como cimiento de la gestión de acciones grupales trascendentes. Radio, juegos, talleres, peñas, son

⁵ Lazarus & Folkman, citado en Rivera Domene y cols; *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería*. Universidad de Alicante. España, 1993

algunas de las múltiples formas de empoderamiento de los que hace uso la comunidad marplatense para desdramatizar una enfermedad grave y crónica como lo es el cáncer infantil.

TITULO: Abordaje Interdisciplinario en Hidroterapia en Pacientes Neurológicos en el Hospital El Dique

AUTORES:

Beatriz Alzola

Correo Electrónico: alzolabeatriz@yahoo.com.ar

Alejandra Villarmarzo

Correo electrónico: avillarmarzo@yahoo.com.ar

INSTITUCIÓN: Hospital El Dique. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Calle 129 entre 51 y 53. Ensenada. Pcia de Buenos Aires.

I. RESUMEN DEL TRABAJO:

Este trabajo tiene la finalidad de compartir la primera etapa de una *modalidad de intervención interdisciplinaria en Hidroterapia* en un hospital público: Hospital del Dique, como complemento del abordaje en el *Consultorio* de kinesiología y terapia Ocupacional.

Se ingresaron a esta *modalidad* 8 *pacientes* de ambos sexos, entre 30 y 75 años, con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) con un tiempo de evolución menor o igual a 6 meses con el objetivo de:

- Complementar el abordaje del paciente con secuela de ACV a través de un *medio* que por sus características facilita la reeducación neuromuscular
- Incrementar el desempeño en las actividades de baño/ducha, higiene, aseo personal, vestido y movilidad funcional en los pacientes con secuelas de ACV

Se conformaron 2 grupos de 4 pacientes cada uno durante 10 sesiones. La duración de la sesión fue de 90 minutos ya que se llevaron a cabo intervenciones en el *vestuario* y en la *pileta*. La sesión consta de 3 momentos; en el *primer* y *último momento* se abordan algunas AVD, y en el *segundo momento* se desarrolla la *actividad de hidroterapia*.

Conclusión:

De la experiencia de esta *modalidad de intervención interdisciplinaria* concluimos que:

- El abordaje en el agua complementó el tratamiento del consultorio
- Generó en los pacientes una experiencia agradable con repercusión en el estado emocional, brindando seguridad y confianza en algunas actividades
- Este abordaje permitió continuar estimulando el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria. Algunos pacientes lograron mayor participación en las actividades de vestido y baño ya que incorporaron algunas medidas de seguridad y otros manifestaron que requerían de menor asistencia de un tercero.
- Se requiere de mayor número de sesiones e implementación de protocolos de evaluación y tratamiento para continuar con este trabajo y presentar a la comunidad científica resultados objetivos.

II. DESARROLLO DEL TRABAJO:

El ACV es el diagnóstico de mayor frecuencia de ingreso a nuestra consulta y genera un impacto en el desempeño ocupacional del sujeto y en la dinámica familiar. Desde las áreas de Kinesiología y Terapia Ocupacional del Hospital El Dique, dependiente del Ministerio de

Salud de la Provincia de Buenos Aires, se incluyeron en la **modalidad de Hidroterapia** a pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular (ACV) como complemento del abordaje en Consultorio.

Se ingresaron a esta **modalidad** 8 *pacientes* de ambos sexos (3 mujeres, 5 varones), entre 30 y 75 años, con diagnóstico de ACV con un tiempo de evolución menor o igual a 6 meses. Todos los pacientes concurren con una frecuencia de 4 veces por semana a tratamiento de rehabilitación y una de las sesiones correspondía a Hidroterapia. Se encontraban internados 2 pacientes y 6 concurren de manera ambulatoria.

Estos pacientes presentaban como secuelas hemiplejías y/o hemiparesias con alteraciones en lo sensorio-perceptivo y sin trastornos cognitivos. Todos en mayor o menor medida continuaban siendo semidependientes en algunas de las actividades de la vida diaria.

Los pacientes fueron evaluados con la *Escala de Barthel Modificado*, que arrojó los siguientes datos: los 8 pacientes registraban semidependencia en actividades de *baño, aseo y vestido* (6 requerían asistencia y 2 eran independiente), en cuanto a la marcha: 4 realizaban *marcha* sin asistencia, 2 con asistencia, y 2 pacientes se trasladaban en silla de ruedas realizando *marcha* menor a 15 metros; en el uso de *escaleras*: 6 pacientes requieren supervisión ocasional o ayuda ocasional y 2 son incapaces de subirlas. Todos presentaban control de esfínteres.

El presente trabajo tiene como finalidad compartir la primera etapa de una *modalidad de intervención interdisciplinaria* en un ámbito de atención pública, con el objetivo de:

- Complementar el abordaje del paciente con secuela de ACV a través de un **medio** que por sus características facilita la reeducación neuromuscular
- Incrementar el desempeño en las actividades de baño/ducha, higiene y aseo personal, vestido y movilidad funcional en los pacientes con secuelas de ACV

Se conformaron 2 grupos de 4 pacientes cada uno. El total de encuentros fueron 10, con una sesión semanal de 90 minutos. El tiempo de duración de la sesión se debe a que realizaron intervenciones en el vestuario y en la pileta del Hospital.

La sesión se dividió en 3 momentos: en el *primer y último momento*, de aproximadamente 20-25 minutos cada uno, donde se abordan algunas AVD, y en el *segundo momento* se desarrolla la *actividad de hidroterapia* durante 50 minutos.

Es frecuente en nuestra práctica que el paciente logre un desempeño independiente en estas actividades en el consultorio, pero generalmente continúa siendo “semidependiente” en el contexto familiar. Al indagar sobre los motivos de ésta en la *actividad de vestido*, los pacientes refieren que “... *se debe a que la actividad les requiere más tiempo...*” y en algunos casos por “*sobreprotección familiar*”. En lo que se refiere a la *actividad de ducha* la mayoría responde que por considerarla una *actividad peligrosa* continúan en su hogar contando con asistencia moderada o mínima. También se observó que son pocos los que aceptaban las sugerencias de modificaciones ambientales.

Desde Terapia Ocupacional se utilizó esta ***modalidad de intervención*** para reforzar y consolidar las habilidades para la autonomía del paciente haciendo hincapié en actividad de vestido, higiene y aseo personal, baño-ducha y movilidad funcional. También el espacio físico del vestuario permitió revisar cuestiones de accesibilidad y seguridad durante la actividad de ducha.

En cuanto a la *actividad de hidroterapia*, este abordaje se realizó implementando diferentes enfoques teóricos con la finalidad de promover patrones posturales y de movimientos en el medio acuático.

Duffield (1985) desarrolla las propiedades físicas del agua como la flotación, la presión hidrostática, la viscosidad y la refracción. Los pacientes con déficits neurológicos al realizar los movimientos inmersos en el agua incrementan sus habilidades motoras, ya que este *medio* les permite: realizar los movimientos con menor esfuerzo, incrementar el rango de movimiento y la fuerza muscular en grupos débiles, favorece el equilibrio y la coordinación de los movimientos. Se observa que el medio acuático por la información sensorial que brinda provoca una mayor seguridad en el movimiento y en la postura y por ende todo esto repercute en el estado emocional del paciente.

La *temperatura del agua* a 32-34 ° provoca en el paciente analgesia y relajación muscular, dando como resultando una disminución del tono muscular en los pacientes con tono muscular elevado. Combinado el calor con la flotación permite al sujeto vivenciar nuevas experiencias sensoriomotoras.

Conclusión:

Para concluir esta experiencia de abordaje interdisciplinaria en Hidroterapia podemos afirmar que:

- El abordaje en el agua no reemplaza los demás tipos de abordajes terapéuticos, sino que los complementó
- Generó en los pacientes una experiencia agradable con repercusión en el estado emocional brindando seguridad y confianza. Se observó motivación y demanda de la actividad.
- Este abordaje permitió continuar estimulando el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria observándose que la *motivación* por esta **modalidad de intervención** logró en algunos pacientes mayor participación en el vestido y la actividad de baño/ducha ya que incorporaron algunas medidas de seguridad, y otros manifestaron que requerían de menor asistencia de un tercero.
- Se requiere de mayor número de sesiones y de la implementación de protocolos de evaluación para continuar con este trabajo y presentar resultados objetivos

III. BIBLIGRAFIA:

- Crepeau, Cohn, Schell. (2005). *Spackman & Willard. Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana. 10º Edición. España.
- Moruno, P., Romero D. (2006) *Actividades de la Vida Diaria*. Editorial Elsevier Masson. España.
- Pinyol Carles Jordi. 2000. *Movernos en el agua. Desarrollo de las posibilidades educativas, lúdicas y terapéuticas en el medio acuático*. Editorial Paidotribo. 3era edición España.
- Lic Barroca Enrique. *Hidroterapia* Revista Científica del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires. Año 9, Nº 34. Abril/junio 2010.
- Duffield, M.H. (1985) *Ejercicios en el agua*. Editorial JIMS. España
- American Occupational Therapy Association. *Marco de Trabajo para la Practica de la Terapia Ocupacional*. Dominio y Proceso. 2da Edición. Traducción y adaptación al español: 2010.

Abriendo Caminos

La intervención de Terapia Ocupacional en las Secundarias Básicas de la Escuela
Común.

Autora: Macarena Marlene Abregù

Correo electrónico: maca.abr@gmail.com

Resumen:

El siguiente proyecto forma parte del plan de Mejora para la educación secundaria 2010-2011. Se desarrolla en la escuela secundaria n° 6 de Berazategui. El mismo se plasma desde dos ejes: Por un lado, espacios de aprendizaje de asignaturas como matemáticas, prácticas de lenguaje, inglés y fisicoquímica y por el otro, se conforma el equipo de orientación escolar que tiene como objetivos trabajar desde el grupo las problemáticas adolescentes a través de dispositivos; abordar aquellas situaciones individuales que influyan en el desempeño escolar, promover instancias de aprendizaje para el cuerpo docente, y generar trabajos en red con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

El trabajo se enmarca desde dos modelos: resiliencia y educación dialógica y dialéctica. Por otra parte, el equipo lleva adelante prácticas que intentan romper con la representación social del gabinete ligado al modelo biomédico hegemónico.

Se lleva adelante a partir de lo que la comunidad educativa (estudiantes, familia y docentes) propone, siente y hace con el fin de generar procesos de aprendizajes dialécticos y sostenidos.

Actualmente, se encuentra en una instancia de inicio con grandes expectativas por parte de todo el equipo que conforma el proyecto.

Abriendo Caminos: La intervención de Terapia Ocupacional en las Secundarias Básicas de la Escuela Común.

Este proyecto se enmarca dentro de un plan nacional de educación llamado: plan de Mejora para la educación secundaria 2010-2011¹, lanzado por el *Ministerio de Educación de la Nación Argentina*. Dicho plan tiene como propósito principal mejorar la calidad de enseñanza y reforzar las prácticas pedagógicas, desarrollando estrategias de enseñanza alternativas que permitan incluir a todos y todas los/as adolescentes y de esta manera disminuir los índices de deserción escolar y repitencia, cumpliendo así, con la obligatoriedad de la educación secundaria.²

Los objetivos del plan de mejora son:

- Planificar el desarrollo institucional a corto y mediano plazo tendiente a mejorar la calidad de la enseñanza y las trayectorias educativas de los estudiantes.
- Configurar un modelo escolar que posibilite cambios en la cultura institucional estableciendo bases para renovar las tradiciones pedagógicas del nivel secundario y para que la escuela sea accesible a colectivos estudiantiles más amplios y heterogéneos.
- Lograr la inclusión y permanencia de los alumnos en la escuela y propiciar el desarrollo de propuestas de enseñanza que posibiliten a todos, aprendizajes consistentes y significativos, con especial énfasis en la atención de aquellos en situación de alta vulnerabilidad socioeducativa.
- Desarrollar propuestas curriculares que atiendan a los intereses, necesidades y potencialidades de los estudiantes y al lugar de transmisión cultural que asume la escuela enfatizando la centralidad de la enseñanza y la adecuación de los saberes a las transformaciones socioculturales contemporáneas.

El proyecto se lleva a cabo en la escuela secundaria básica n°6³ del Partido de Berazategui, Provincia de Buenos Aires a partir del mes de Febrero del año 2011. Dicho proyecto está conformado por dos partes: Por un lado, clases de apoyo extracurriculares en aquellas materias en donde se presenten mayores dificultades, como prácticas del

¹ Institucionalidad y Fortalecimiento de la educación secundaria obligatoria- Planes de Mejora-, Resolución CFE N° 86/09

² Resolución CFE N° 88/09

³ La escuela secundaria Básica cuenta con una matrícula de 390 estudiantes, y se encuentra situada en la calle 148 entre las calles 16 y 17 del Partido de Berazategui, su Directora es Silvana Vanesa Rodríguez.

lenguaje, bioquímica, inglés y matemáticas. Y por otro lado, la conformación de un equipo de orientación escolar, compuesto por un Licenciado y Profesor⁴ en psicología y una estudiante avanzada de Terapia Ocupacional.

Dicho equipo entiende a la problemática de deserción escolar y repitencia, desde dos aristas que confluyen en una sola: *La social y la pedagógica*, es decir, que sostenemos que los y las adolescentes abandonan la secundaria y/o repiten años tanto por factores sociales como pedagógicos; los primeros, en la mayoría de los casos, causantes de las dificultades pedagógicas.

Unas de las líneas teóricas con las que se trabaja desde el equipo de orientación escolar, es la educación dialógica, popular y dialéctica de Paulo Freire⁵, se concibe al *aprendizaje como un proceso dialéctico sostenido por una relación dialógica que permite a los y las adolescentes construirse a sí mismos, y resolver los diversos conflictos desde sus propias representaciones del mundo.*

Otra de las líneas teóricas del trabajo se encuadra dentro del marco de la Resiliencia, entendida esta como *la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas*⁶, se propone promover los pilares que la sostienen como autoestima, identidad, confianza en sí mismo, grupos de contención, y de esta manera favorecer un mejor desempeño escolar y social.

El equipo de Orientación Escolar tiene como objetivos:

- Diseñar e implementar dispositivos grupales con los estudiantes y docentes, sobre problemáticas sociales puntuales, pilares de la resiliencia, promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades como HIV y ETS.
- Detectar, seguir y abordar familiar, individual y grupalmente, las problemáticas escolares, vinculares, familiares u ocupacionales que interfieran en el rendimiento y/o convivencia escolar de los estudiantes.
- Fomentar la comunicación y generación de proyectos con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que permitan un abordaje en red más eficaz.
- Acompañar el proceso de diagnóstico, abordaje y evaluación realizado por los docentes tutores.
- Organizar y Participar en instancias formativas del cuerpo docente.

⁴ Licenciado Federico D`Alessandro, MP: 61631

⁵ ([Recife, 19 de septiembre de 1921](#) — [San Pablo, 2 de mayo de 1997](#)) fue un educador [brasileño](#) y un influyente teórico de la educación.

⁶ Munist y otros; 1998

Desde Terapia ocupacional (TO) se trabaja con la comunidad educativa, desde una mirada multicontextual, es decir, analizando y problematizando los diferentes factores (cronológicos, familiares, sociales, ambientales, económicos, y emocionales.) por los que son atravesados los actores sociales que la conforman, y de esta manera se planifican líneas de acción que abordan al grupo en función de sus necesidades y problemáticas propias.

Desde el trabajo grupal, el servicio de TO gestiona espacios democráticos y de participación activa por parte de los adolescentes, en donde se problematiza, discute y analiza acerca de temáticas relacionadas con el desarrollo y problemáticas que impactan en el rol de estudiante y adolescente, como por ejemplo: trastornos de alimentación, uso responsable de las redes sociales, representación social del adolescente, mapeo social de la comunidad, etc.

Por otra parte, desde el trabajo individual, se llevan acciones de integración con determinados estudiantes que lo requieran, por ejemplo que hayan sido diagnosticados con ADDH o retraso mental. Además, se colabora con el asesoramiento en dichas problemáticas a los docentes.

En lo que refiere al trabajo con la familia, se realizan visitas domiciliarias en aquellos casos que lo requieran como por ejemplo en estudiantes con ausencias prolongadas o problemáticas sociofamiliares particulares. Dicha intervención se lleva a cabo en coordinación con la orientadora social del distrito.

Todo este trabajo se lleva a cabo bajo una mirada que intenta romper con la representación social tradicional del “gabinete” atado al modelo biomédico hegemónico, en el que se proponen abordajes individuales de aquellos estudiantes que son “etiquetados” como: problemáticos. Por ello, a pesar de tener en cuenta las singularidades de cada estudiante y/o docente, el trabajo grupal inclusivo se vuelve fundamental.

Es importante destacar, que si bien el proyecto se encuentra en una etapa media, se pueden notar determinados resultados;

- Articulación con la secretaria de políticas socioeducativas del Municipio de Berazategui.
- Articulación para la recuperación de estudiantes que hayan desertado la escuela con la orientadora social del distrito.
- Realización de talleres con estudiantes de la Universidad Nacional de Quilmes.

- Realización de talleres participativos con distintos profesionales de la salud.
- Recuperación de dos estudiantes que habían desertado la escuela.
- Detección y seguimiento particular de estudiantes con diagnósticos relacionados a problemas de aprendizaje.
- Asesoramiento y apoyo al cuerpo docente.
- Acompañamiento y asesoramiento en materia social a familias con problemas de violencia familiar.

El proyecto se desarrolla bajo una gestión participativa; es decir que el proyecto se lleva a cabo a partir de lo que la comunidad propone, siente, hace; generando, así, que la experiencia sea una aprendizaje dialéctico entre todos los actores que conformamos la comunidad educativa: docentes, estudiantes y familia.

La educación es una de las herramientas más importantes y comprometidas para el logro de una convivencia y un aprendizaje encaminados a la formación de una sociedad justa y solidaria. *No es posible un compromiso verdadero con la realidad y con los hombres concretos que en ella y con ella están, si de esta realidad y de estos hombres uno tiene una conciencia ingenua. No es posible compromiso autentico, si, al que se piensa comprometido la realidad se le presenta como si fuera algo dado, estático e inmutable.*⁷

⁷

Paulo Freire, **Educación y Cambio**, 1976.

Titulo: Alentando la asunción de riesgos en el proceso de recuperación de personas que padecen de trastornos mentales severos.

Autor : Licenciada Elisabeth Gómez Mengelberg, TO

Introducción: Planteo la importancia de alentar la asunción de riesgos razonables en los procesos de recuperación de las personas que padecen de trastorno mental severo. A lo largo de mi experiencia como terapeuta ocupacional trabajando en pos de la recuperación de estas personas pude detectar la importancia de esta premisa y alinearme dentro de la corriente que los insta a la toma de riesgos naturales de la vida para insertarlos en la comunidad “ natural”.

Algunos de los riesgos de los cuales hablamos son; casarse, estar en pareja, tener sexo, trabajar, vivir solo/a, mudarse cambiar de trabajo, vivir con amigos, estudiar, ejercitarse en un deporte, tener hijos, militar en política, viajar y otros.

Desarrollo:

La mayoría de estas personas con trastorno mental severo tienen el diagnóstico de esquizofrenia, a ellos, a sus familias y acompañantes durante años les fueron indicados todo tipo de tratamientos, y fueron convencidos y/o compelidos a actuar de acuerdo al paradigma reinante de la época, así pasaron de la hospitalización a la deshospitalización y que vuelvan a vivir con sus familias, que tomen medicación psiquiátrica, que no la tomen, que se acerquen a un estilo de vida de “paciente mental ideal” y otros.

Con el transcurrir de la historia las intervenciones de distintas disciplinas y profesionales con una posición firme en relación a acordar estrategias con el paciente, fue revelándose que las mejores intervenciones y las que son sostenidas en el tiempo, son aquellas en donde las personas que padecen de trastorno mental severo son partícipes de las decisiones.

Una persona con una enfermedad mental puede recuperarse. La recuperación se enmarca en un estilo de vida, en el cual las personas con trastorno mental severo y que padecen de esquizofrenia puedan vivir una vida productiva, esperanzadora y satisfactoria, que puedan rediseñarla. Participar en forma activa en su comunidad y tener esperanza es fundamental en la recuperación, para poder crear nuevos significados y sentidos de la vida más allá de los efectos y límites de la enfermedad mental.

Desde esta perspectiva se valoran todos los aspectos, respetando sus valores, deseos y contextos, apoyándolos y acompañándolos a lo largo de un viaje de descubrimiento de sus propias capacidades.

En este contexto, la recuperación es subjetiva e individualizada, e implica una involucración radical del paciente. Para promover la recuperación, se debe estar organizado alrededor del paciente, implicándolo activamente en su proceso individual enlazado con la comunidad y su entorno respetando sus deseos, sus motivaciones, sus tiempos, su derecho a elegir y alimentando sus posibilidades para crecer como persona.

Hay que tener en cuenta las variadas secuelas, que dejaron en estos pacientes a lo largo de la historia; los tratamientos y las instituciones de las cuales fueron objeto.

De esta relación que se mantuvo y se mantiene con ellos, podemos decir que es el modo de comunicación y de relación que estos pacientes han mantenido desde siempre con el entorno y es parte del sostén de la enfermedad que padecen. Estos se evidencia en la manera que se vieron compelidos, y forzados por otros a actuar, sentir o expresarse de un determinado modo, y esto es casi una constante en la vida de ellos.

Detectar e investigar cuales son las cosas que continúan marginando a aquellos que padecen de enfermedad mental, a sus familias y a quienes lo acompañan, es un verdadero desafío que se hace más presente cuando el paciente está estabilizado y comienza a transcurrir el tiempo. Un indicador de discriminación y marginación es la actitud de la familia y profesionales frente a la asunción de riesgos razonables por parte del paciente, y esto es muy importante poder determinarlo.

La actitud de la familia y acompañantes con respecto a la toma de riesgos, de los pacientes que padecen de trastorno mental severo es muy distinta a la que evidencian con el resto de la población, seguramente bienintencionados pero con el argumento real o supuesto de la fragilidad de estos pacientes, o de sus familias y acompañantes, se les impide asumir lo que podríamos dar en llamar los riesgos naturales de la vida.

Habitualmente se ve con buenos ojos que alguien se enfrente a riesgos razonables y posibles, no es así en el caso de las personas con trastornos mental severo y con diagnóstico de esquizofrenia, parecería que la tendencia a hacer que eviten tomar riesgos razonables e inteligentes es automática.

Esta tendencia es tanto por parte de la familia y/o acompañantes sino también por parte de los médicos que tienen la preocupación del riesgo suicida y la sombra de mala praxis sobre sus cabezas.

Tampoco la totalidad del equipo ve con agrado la toma de riesgos razonables e inteligentes cuando el paciente está estabilizado. El rediseño de la vida cotidiana con creatividad parecería no estar permitido o por lo menos que suceda lo más lejanamente

posible en el tiempo, se insta al paciente a los familiares y acompañantes a extremar la prudencia, que conlleva la mayor de las veces a la inmovilidad.

Se insta y “tranquiliza conciencias” que vivan un determinado estilo de vida sin toma de riesgos, pero que a largo plazo puede llegar a convertirse en perturbador, todo eso a favor de una estabilidad que en ocasiones descarta la creatividad, el ingenio y la libertad de elección.

Evitar riesgos razonables e inteligentes es el mayor de los riesgos.

Para acceder a la recuperación, es necesario tomar riesgos razonables e inteligentes por parte de todos los actores que nos vemos involucrados en este proceso de recuperación.

Hay un momento culmine en el proceso de recuperación que podemos identificar y denominarlo *atascamiento*, también ponemos énfasis en que los principales atascados son la familia los acompañantes y los terapeutas.

Cuanto menor es la asunción de riesgos mayor es el atascamiento, a la mayoría no se los estimula para que lo intenten y cuanto mas atascado se está mayor sería la indicación de asumir riesgos razonables.

Ahora para alentarlos a que se embarquen en actividades riesgosas, hay que pensarlas caso por caso, pensar cual sería el riesgo y depurarlo con el fin de ampliar las posibilidades de lograrlas con éxito.

La excusa y/ o fundamentos para que no asuman riesgos; son las posibles crisis, que colaboran a desestimar los riesgos razonables y necesarios, los suicidios y sus implicancias legales.

Como ubicar cuales son esos riesgos razonables e inteligentes, para cada uno será distinto pero a grandes trazos son; casarse, estar en pareja, tener sexo, trabajar, vivir solo, mudarse cambiar de trabajo, vivir en pareja o con amigos, estudiar, ejercitarse en un deporte, tener hijos, militar en política, viajar y otros.

Conclusiones: La forma mas sutil de censurar la toma de riesgo es hacerlo pasar por actitudes moralistas, frente a nuevos estilos de vida que deben diseñar y asumir las personas que están en proceso de recuperación. Se alienta desde aquí a no desalentarlos frente a nuevos estilos, que es en ocasiones lo que hacemos los profesionales y las familias.

Referencias Bibliográficas

- * Esmero de Iglesias, Montes Bernardo S, Calidad de vida de las personas que le han diagnosticado una enfermedad mental. El abordaje del equipo de profesionales. TOG (Coruña) (revista en Internet) 2009; 6(10); disponibles en Internet en: [http: www.revistatog.com/num10/pdf/](http://www.revistatog.com/num10/pdf/)
- * Ricardo Guinea.y otros, 2007, “Modelo de atención en la personas con enfermedad mental grave” Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Madrid) España.
- * Valladolid Statement. 2010 , Recovery in Mental Illness is possible and probable, WARP Bulletin December 2010-“ (9-10)

ANÁLISIS DE ACCIONES GUBERNAMENTALES PARA LA INCLUSIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDÓN

Autor: Di Clemente, Laura Liliana

Fernández, Verónica Anahí

Correo electrónico: terapiaocupacionalsalud@gmail.com

Resumen:

Desde un contexto normativo nacional de protección integral y mejoramiento del empleo de las personas con discapacidad (PcD) (Ley 22.431/81, Ley 25.212/00) e internacional (OEA, 2006; ONU, 2007) favorable para la participación social pero en un mercado laboral local desfavorable en los últimos años (2006-2009) se pretendió indagar iniciativas y programas a nivel estatal de apoyo al empleo para PcD e identificar oportunidades de inclusión laboral de trabajadores con discapacidad (TcD) en los sectores público y privado del Partido de General Pueyrredón (PGP). Mediante el análisis de documentos oficiales y entrevistas focalizadas a representantes de organismos gubernamentales, se caracterizaron el Servicio de Colocación Laboral Selectiva (SeCLaS) Delegación Regional Mar del Plata dependiente del Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y la Red de Servicios de Empleo creada por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación integrada por Oficinas Municipales de Empleo (OME). Se describieron los programas de inserción laboral, de entrenamiento para el trabajo y de apoyo económico a micro-emprendimientos destinados a TcD y de inserción sociolaboral para jóvenes. Se identificaron del registro de postulante del SeCLaS (2005-2010) PcD de ambos sexos con diversidad de edades (21-50 años), de discapacidad y de nivel de estudio incorporados al trabajo competitivo mayormente en el ámbito público. La orientación, inducción, capacitación e intermediación laboral fueron servicios esenciales de la OME local. La centralización en la toma de decisiones respecto al proceso de inclusión laboral en el organismo provincial y la falta de ejecución de programas específicos de apoyo al empleo de TcD en el ámbito municipal, fueron “obstáculos” para la participación en el mundo del trabajo. Fueron factores contextuales “positivos” las condiciones de empleabilidad de las PcD que accedieron a organismos y programas oficiales y el ejercicio del derecho a la participación en la vida económica.

INTRODUCCIÓN

En el “Pacto Federal del Trabajo” (Ley N° 25.212) (1) del año 1999 se hace referencia (Anexo H: VI) a que la Nación, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desarrollarán en forma conjunta el Plan Nacional para la inserción laboral y el mejoramiento del empleo de las PcD, en el ámbito de sus respectivas competencias, a través de diferentes líneas de acción.

La Asamblea General de la OEA (Santo Domingo, 2006) declaró el “Decenio de las Américas: por los Derechos y la Dignidad de las personas con discapacidad” (2) durante el período 2006-2016, bajo el lema “Igualdad, Dignidad y Participación”. Declaró también la necesidad de que durante el decenio señalado se emprendan programas, planes y acciones para alcanzar la inclusión y la participación plena en todos los aspectos de la sociedad de las PcD; se ejecuten programas sociales, políticos, económicos, culturales y de desarrollo destinados al logro de oportunidades en pie de igualdad con los demás. En el año 2007 la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (3), incorporada a nuestra legislación por la Ley Nacional 26.378/08, promueve el acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua de PcD (Artículo 27, Trabajo y empleo).

El Decreto Nacional 312/2010 (4) reglamenta la Ley N° 22.431/1981 que establece un sistema de protección integral para las PcD, dispone a través de su artículo 8° (modificado por Ley N° 25.689) que el Estado Nacional está obligado a ocupar PcD que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas.

En el último informe sociolaboral del PGP realizado por el Grupo Estudios del Trabajo (5), la tasa de empleo se encuentra levemente por encima (42,7%) del porcentaje registrado en el país (42,4%) para el cuarto trimestre de 2009, prácticamente igual al año anterior. Este indicador a nivel local se ha comportado durante los últimos cuatro años de manera errática y con tendencia “decreciente”. La tasa de desempleo para igual período se sitúa en un 9,2%, valor llamativamente más bajo al registrado en el 2° trimestre de 2009 con un 14,4%. También esta fluctuación se coloca en torno a una línea de tendencia gradual “creciente” desde comienzo de 2008 y por encima del desempleo promedio a nivel nacional y al cierre del 2009 (8,4%). En el aglomerado Mar del Plata-Batán, la distribución de la población ocupada por rama de actividad está vinculada a los “servicios” que concentró al 55% de la misma en el cuarto trimestre de 2009 y, en los rubros Comercio y Hoteles/Restaurantes al 23% de la población ocupada marplatense. A diferencia de lo que sucede a nivel nacional (36%), en el PGP el porcentaje de asalariados no registrados permanece estable en torno al 39%, con leves fluctuaciones desde 2006. Sin embargo, en el último trimestre del 2009 cae al 35% debido, seguramente, a la participación del sector industrial en la estructura de empleo y la caída

del sub-registro en la construcción. De igual modo, el empleo no registrado es uno de los problemas del mercado laboral pendiente por resolver.

En este contexto normativo y económico son objetivos del estudio: a) indagar las iniciativas a nivel estatal relativas a la inclusión laboral de personas con discapacidad; b) analizar los programas nacionales, provinciales y municipales de apoyo al empleo de personas con discapacidad, y c) identificar las oportunidades de inclusión laboral de personas con discapacidad en los sectores público y privado del Partido de General Pueyrredón.

MÉTODO

Estudio de tipo exploratorio-descriptivo, con un diseño de investigación transversal. Se utilizaron como técnicas de recolección de datos, análisis documental y entrevistas focalizadas a informantes calificados. Los documentos consultados fueron leyes nacionales, provinciales, decretos reglamentarios, resoluciones ministeriales, material informativo y de divulgación impreso y en línea, sitios web oficiales de los Ministerios de trabajo de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires, de la Municipalidad del PGP y de organismos gubernamentales (oficinas, servicios y boletines oficiales), registro de aspirantes a un empleo en soporte digital, listados de agencias de empleo y gacetillas de prensa.

El registro de inscriptos y designados elaborado en archivo Excel por el SeCLaS (Delegación Regional Mar del Plata) fue modificado y utilizado como matriz de datos para el análisis de las características socio-demográficas de los postulantes. Se eliminaron datos personales de los mismos que permitiesen su identificación o localización. Se excluyeron del total de “inscriptos” (456) y “designados” (32) al mes de julio de 2010 los residentes en los partidos de General Alvarado, Mar Chiquita y Balcarce que estando dentro de la jurisdicción no eran objeto del estudio. Se codificaron datos para año de inscripción, sexo, tipo de discapacidad y nivel educativo. Se depuraron los datos faltantes, repetidos y erróneos, por eliminación o estimación con las variables “diagnóstico” y “origen” (congénito o adquirido).

Fueron entrevistados la referente regional del SeCLaS en el mes de agosto de 2010 y el jefe de la OME del PGP en septiembre de 2010.

RESULTADOS

A nivel provincial, la Ley 10.592/87 “Régimen Jurídico básico e integral para las personas discapacitadas” en su artículo 12 establece la creación del SeCLaS en el ámbito del Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y de cada una de sus Delegaciones Regionales (6) (7). El espíritu de la norma remite al concepto de equidad como herramienta para lograr la igualdad de oportunidades. Sitúa a las PcD como “trabajadores” cuando reúnan condiciones de aptitud e idoneidad para el mercado competitivo (8). La misión del SeCLaS (8) (9) es planificar, establecer y diseñar acciones y políticas tendientes a lograr la inserción laboral de la PcD según su capacidad y aptitud laboral, evaluando a las personas y certificando sus saberes con la finalidad de ubicarlas en empresas privadas y/o instituciones oficiales, respondiendo a las

demandas existentes en el mercado laboral. Las funciones (7) del servicio son, entre otras, examinar las condiciones existentes en el mercado laboral, ofrecer el asesoramiento técnico necesario requerido por el sector oficial y privado, controlar el cumplimiento del cupo del 4% que la legislación provincial reserva a las PcD dentro del empleo público; y registrar a las PcD aspirantes entre 18 y 60 años de edad, residentes en la Provincia de Buenos Aires, con CUIL, Certificado oficial de discapacidad, certificado de estudios y currículum vitae. El proceso para la colocación laboral (7) consta de: 1) Análisis de la empresa y del puesto de trabajo, 2) Evaluación del postulante para determinar la aptitud laboral en función de los requerimientos del puesto de trabajo, 3) Selección del postulante y 4) Seguimiento posterior a la inclusión.

Los postulantes inscriptos en el registro del SeCLaS Delegación MDP desde el año 2005 al mes de julio de 2010 fueron (n=388) y más de la mitad de los registros (60%) sucedieron en 2008 y 2009. Casi 2/3 de las PcD tenían menos de 40 años y el 57% fueron varones. El nivel educativo alcanzado y consignado (n=368) fue de un 43,7% con secundario o polimodal completo, un 39,6% poseía primario o EGB completa. Le siguieron terciario completo (8,2%), universitario completo (5%) y analfabetismo más primario incompleto (3,5%). De los tipos de discapacidad especificados (n=354) prevaleció la discapacidad motora con un 36,2% seguida por las sensoriales auditiva y visual con 16% respectivamente. Luego, la visceral 12%, con más de una discapacidad (multidiscapacidad) 8%; la discapacidad mental 7,3% y retraso mental 4,5%.

Los trabajadores designados (n= 32) tenían entre 21 y 30 años (43,8%), entre 31 y 40 años (31,2%), entre 41 y 50 años (18,8%), sin dato (6,2%) y el 62,5% eran varones. Tenían una discapacidad sensorial auditiva (34,4%) en su mayoría hipoacusia, discapacidad motora (25%), discapacidad visceral (15,6%), discapacidad sensorial visual (9,3%), retraso mental (3,1%), multidiscapacidad (6,3%) y sin dato (6,3%). En relación al nivel de instrucción, poseían estudio universitario completo (9,4%) e incompleto (3,1%), terciario completo (12,5%), secundario completo (47%) e incompleto (6,2%), primario completo (15,6%). Sin dato (6,2%). En los años 2006 y 2007 ingresan a un puesto de trabajo 2 (6,2%) TcD respectivamente; en el 2008 se incrementa el número a 20 (62,5%), mientras que en el 2009 desciende a 7 (22%) y en el transcurso del 2010 se designa un TcD (3,1%). Los ámbitos en los que fueron designados los TcD, mayormente públicos (84,4%), corresponden a los Ministerios de Justicia (44%), de Salud (18%), de Trabajo (8%), de Seguridad (4%), de Economía (4%) y en la Dirección General de Cultura y Educación (22%). Con perfiles profesionales (11%) TcD en los cargos de Psicóloga, Médico y Abogado, técnicos (7,5%), administrativos (44,5%) y servicios (37%) TcD en los cargos de portero, costurera y en conmutador. En el ámbito privado ingresaron a una empresa (15,6%) TcD como operarios.

A nivel nacional, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) a través de la Unidad para Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables dependiente de la Secretaría de Empleo tiene como objetivo (10) mejorar la empleabilidad de las PcD a fin de procurar la igualdad de oportunidades laborales, a través de los siguientes programas (11):

✓ “Inserción laboral para trabajadores con discapacidad” (Resolución Ministerial N° 802/04, extendido al Sector Público por Resolución Ministerial 914/07, modificado por Resolución Ministerial 343/10). El objetivo es promover la inserción laboral de TcD desocupados (mayores de 18 años) en el sector privado, a través del otorgamiento de incentivos a los empleadores para su contratación. El programa brinda apoyo económico a los TcD durante 9 meses en el sector privado y 12 meses en el público.

✓ “Programa de Entrenamiento para el Trabajo para Trabajadores con Discapacidad” (Resolución Ministerial N° 708/10, reglamentado por Resolución S.E. N° 905/10). Su objetivo es favorecer la adquisición de conocimientos y experiencia en un puesto de trabajo a TcD desocupados mayores de 18 años. Las actividades pueden tener una duración de 1 a 6 meses en el sector privado, de 2 a 8 meses en el sector público y de 3 a 8 meses en instituciones sin fines de lucro. El organismo designará un tutor y costeará gastos de traslado, refrigerio, ART y certificación de entrenamiento al TcD quien percibirá una ayuda económica mensual según la carga horaria (20 o 30 horas semanales).

✓ “Programa de Apoyo Económico a Micro-empresarios para Trabajadores con Discapacidad” (Resolución Ministerial N° 575/05, reglamentado por Resolución S.E. N° 197/06). [Momentáneamente sin recepción de proyectos a fecha 16/11/10]. El objetivo es proporcionar apoyo económico para la compra de insumos y herramientas para la ejecución de actividades micro-empresarias.

Mediante Resolución N° 176/05 el MTEySS crea la Red de Servicios de Empleo (12). En el marco de la red, las OME son organismos técnicos que relacionan la oferta y la demanda de trabajo, brindando orientación para el empleo y la capacitación de forma gratuita e información y acceso a los programas que ejecuta el Estado tendientes a aumentar la empleabilidad de las personas. Las OME son el resultado del Convenio 88 suscripto por la OIT. La misión de las mismas es la intermediación y colocación laboral para cubrir vacantes en empresas y organizaciones que requieran personal mediante la selección de personas que reúnan los perfiles adecuados a los puestos de trabajo solicitados. Los usuarios son personas desocupadas, trabajadores activos que necesitan cambiar de empleo y empleadores que requieran contratar personal. La OME del PGP inaugurada en febrero de 2007 (13), es una de las setenta (70) oficinas de la Provincia de Buenos Aires (14) y localmente depende de la Secretaría de Desarrollo Productivo, Asuntos Agrarios y Marítimos y Relaciones Internacionales (15). Los servicios que ofrece son: 1) Registro de postulantes, 2) Orientación laboral, 3) Capacitación laboral mediante cursos avalados por el MTEySS y convenidos con cámaras empresariales locales y organizaciones sindicales y 4) Intermediación laboral (contactos con las empresas y relevamiento de las vacantes). La OME está en permanente contacto con el Departamento de Atención a la Persona con Discapacidad dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, para la

evaluación de las capacidades remanentes de los postulantes que lo requieran realizada por una Terapeuta Ocupacional quien presenta el informe a dicha Oficina.

La OME aplica el programa “Jóvenes con Más y Mejor Trabajo” (Resolución Ministerial N° 497/08 del MTEySS y reglamentado por Resolución SE N° 261/08) (16). El objetivo es generar oportunidades de inclusión social y laboral a jóvenes de 18 a 24 años que les permitan construir el perfil profesional en el cual deseen desempeñarse, finalizar la escolaridad obligatoria, realizar experiencias de formación y/o de prácticas calificantes, iniciar una actividad productiva de manera independiente o insertarse en un empleo (17). Las prácticas calificantes en empresas del sector público o privado para iniciar o completar la formación tendrán un máximo de veinte horas semanales y su duración no podrá exceder el plazo de seis meses (18). Los jóvenes que han tenido experiencia laboral podrán ser evaluados y certificados en las competencias laborales que han desarrollado en el ejercicio de una ocupación. En caso de que necesitaran formación complementaria, el orientador los derivará al curso correspondiente de manera que puedan certificar la totalidad de las competencias laborales que requiere la ocupación. Los jóvenes que en su proyecto formativo y ocupacional se definan por el desarrollo de un emprendimiento independiente o pequeña empresa, en forma individual o asociativa, serán derivados a cursos de gestión empresarial y serán asistidos por consultores especializados en la elaboración de un plan de negocio. Una vez aprobado dicho plan, se le brindará asistencia legal, técnica y financiera para su implementación durante las primeras etapas de desarrollo del emprendimiento (18). El MTEySS promoverá la contratación de jóvenes ofreciendo incentivos financieros a las empresas que los incorpore durante un plazo máximo de seis meses (18) (19). Durante la permanencia en el programa los jóvenes reciben ayudas económicas (19) no remunerativas las que variarán según las diferentes actividades que desarrollen. Cada joven contará con la asistencia de un tutor personal (20), miembro del equipo técnico de la OME, quien será responsable de acompañarlo durante toda su permanencia en el programa.

CONCLUSIONES

Los factores contextuales “ambientales” identificados como facilitadores de la participación de las PcD fueron las iniciativas: a nivel provincial, a partir de la Ley N° 10.592/87 (art. 12), la creación del SeCLaS en el año 2005 que da inicio al registro de postulantes a empleos. Del registro de designados se observó diversidad de edades (21 a 50 años), de discapacidad y de nivel de estudio, ambos sexos, la incorporación a trabajos de tipo competitivo, en su mayoría en el ámbito público con preferencia en el Ministerio de Justicia. A nivel nacional, se promulgaron leyes y elaboraron programas de entrenamiento con ayuda económica no remunerativa y apoyo tutorial, de inserción laboral en el sector público y privado, y de apoyo económico a micro-emprendedores. Otra de las iniciativas fue la creación de la Red Nacional de Servicios de Empleo conformada por las OME, entre ellas, la del PGP en el año 2007 que ofrece los servicios de registro de postulantes, orientación, capacitación e intermediación laboral.

Asimismo, se identificaron como obstáculos para la participación de las PcD en la vida económica local, tasas de empleo decreciente en los últimos años (2006-2009) y de desempleo creciente en los años 2008 y 2009 con asalariados no registrados por encima del nivel nacional, en coincidencia con el número de inscriptos en el SeCLaS durante ese período que representó al 60% de los mismos. En dicho contexto se presentan la imposibilidad de toma de decisiones en el SeCLaS Delegación MdP respecto al proceso de inclusión laboral y la ejecución de un programa para la inclusión laboral “no específico” para PcD desde la OME del PGP.

Entre los factores contextuales “personales” se destacan como positivos el interés en el acceso a los organismos locales, a los programas de capacitación e inserción laboral con el objeto de adquirir y/o fortalecer competencias ampliando las condiciones de empleabilidad y el ejercicio del derecho a la participación a través del desempeño del rol de trabajador de las personas con discapacidad.

REFERENCIAS

- (1) Ley N° 25.212: Pacto Federal del Trabajo. Buenos Aires, 24 de noviembre de 1999. Boletín Oficial, 6 de enero de 2000.
- (2) Organización de los Estados Americanos. Declaración del decenio de las Américas: por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (2006-2016). AG/DEC.50 (XXXVI-O/06), 6 de junio de 2006.
- (3) Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A/RES/61/106, 24 de enero de 2007.
- (4) Decreto Nacional 312/2010 Reglamentario de la Ley 22.431 sobre el Sistema de protección integral de las personas con discapacidad. Buenos Aires, 2 de marzo de 2010. Boletín Oficial, 8 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.saij.jus.gov.ar>
- (5) Lanari, M.S., Gallo, M.E., Alegre, P. 2010. Informe Sociolaboral del Partido de General Pueyrredón (Junio 2010). Grupo Estudios del Trabajo, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Nacional de Mar del Plata. Inédito.
- (6) Ley Provincial N° 10.592 Régimen Jurídico Básico e Integral para las personas discapacitadas. La Plata: Boletín Oficial N° 21.131, 1 de diciembre de 1987. Disponible en: http://www.gob.gba.gov.ar/dijl/DIJL_buscaid.php?var=98
- (7) Servicio de Colocación Laboral Selectiva. Las Delegaciones Regionales en el proceso de trabajo del SeCLaS. Módulo 2. Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. s/f. Disponible en: <http://www.trabajo.gba.gov.ar/seclas/adjuntos/modulo2.pdf>
- (8) <http://www.trabajo.gba.gov.ar/seclas/inicio.asp>

(9) Servicio de Colocación Laboral Selectiva. Trabajo y discapacidad. Módulo 1. Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. s/f. Disponible en:

<http://www.trabajo.gba.gov.ar/seclas/adjuntos/modulo1.pdf>

(10) <http://www.trabajo.gob.ar/discapacidad/>

(11) <http://www.trabajo.gob.ar/discapacidad/programas.asp>

(12) <http://www.trabajo.gob.ar/redempleo/>

(13) Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Más y Mejor Trabajo. El Ministro Tomada inauguró una oficina de empleo en la ciudad de Mar del Plata. Gacetilla de Prensa, miércoles 21 de febrero de 2007. Buenos Aires: Dirección de Prensa y Comunicaciones.

(14) <http://www.trabajo.gob.ar/redempleo/directorio.asp>

(15) <http://www.mardelplata.gov.ar/Index00.asp>

(16) http://www.trabajo.gob.ar/downloads/programajovenes/Res_MTEySS_497-2008_Jovenes_con_Mas_y_Mejor.pdf

http://www.trabajo.gob.ar/downloads/programajovenes/Res_SE_261-2008_Jovenes_con_Mas_y_Mejor.pdf

(17) <http://www.trabajo.gob.ar/jovenes/>

(18) <http://www.trabajo.gob.ar/jovenes/acciones.asp>

(19) <http://www.trabajo.gob.ar/jovenes/ayudas.asp>

(20) <http://www.trabajo.gob.ar/jovenes/tutoriaseinstituciones.asp>

Análisis de la implementación de la Terapia Ocupacional en el sur de Chile: *Una Inserción en la Salud Mental local*

Autor: Tamara Sofía Miranda González

Correo electrónico: tamaramiranda@gmail.com

Resumen

La presente comunicación trata acerca de la inserción del Terapeuta Ocupacional en la Región de los Ríos (Valdivia) en la gestión de la Unidad de Salud Mental, del Servicio de Salud de Valdivia, pretende así, contribuir a la disciplina en este ámbito. Desde una experiencia personal y mediante un análisis crítico de este proceso, se busca dar a conocer las condiciones en las cuales se implementó dicho servicio.

Este análisis crítico contiene tres grandes áreas de desarrollo o polos de sistematización el primero de ellos es: Contextualización de la Terapia Ocupacional en Chile y su inserción en el campo de la Salud Mental; luego la gestión local desde la Terapia Ocupacional y para finalizar el Ser Terapeuta Ocupacional para aplicar la *cuestión administrativa*, referido a como desde la terapia ocupacional y desde la persona que la ejerce se establece la práctica en gestión. Estos niveles de sistematización están bajo el alero subjetivo de la experiencia vivida como Terapeuta Ocupacional y la implementación de la gestión en un lugar sin antecedentes sistematizados y escasos materiales desarrollados.

Así mismo se hace énfasis en las herramientas que entregan los enfoques y modelos utilizados en Terapia Ocupacional así como también el contexto socio-cultural y político; además del enfoque de derechos humanos, enfoque de género y mirada multicultural. Lo anterior sienta las bases para construir los primeros pasos para el desarrollo de una gestión desde la terapia ocupacional la cual estaba enfocada a nivel urbano y rural de la XIV Región de los Ríos, Chile.

Introducción

La presente comunicación tiene por objetivo dar a conocer las condiciones en las que se implementó el primer servicio de Terapia Ocupacional (TO) en la Región de los Ríos (Valdivia) desde una mirada de la gestión de la Unidad de Salud Mental, del Servicio de Salud de Valdivia, así mismo, pretende contribuir a la disciplina en este ámbito, mediante un análisis crítico de este proceso, construido desde una experiencia personal.

1.- Como Terapeuta Ocupacional: La TO en Chile se ha desarrollado de manera explosiva en los últimos años en la capital; en el sur de Chile, hacia finales del 2008 egresó la primera generación de TO formados de la Universidad Austral de Chile,. Hasta ese momento, todos los TO que permanecían en en la región habían emigrado desde la capital o de la Quinta Región. Esto da pie para que, principalmente el Servicio de Salud (SS), entregue incentivos económicos para favorecer la migración de TO.

Estos son vistos como una necesidad ante la demanda de intervenciones que impone la reforma de salud mental (SM) y psiquiatría lanzada 1996, que propone un enfoque comunitario, territorializado y centrado en el trabajo en red, estrategias para las cuales el TO posee las competencias necesarias para llevarlas a cabo a través del trabajo en equipo. La Reforma a la SM mencionada propició la gestación de diversos dispositivos en la red, inexistentes hasta el año 2007 en esta zona del país, tales como Centro de Salud Mental Comunitaria (CESAMCO) Hospital de Día (HD), Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Hogares Protegidos (HP), entre otros.

Es así como la necesidad de contar con el profesional TO surge en la red de salud mental que se gesta a finales del año 2007, y se comienza la implementación de TO en la clínica y en la gestión.

La Región de los Ríos se divide en 3 provincias con 7 comunas en total, la característica que define en gran parte las acciones en cualquier ámbito del sector público y privado son las determinantes en salud dentro de las cuales el factor socio demográficos es uno de los más relevantes.

El sur de Chile posee grandes variaciones geográficas, lo cual ha obligado históricamente a que las comunidades se ubiquen en sectores en donde existe un fácil acceso y comunicación; este es el caso de Valdivia y las principales comunas. Si bien, la mayor cantidad de población está concentrada en la provincia de Valdivia, los habitantes se distribuyen en las diferentes comunas urbanas, rurales e incluso en ocasiones inaccesibles vía terrestre, asimismo la oportunidad de acceso a las garantías estatales esta determinada a este factor.

2.- La práctica de (TO) desde la gestión local en salud mental: Llevar a la práctica la TO desde la gestión tiene varias cuestiones en diferentes niveles, estas, según mis experiencias serían: El eje institucional, la mirada específica de la TO y la realidad socio-histórico-política en la cual llego a desarrollar mi trabajo en una unidad de gestión ***El eje Institucional:*** Los Roles y Funciones definidos por la institución, que pertenecen a una categoría de la estructura que tiende a rigidizarse, estos roles y funciones están dirigidos hacia el monitoreo técnico, administrativo y clínico de los Hogares protegidos de la red de salud mental de la región. Ante lo anterior dentro de la unidad de gestión el/la TO sólo debía dedicar sus competencias en ese marco de acción. Desde ahí lo institucional mandata que las funciones están limitadas y se constituyen de manera rígida, en este contexto plantear otras formas de gestión se configura como no a lugar, dejando de esta forma el enfoque de integral de la TO *como si no* fuera pertinente aplicarlo a otras áreas de la gestión. ***La Mirada específica de la TO :*** en este sentido desde la TO me permití flexibilizar en los roles designados, permeándolos de la mirada específica de la TO utilizando herramientas teóricas y prácticas del Modelo de Ocupación Humana (MOH) , del Trabajo en Red y enfoque comunitario; en este sentido, el fundamento teórico a mi forma de entender la gestión dice relación con Luckmann en donde menciona, que la construcción de realidades esa partir del lenguaje, por lo tanto, desde mi lenguaje técnico hasta las acciones implementadas intenté lograr una coherencia entre la TO teórica y *la cuestión administrativa*, sin perder nunca de vista que inherentemente estaría trabajando con personas y que el impacto de las gestiones no son medibles en un corto plazo. ***Realidad Socio- histórico y política:*** Durante el tiempo, como TO tuve la oportunidad de ser parte de la unidad de gestión, existen diversos factores que determinan el cómo configuré la propuesta de trabajo. En Valdivia la reforma de SM llegaba tarde así cómo muchos procesos entre ellos, la llamada liberación de los pacientes psiquiátricos descrito por Sarraceno. Históricamente Valdivia a través del SS y el servicio de psiquiatría han puesto resistencias a la instalación del enfoque comunitario en la red. Esto, políticamente tiene su asidero en todo aquello que está relacionado con la historia local-social de la configuración de la salud, así como también la corriente neocapitalista imperante que subvalora y estigmatiza a esta nueva forma de operar en donde la comunidad es el centro integrado a la red y no la red el centro no integrado de la comunidad.

3.- Acciones de gestión: Ser TO para aplicar *la cuestión administrativa* cobra, desde el punto de vista subjetivo, sentido y coherencia con la disciplina. No obstante los puntos más importantes son la demanda institucional cubierta, aunque esta diste de la mirada integral y finalmente se centre en acciones hacia los hogares protegidos, son estas demandas cubiertas las que permiten a la institución y al sistema que deriva de ello, que la TO se posicione como una disciplina que puede operar desde la gestión de manera pertinente y coherente. Para llevar a cabo este proceso como primer paso esta el diagnóstico, luego la sistematización de la información, la construcción de objetivos, desarrollo de las acciones, reevaluación, proyección y reformulación constante de objetivos, acciones, medidas y vínculos.

Conclusión

Creo que la Terapia Ocupacional posee las herramientas precisas para el desarrollo de una gestión que involucre a los componentes ambientales/contextuales, volitivos, habituales y de desempeño situándolos en la cuestión administrativa, sin perder de vista al usuario/comunidad – nodo/foco; Permitiendo de esta forma una gestión pertinente y coherente con la práctica de gestión.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Norma técnica de centros de salud mental comunitaria, Gobierno de Chile Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental , año 2008
- 2.- Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental, año 2000
- 2.- Apuntes diplomado de gestión de calidad en salud, Medichi, año 2009
- 3.- Apuntes curso gestión de programa de magíster en intervención psicosocial, Universidad Andrés Bello, año 2007
- 4.- http://www.ssvdivia.cl/noticias/ver_noticias3.htm?pa_correla=554&pa_fecha=2009-12-01
- 5.- <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/news/article.php?storyid=249>

6.- <http://www.elnavegable.cl/admin/render/noticia/16801>

Título del trabajo:

Aplicación de modelos teóricos en terapia Ocupacional.

Un debate vigente

Apellido: Capozzo

Nombre/s: Marcela Alicia

Correo electrónico marcelacapozzo@hotmail.com

Resumen del Trabajo:

Introducción:

En esta presentación se exponen las características generales sobre los modelos teóricos y su inclusión en la producción científica, para luego plantear específicamente algunas reflexiones acerca de su aplicación en Terapia Ocupacional.

El objetivo es propiciar un debate acerca de la función que cumplen en la producción de conocimiento en nuestro campo disciplinar, considerando sus alcances y posibilidades.

Los métodos empleados fueron la recopilación y análisis de bibliografía sobre el tema, a partir de la cual se establecieron algunas reflexiones en relación con la praxis y el desarrollo teórico de Terapia Ocupacional desde la perspectiva de la modelización.

Resultados:

Los modelos teóricos permiten establecer formas de asignar significados a las observaciones y ciertos patrones a seguir, ya que algunos conllevan técnicas específicas, que permiten realizar evaluaciones de los resultados, debido a que emplean pautas para sistematizar los datos obtenidos y procesar la información. Estas características posibilitan además de la transmisión de conocimientos dentro y fuera del propio campo disciplinar, cuya delimitación de métodos y técnicas orientan de algún modo, el desarrollo de la investigación.

Consideraciones finales:

Los modelos teóricos y su aplicación en Terapia Ocupacional constituyen un intento por responder a la tradición o idea de una teoría propia y su implicancia en el desarrollo de la disciplina. Plantean además por su diversidad, la particular complejidad de la ocupación como objeto de estudio, la que es compartida con otras ciencias humanas.

El debate se centra en analizar desde diferentes dimensiones su aplicación, y considerar la articulación de la praxis y la teoría en nuestro ejercicio profesional.

Aplicación de modelos teóricos en Terapia Ocupacional. Un debate vigente.

Introducción:

Casi como una tradición dentro de nuestra disciplina, se ha sostenido y enfatizado la necesidad de definir y establecer una teoría amplia, abarcativa de nuestro campo disciplinar. Esta premisa se ha constituido en una idea fuerza respecto de la producción de conocimiento en Terapia Ocupacional señalada en ocasiones como un déficit.

Esta posición consensuada por parte de la comunidad profesional, conlleva una visión crítica de sus producciones desde una perspectiva que considera a la teoría, cercana a ciertos parámetros en los prevalece la idea de unificación y predominio del pensamiento vinculada con lo general, considerándolo sinónimo de validez y rigor.

En esta presentación puntualizo en un tema vigente en la producción de conocimiento en Terapia Ocupacional desde ya hace uno años: el empleo de modelos teóricos.

Expondré las características generales de los modelos, para luego plantear algunas reflexiones acerca de su aplicación en Terapia Ocupacional.

¿Qué es un modelo?

Existe más de una noción de modelo, la más conocida por todos es la que se aplica a contextos normativos, aquella que establece un sistema al que hay que parecerse (por ejemplo “niño modelo”). Varsavsky¹ utiliza la palabra “modelo” como imagen o representación - generalmente incompleta y simplificada de un sistema, proceso, fenómeno, artefacto, sociedad o ente de cualquier clase sea material o abstracto.

Dentro de los **usos** de modelos se destacan: el que consiste en extraer conclusiones por analogía, el que se pretende sirva como instrumento de decisión e incluso a veces de predicción cuantitativa y aquel otro que se emplea como simple instrumento de descripción y explicación de los problemas. Este último presenta como principal dificultad la falta de definición clara y unánime de las ideas.

Asimismo se distinguen dos **tipos** de modelos: el mental y el explícito. El **modelo mental** de un sistema, contiene lo que sabemos y pensamos acerca del mismo a partir del momento en que lo individualizamos y aprendemos a reconocerlo. Está formado por una descripción de sus componentes y características diferenciadas y por una explicación o teoría de su funcionamiento, que permite sostener que es posible predecir en algún grado su

1

comportamiento y controlarlo. Este modelo mental se va modificando por ensayo y error, por experiencia propia o comunicada, está en constante cambio en muchas de sus partes; aquellas que adquieren rigidez con el tiempo se constituyen en prejuicios y dogmas.

Los **modelos explícitos** son las representaciones de los mentales; los hacen comunicables, estables y mejor definidos y según el tipo de representación que adopten a su vez se los puede dividir en **tres clases**: verbales, físicos y formales o matemáticos.

En el campo de las ciencias sociales el empleo de modelos permite describir la complejidad de lo social, pues se delimita el alcance del fenómeno en estudio a partir de los elementos que son considerados en la construcción de un modelo determinado y de las relaciones que entre ellos se establecen.

Los modelos en Terapia Ocupacional:

Las diferentes corrientes de pensamiento son el sustrato sobre el que se asientan los desarrollos teóricos de cada disciplina, la Terapia Ocupacional no está exenta de ello. Esto se observa a lo largo de su historia a través de la influencia de diversas concepciones provenientes del campo de las ideas filosóficas: humanismo, positivismo, materialismo histórico.

Fundamentándose en las diferentes concepciones sobre sociedad, salud, enfermedad, hombre y ocupación, se han planteado como líneas directrices de la praxis los objetivos generales de la Terapia Ocupacional.

Es en consonancia con los principios básicos delineados por las teorías generales, que se establecen los modelos teóricos.

La T.O. Da Rocha Medeiros² resalta los supuestos ideológicos y conceptuales que fundamentan los modelos teórico-prácticos predominantes según el contexto histórico- social y plantea que los principales modelos en la disciplina pueden ser categorizados según privilegien:

- la **racionalidad humana** y el **orden social** (base del modelo racional y moral)
- el cuerpo anatómo fisiológico (base del modelo biomédico)
- el inconsciente y lo simbólico (base del modelo psicoanalítico - psicodinámico)
- el crecimiento y la evolución biológica (base del modelo evolucionista)
- la función y las producciones sociales (basado en el modelo funcionalista y sistémico).
- al hombre en cuanto ser social histórico, que produce, se apropia y transforma la naturaleza (base del modelo materialista histórico)

2

Algunas ideas sobre su aplicación:

En primer lugar es oportuno señalar que los modelos teóricos permiten establecer formas de asignar significados a las observaciones y ciertos patrones a seguir, ya que algunos conllevan técnicas específicas; permiten realizar evaluaciones de los resultados y emplean pautas para sistematizar información. Estas características posibilitan la transmisión de conocimientos tanto dentro y fuera del campo disciplinar, cuya delimitación de métodos y técnicas orienta de algún modo, el desarrollo de la investigación.

El modelo teórico- práctico asumido por el terapeuta ocupacional, será el resultado de la elección que a partir de los presupuestos conceptuales -filosóficos y científicos realice (sociológicos, biológicos, antropológicos, etc.) en relación a con objeto de intervención. Estos indicarán la forma en que instrumentarán las actividades como recurso terapéutico y la modalidad de sus intervenciones, las que estarán fundadas en su concepción del campo social y de su función política.

Desde esta perspectiva se plantea como interrogante si la sistematización y estructuración que se adopta, logra responder a los problemas que enfrentan los terapeutas ocupacionales en su práctica cotidiana y si se corresponde con las necesidades de la población que demandan su intervención profesional.

Conclusiones:

Los modelos teóricos y su aplicación en Terapia Ocupacional constituyen un intento por responder a la idea de una teoría propia y su implicancia en el desarrollo de la disciplina. Plantean por su diversidad, la complejidad de la ocupación, como objeto de estudio, la que es compartida con otras ciencias humanas.

El debate sobre lo que representan, su elección y su implementación dentro de la comunidad profesional, propone diferentes dimensiones de análisis: conceptual, epistemológica, histórica, política, social y nos aproxima a plantear perspectivas desde las cuales tomar en consideración la articulación de la praxis y la producción de conocimiento en Terapia Ocupacional como un desafío cotidiano.

Referencias Bibliográficas:

1-Schuster , F.G., 1997-“*El método en las ciencias sociales*” Editores América Latina .Primera Edición (Bs.As.)

2- Da rocha Medeiros, H.-”*Origens, Caminhos e novas perspectivas en Terapia Ocupacional*”- Material elaborado para el Curso: orígenes, caminos y nuevas perspectivas en Terapia Ocupacional- Jornadas del Litoral –Santa Fe 2001- No editado.

Bibliografía consultada:

- COLTO-3º compilación “*Terapia Ocupacional-Actualizaciones en teoría y clínica*” COLTO .Bs.AS.1995.

- Da Cruz Villares, C.,1998.*Abordagem qualitativa em terapia ocupacional: un panorama geral*.Rev.Ter.Ocup.Univ.Sao Paulo, v.9.n.3.p.105-13.set./dez.

- Daneri,S .Gómez Mengelberg,E .Capozzo,M.- 1997-*Terapia Ocupacional-Dossier: Multidisciplina, una desafío para la Psiquiatría y la Salud Mental*- Vertex .Rev.Arg.de Psiq.Vol.VIII, Nº 27, p.40-45.

- Da Rocha Medeiros, H.” *La reforma de la atención del enfermo psiquiátrico en Camphinas.Un espacio para la T.O.*”-Cap.IV, Tesis de doctorado no editada.

- Da Rocha, Medeiros, H.2008- “*Terapia Ocupacional.Un enfoque epistemológico y social*”- Ediciones Universidad Nacional del Litoral- Primera edición- Santa Fe. Argentina.

- Paganizzi, L.-Producción de conocimiento en T.O. Jornadas del Litoral -Mayo 2001-[en línea [Terapia Ocupacional .com, el portal en español de Terapia Ocupacional- Sección: Artículos. [4 de febrero 2007] .

“Aprendizaje sin error en pacientes con déficits cognitivos”

Autor: Rosselló Milagros

Correo electrónico: mrossello@fleni.org.ar

RESUMEN

Servicio de Terapia Ocupacional, Fleni sede Escobar. Buenos Aires, Argentina

La idea de este trabajo es mostrar el método de aprendizaje sin error (ASE) en pacientes con trastornos de memoria y/o demencia. El ASE (Wilson et, 1994) se basa en la idea que los errores cometidos durante el proceso de aprendizaje interfieren con la capacidad de las personas con problemas de memoria para generar respuestas correctas (Clare et al, 2000).

Las personas con amnesia frecuentemente recuerdan mejor sus propios errores, que son sus propias acciones, que las correcciones hechas a sus errores, que es la información que ellos oyen de otra persona. Es decir que si se cometen errores durante el aprendizaje, ese error tenderá a repetirse.

El aprendizaje sin error se basa en la premisa de que existen dos tipos de aprendizaje o sistemas de memoria. El primero llamado memoria declarativa (o explícita) involucra el aprendizaje consciente y la recuperación. Es la habilidad para aprender y recordar información de la memoria personal y autobiográfica. De esta forma para aprender y retener información las personas con déficits de memoria deben aprender nueva información a través de una práctica sin error. A partir de que no pueden recordar episodios personales, no pueden usar el pasado como una base para corregirse ellos mismos. (Bourgeois, 2003) Es así como si no les permitimos cometer errores aprenderán nueva información de forma adecuada. De esta forma nos estamos apoyando en el segundo sistema de memoria que se refiere a la memoria no declarativa (o procedural o implícita) Este involucra el uso de procesos sobreaprendidos y de la adquisición y recuperación inconsciente de nueva información. En el trabajo se realizará una revisión bibliográfica y su aplicación en el tratamiento funcional de pacientes con trastornos de memoria en el abordaje de terapia ocupacional.

“Aprendizaje sin error en pacientes con déficits cognitivos”

Servicio de Terapia Ocupacional, Fleni sede Escobar. Buenos Aires, Argentina

El objetivo de este trabajo es mostrar el método de aprendizaje sin error (ASE) en pacientes con trastornos de memoria y/o demencia. El ASE fue propuesto por primera vez por Terrace (1963) en un estudio de conducta animal. Terrace enseñó a pichones de paloma a discriminar entre una llave roja y una verde utilizando el ASE y el ensayo y error. Los pichones que recibieron el ASE discriminaron las llaves más acertadamente que los que recibieron el aprendizaje por ensayo y error. También se ha utilizado ampliamente en niños con dificultades de aprendizaje y más recientemente Baddeley y Wilson (1994) lo aplicaron en personas con trastornos de memoria.

El ASE (Baddeley 1994, Wilson, Baddeley, Evans & Shief, 1994) se basa en la idea que los errores cometidos durante el proceso de aprendizaje interfieren con la capacidad de las personas con problemas de memoria para generar respuestas correctas (Clare et al, 2000).

Las personas con trastornos de memoria con frecuencia recuerdan mejor sus propios errores, que son sus propias acciones, que las correcciones hechas a sus errores, que es la información que ellos oyen de otra persona. Es decir que si se cometen errores durante el aprendizaje, ese error tenderá a repetirse.

El ASE se basa en la premisa de que existen dos tipos de aprendizaje o sistemas de memoria. El primero llamado memoria declarativa (o explícita) es la habilidad para aprender y recordar información de la memoria personal y autobiográfica, como lo que hicimos hace 10 minutos o que comimos en el almuerzo.

De esta forma para aprender y retener información las personas con déficits de memoria deben aprender nueva información a través de una práctica sin error. A partir de que no pueden recordar episodios personales (una función de declinación de la memoria declarativa), no pueden usar el pasado como una base para corregirse ellos mismos. (Bourgeois, 2003)

De esta forma nos apoyamos en el segundo sistema de memoria que se refiere a la memoria no declarativa (o procedural o implícita) Este involucra el uso de procesos sobreaprendidos y de la adquisición y recuperación inconsciente de nueva información. En consecuencia el ASE es una técnica útil para entrenar a las personas, ya que

prevenir que se cometan errores en el aprendizaje ayuda a que la información se aprenda y almacene en forma correcta.

A fines prácticos la técnica del ASE consiste en una condición de aprendizaje que involucra la eliminación de errores. Esta eliminación de errores consiste en dividir las tareas en pequeños pasos, dar suficiente modelo/guía antes de indicarle al paciente desempeñar la tarea, estimular al paciente a que no adivine, inmediatamente corregir los errores, cuidadosamente retirar las ayudas (Sohlberg et al, 2005)

Existe gran evidencia de la efectividad del método de ASE sobre el ensayo y error. Tal es el caso de la investigación de Wilson et al, 1994 en la cual se le enseñaba a los pacientes con diferentes trastornos de memoria a recordar nombres de objetos y personas, a utilizar una ayuda memoria electrónica, recordar ítems de orientación, etc. En cada caso el aprendizaje de la información mediante el ASE fue mas útil que mediante el ensayo y error.

También se vio efectividad del método en pacientes con demencia tipo Alzheimer (Clare, 2003) en el cual se les enseñó a recordar nombres, usar un calendario y un neuropage. Los 5 pacientes que participaron del estudio mostraron mejorías significativas y se mantuvieron durante los 6 meses posteriores. En este estudio no se comparo el ASE y el ensayo y error, se utilizaron técnicas de desvanecimiento de pistas y refuerzo expandido junto con el aprendizaje sin error.

Otros estudios mas actuales (Thivierge et al 2008 ; Bier et al, 2008) incorporan el ASE en tareas mas funcionales las cuales apuntan a mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida de pacientes con demencia, como utilizar un reproductor de música, maquina contestadora de mensajes y un voice mail. Los resultados han sido variables, encontrando ciertas dificultades en la transferencia a la vida diaria (Bier et al, 2008).

Los mecanismos de acción del ASE no están claros todavía. En este sentido, hay quienes los atribuyen a la memoria explicita residual y quienes proponen que es producto de una memoria implícita intacta (Baddeley y Wilson, 1994) En cuanto a sus limitaciones No todos los estudios han encontrado que los beneficios del ASE se mantengan a través del tiempo. (Clare, 2008)

Hay evidencia que sugiere que el ASE no es el mejor método en todos los casos,

particularmente cuando se adquiere información mas compleja. Evans et al encontró solo limitada ventaja sobre el ASE en tareas de aprendizaje cara-nombre, y no encontró ventajas en otras tareas complejas, como programar un organizador electrónico y encontrar una ruta.

Referencias bibliograficas:

1. Terrace HS. Discrimination learning with and without “errors”. *Journal of experimental Analysis of Behaviour* 1963;6:1–27.
2. Baddeley A, Wilson B. When implicit learning fails: amnesia and the problem of error elimination. *Neuropsychologia* 1994;32:53–68.
3. Wilson, B.A, Baddeley, A and J. Evans, Errorless learning in the rehabilitation of memory impaired people, *NeuropsychRehab* 4 (1994), 307–326.
4. Clare L, Wilson BA, Carter G, Breen K, Gosses A, Hodges JR. Intervening with everyday memory problems in dementia of Alzheimer type: an errorless learning approach. *Clin Exp Neuropsychol.* 2000 Feb;22(1):132-46
5. Bourgeois, M. S., Camp, C. J., Rose, M., White, B., Malone, M., Carr, J., et al. (2003). A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 36, 361–379.
6. Sohlberg, M.M, Ehlhardt, L, & Kennedy, M (2005) Instructional techniques in cognitive Rehabilitation: A preliminary report. *Seminars in Speech Language Pathology*, 26, 268-279.
6. Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., & Hodges, J. R. (2003). Cognitive rehabilitation as a component of early intervention in dementia: A single case study. *Aging and Mental Health*, 7, 15–21.
7. Thievierege, S , Simard, M, Jean, L et al. (2008) Errorless learning and spaced retrieval techniques to relearn instrumental activities of daily living in mild Alzheimer’s disease: A case report study .*Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 4 (5) 987-999
8. Bier, N, Provencher, V, Gagnon, L et al. (2008) New learning in dementia: Transfer and spontaneous use of learning in everyday life functioning. Two case studies. *NeuropsychRehab* 18 (2) 204-235
9. Clare, L, Jones, R . (2008) Errorless Learning in the Rehabilitation of Memory Impairment: A Critical Review . *Neuropsychol Rev* 18:1–23

AUTO PERCEPCIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE PERSONAS CON DEFICIENCIA VISUAL EN PROCESO DE REHABILITACIÓN GRUPAL INTERDISCIPLINAR

Rita de Cassia Ietto Montilha

Paula Becker

Maria Inês Rubo de Souza Nobre

rcietto@fcm.unicamp.br

RESUMEN

El Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación "Prof.. Dr. Gabriel Oporto (CEPR), afiliado a la Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP atiende a las personas con deficiencia visual. La rehabilitación en grupo es una de sus propuestas de intervención. Este estudio trata de favorecer la comprensión de las reales expectativas y necesidades de las personas con baja visión además de sus capacidades y habilidades conservadas. El objetivo fue medir la auto percepción de las personas con baja visión en proceso de rehabilitación grupal interdisciplinar, a respecto de la auto percepción del desempeño ocupacional. Para la recolección de datos se aplicó la "Canadian Occupational Performance Measure- COPM", en el primero y último encuentro del Grupo de Rehabilitación. Se entrevistaron a ocho personas con baja visión, atendidos en este Servicio de Rehabilitación. Esta escala, aplicada por medio de un cuestionario semi estructurado, mide la auto-percepción que el sujeto tiene sobre su desempeño ocupacional. Los datos recogidos con la COPM se refieren a las actividades del día a día que se dividen en: las actividades de producción, cuidado personal y de ocio. Esta medida del desempeño ocupacional favorece para que el equipo interdisciplinario conozca las necesidades percibidas por el propio sujeto y ajuste la planificación de las actividades que se realizarán durante el proceso de rehabilitación. Se observó que en la percepción de la mayoría de los sujetos entrevistados, la participación en el grupo de rehabilitación permitió una evolución positiva en sus niveles de desempeño ocupacional. Se concluyó que este estudio mide la evolución de la auto percepción del desempeño ocupacional en cada uno de los participantes. También se observó que el uso de este instrumento permite contextualizar y optimizar el proceso de rehabilitación previsto por el equipo interdisciplinario.

1-INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo con Bonatti et al (1), estima que

hay 161 millones de personas con deficiencia visual grave en el mundo, y de este total, 37 millones, o 23% serían ciegos y 124 millones o 77% tienen baja visión o visión subnormal, estos datos son basados en la Población Mundial de 2002. Según Haddad et al (2), la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CID-10) considera con baja visión o visión subnormal, la persona que tiene su agudeza visual con corrección óptica para errores de refracción en el mejor ojo entre 20/70 (0,3) y 20/400 (0,05), o si su campo visual es inferior a 20° en el mejor ojo, también con la mejor corrección óptica de los errores de refracción y la ceguera cuando estos valores están por debajo de 0,05 o si su campo visual es inferior a 10°.

Con la capacidad visual perjudicada, las personas con baja visión se enfrentan a nuevas dificultades, como sociales, económicas y dificultad para realizar actividades diarias con independencia y autonomía, lo que resulta en un proceso de duelo y la posible pérdida de la autoestima y la auto-valoración. En la especialidad de rehabilitación de pacientes con baja visión, un equipo multidisciplinario puede contar con profesionales como médicos, fonoaudiólogos, educadores, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. La terapia ocupacional trabaja con esta población para estimular el uso de su visión residual en el desempeño de sus actividades de rutina, el procesamiento del duelo, la comprensión y hacer frente a los temores y las ansiedades generados por esta nueva realidad que se presenta, el entrenamiento y el aprendizaje de nuevas habilidades, la interacción social, en definitiva, todos los aspectos que hagan con que estos individuos sean capaces y se sientan confiados para volver a la vida activa en la sociedad. Montilha et al (5) afirma que "El objetivo de la terapia ocupacional para personas con deficiencia visual no se limita al trabajo y a evaluar la funcionalidad y la eficiencia visual, sino a mejorar la calidad de vida de estas personas, teniendo en cuenta el aspecto emocional, familiar y social, la historia de vida, intereses y expectativas".

Una herramienta importante de evaluación utilizada en la práctica de la Terapia Ocupacional es la Canadian Occupational Performance Measure- COPM o Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional, MCDO. Esta escala tiene como objetivo medir la auto percepción del paciente en relación con las áreas de desempeño ocupacional. Según los autores las escalas Law et al (2009), esto es posible porque, a través de un cuestionario semi estructurado, el cliente indica las actividades que le son más importantes y que están siendo afectadas negativamente por su patología, sumando notas de 1 a 10 a cada una de ellas con el fin de auto evaluarse en las cuestiones de desempeño y satisfacción. Según las autoras de la

escala Law et al (6) uno de los efectos de su aplicación es para detectar cambios en la auto percepción del cliente a lo largo de la terapia.

Todavía según las autoras de la escala (6), el rendimiento y la satisfacción son los factores que componen el desempeño ocupacional. Una de las finalidades de su aplicación es para detectar cambios en la auto percepción del cliente durante la terapia. La COPM tiene algunas ventajas ante otras evaluaciones por no tener tareas predefinidas y conseguir evaluar al cliente de acuerdo a su propia perspectiva, teniendo en cuenta su desempeño en tareas que son culturalmente relevantes.

Otros autores, como Trombly (7), concuerdan en la definición del término por los autores de la COPM. Según la autora, el desempeño ocupacional consiste en la "capacidad del individuo para llevar a cabo y estar satisfecho con lo logrado en las actividades voluntarias de la vida diaria, en su entorno, etapa de desarrollo y los roles sociales."

Uno de los recursos que la terapia ocupacional puede utilizar en el proceso de rehabilitación de las personas con baja visión o ceguera es el trabajo en equipo. Caldeira et al (5) señala algunas características que pueden ser observadas en los grupos de terapia ocupacional como el aumento de la ayuda mutua y estrechamiento de los lazos de amistad, promoviendo la integración e interés social, disminución del nivel de ansiedad y del egocentrismo, la identificación emocional, la adaptación y el fortalecimiento del ego, el aumento de la autoestima, entre otros.

Desde 2004 se llevan a cabo en el CEPRE, en el Programa de Rehabilitación para Adolescentes, Adultos y Ancianos, los "Grupos de Rehabilitación." Estos grupos son coordinados por la Terapia Ocupacional y se componen de individuos que son ciegos o tienen baja visión y de sus cuidadores o acompañantes. Un equipo multi profesional de educadores especializados, psicólogos, terapeutas ocupacionales, profesores de la actividad de la vida diaria y los trabajadores sociales se rotan cada cuatro semanas en la atención. Cada Grupo de Rehabilitación se compone de aproximadamente ocho usuarios que asisten a la unidad de todas las semanas para la atención durante un período de aproximadamente seis meses. A lo largo del proceso de la terapia ocupacional el profesional acompaña al grupo. Al final de este período, en la última atención en grupo, cada usuario expresa las eventuales necesidades que aún tenga y después de la reunión del equipo, ellos puedan ser direccionados para la atención individual en el área en que presentes dificultades.

La Terapia Ocupacional es una profesión que aún carece de estudios científicos que demuestren su eficacia, los resultados obtenidos a través de su intervención y la necesidad de incluir estos servicios en los programas que promueven la salud de nuestro país. Trombly (7),

declara que se trata de una zona pobre de investigación que concluya, por ejemplo, si el tratamiento de capacidades y habilidades perjudicadas resulta en una participación más completa y más versátil en las actividades y tareas relevantes para la vida de la gente, que el aprendizaje de rutinas específicas de actividades de manera adaptada.

Este estudio es de gran importancia, porque muestra la percepción de los usuarios con respecto a los resultados obtenidos con el proceso de rehabilitación a través de atención grupal con un equipo multi profesional en el ámbito de la deficiencia visual. Para lograr tal objetivo se realizó el análisis del nivel de desempeño ocupacional antes y después que los usuarios se unan al proceso de rehabilitación.

3 - OBJETIVOS

Medir la auto percepción de las personas con baja visión en el desempeño ocupacional al comienzo y al final del proceso de rehabilitación por el que tienen que pasar.

4 – SUJETO Y MÉTODO

Este proyecto se trata de una investigación de abordaje cuantitativo. Participaron de la investigación 8 sujetos con baja visión acompañados en uno de los grupos de rehabilitación del Programa de Rehabilitación para Adultos y Ancianos en el primer semestre de 2010.

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación "Prof.. Dr. Gabriel Porto (CEPRE), de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la FCM. Para recopilar los datos, se aplicó la "Canadian Occupational Performance Measure"- COPM o Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional- MCDO, que tiene como objetivo medir la auto percepción del desempeño ocupacional del sujeto. Esto es posible porque, a través de un cuestionario semi estructurado, primeramente el cliente indica las actividades que están siendo afectadas negativamente por su discapacidad, agregando calificaciones de 1 a 10 a cada una de ellas, en las cuales 1 nota 1 por ejemplo, representa "mínima importancia" y 10 "muy importante". Enseguida el sujeto le da dos notas de uno a diez a cada una de estas actividades. Estas dos notas se refieren primeramente a su propio desempeño y la segunda a su satisfacción por esta actuación en las mismas actividades. En el rendimiento, la nota 1 significa "incapaz de hacer" y la nota 10 significa "capaz de hacer extremadamente bien", y en el elemento satisfacción, la nota 1 representa que "no está satisfecho" y la 10 "extremadamente satisfecho".

La COPM se administró a los pacientes en dos etapas separadas, en la primera y última

reunión del Grupo de Rehabilitación, que se realiza semanalmente en el CEPRE, por un período de seis meses.

5-RESULTADOS

Participaron de la investigación 8 sujetos. El Grupo de Rehabilitación dura aproximadamente seis meses y sus usuarios participan en dos reuniones con el servicio social, y cuatro con cada uno de los demás profesionales de la psicología, terapia ocupacional, actividades de la vida cotidiana, tecnología de la información y pedagogía. En la última reunión del grupo, bajo la coordinación de la terapia ocupacional, cada usuario expresa su interés en cada modalidad terapéutica para dar continuidad en los programas individuales.

5.1 APLICACIÓN DE LA COPM EN LOS PACIENTES

A través de las aplicaciones en la primera y última reunión, de la COPM con los pacientes que participan en los Grupos de Rehabilitación, fue posible medir el progreso de las respectivas auto percepciones del desempeño ocupacional de cada uno. En el momento de la aplicación del cuestionario a cada uno de los pacientes, primeramente era solicitado que pensase en sus actividades diarias e hiciesen una lista con cuáles de ellas sufrían interferencias negativas por su deficiencia visual.

Las actividades cotidianas citadas como afectadas por la deficiencia visual por los participantes del Grupo de Rehabilitación en el primer momento de la evaluación fueron: caminar, cruzar la calle, ir de compras al mercado, utilizar cuchillos, escribir, tomar el autobús, comprar ropa, limpiar la casa, planchar la ropa, cocinar, leer, lavar vasos, comer, vestirse, pintar las paredes de la casa, usar el dinero, conducir una motocicleta o un auto, encontrar objetos que caen al suelo, practicar deportes.

En la figura 1 podemos observar que de los ocho pacientes que participaron en el grupo, cuatro de ellos informaron mejorías, tres consideraron que hubo un empeoramiento y uno no tuvo alteración en la auto percepción de su desempeño. El paciente 4 tuvo una variación positiva de 1,8 en la auto percepción del desempeño, el paciente 5 de 2,2, el paciente 6 de 1,4 y el paciente 8 de 0,4. Ya los pacientes 1, 2 y 3 relataron un retroceso de, respectivamente, 0,5, 1,8 y 1 puntos en sus niveles de desempeño.

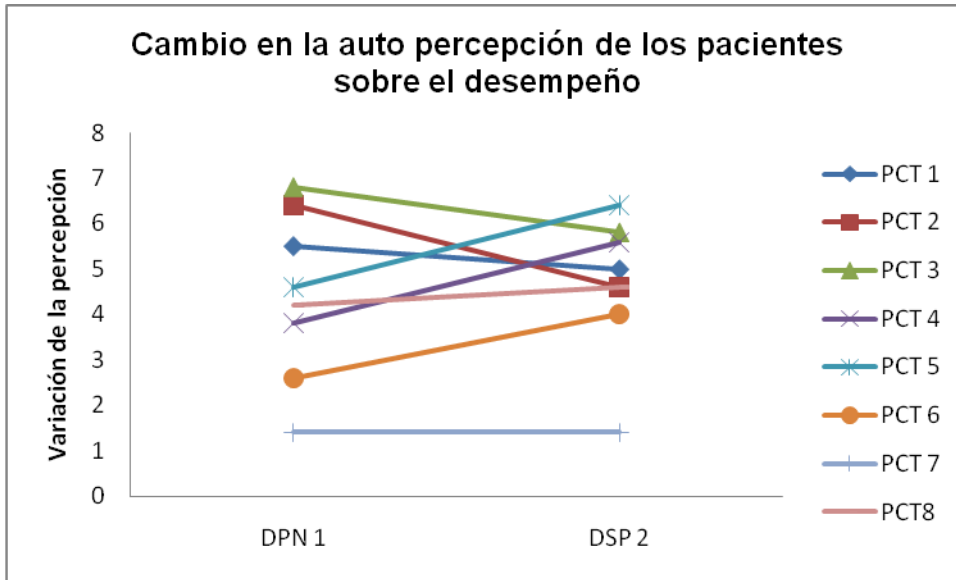


Figura 1- Resultados encontrados con la aplicación de la COPM sobre la auto Percepción del desempeño en la evaluación y reevaluación de los pacientes.

Con relación a la auto percepción de los pacientes sobre satisfacción en la realización de sus actividades, analizando la Figura 2, podemos concluir que cinco relatan avances y tres consideraron que la satisfacción era menor al término del grupo. El paciente 1 tuvo avance de 0,25 puntos, el 4 de 1,4 , el 5 de 3,2 , el 7 de 2 y el 8 de 0,8 puntos. Ya el paciente 2 tuvo un retroceso de 0,2 puntos, el 3 de 1,2 puntos y el 6 de 0,6 puntos.

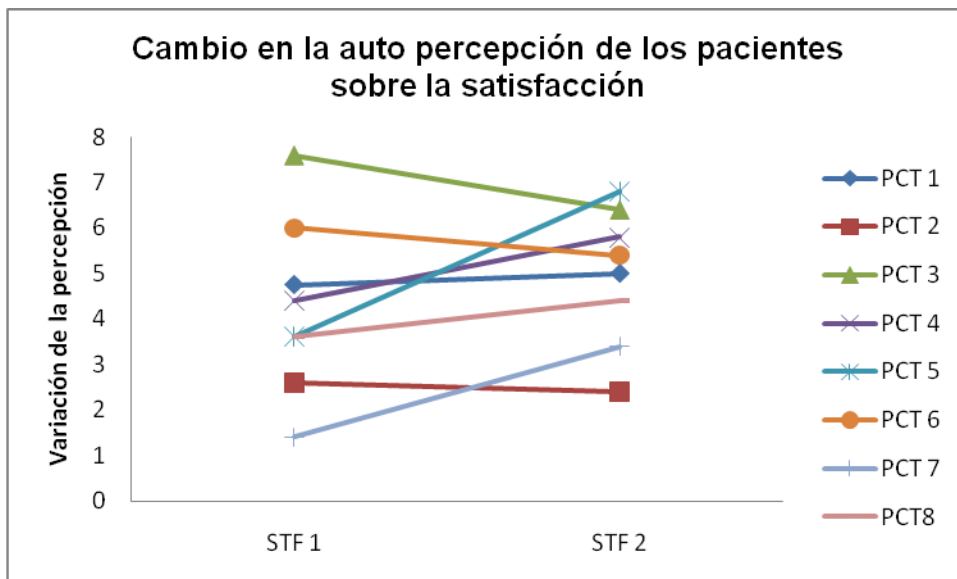


Figura 2- Resultados encontrados con la aplicación de la COPM sobre la auto Percepción de satisfacción en la evaluación y reevaluación de los pacientes.

6 - CONSIDERACIONES FINALES

Estos resultados pueden ser útiles en la formulación o reformulación de las estrategias utilizadas hasta ahora en la ejecución de las actividades propuestas o también para mejor análisis del tipo de población usuaria del servicio, como los diagnósticos y respectivas evoluciones de las enfermedades. Estas reflexiones pueden facilitar, por ejemplo, la elección de la mejor actividad para cada caso específico, o también contribuir para intervenciones que pueden ser cada vez más sensibles a las reales necesidades de esta población. Se puede decir que, en general, la sociedad aún no está lista para una sana y natural interacción con la población deficiente visual. Éstos son algunos ejemplos de esta falta de preparación, tales como la dificultad que una persona con baja visión encuentra para conseguir tomar un autobús de la ciudad, o para moverse en las aceras llenas de huecos y desniveles, o como es todavía el acceso insuficiente en lugares públicos como bancos, supermercados, oficina de correos, centros comerciales, lotería, entre muchos otros. El análisis del origen de esta falta de preparación debe ser investigado y acciones para mejorar el sector deben ser realizadas. La información a disposición de la población debe ser de calidad, de fácil entendimiento y proporcionar los conocimientos esenciales para que pueda enfrentar la inclusión social de las personas con deficiencia visual como algo natural y necesario. Con ello, la calidad de vida de estos sujetos pueda ser optimizada, favoreciendo su proceso de rehabilitación.

7-REFERENCIAS

- 1- Bonatti F A S, Bonatti J A, Sampaio M W, Haddad M A O, Souza P R M, Kara J N . Avaliação de pacientes utilizando equipamento inovador de auxílio à visão subnormal. Arq. Bras. Oftalmol. 2008 June [cited 2010 Mar 22] ; 71(3): 385-388.
- 2- Haddad M A O, Sampaio M W. Aspectos globais da deficiência visual. In: Sampaio M W, Haddad M A O, Filho H A C, Siaulys M A C. Baixa visão e cegueira: Os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão. São Paulo: Guanabara Koogan; 2010.
- 3- Nobre M I R, Figueiredo M O, Danelutti U C V, Montilha R C I. A Terapia Ocupacional na reabilitação de crianças com baixa visão. *Pediatrics*. 2007; 29(3):237-240.
- 4- Nobre M I R S, Montilha R C I, Temporini E D. Pesquisa da qualidade de vida na deficiência visual. In: Sampaio M W, Haddad M A O, Filho H A C, Siaulys M A C. Baixa visão e cegueira: Os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão. São Paulo: Guanabara Koogan; 2010.

- 5- Caldeira V A, Montilha R C I, Nobre M I R. Grupo de espera no processo de reabilitação de pessoas com deficiência visual: contribuições da Terapia Ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR. 2003; 11(2): 95-105.
- 6- Law M, Baptiste S, Carswell A, McCall M A, Polatajko H, Pollock N. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional. Tradução de Magalhães L C, Magalhães L V, Cardoso A A. Belo Horizonte: UFMG; 2009. 61 p. título original: Canadian Occupational Performance Measure.
- 7- Trombly, C A, Radomski M V. Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas. 5 ed. São Paulo: Santos, 2005.

AVANCES EN REHABILITACION MOTORA DEL MIEMBRO SUPERIOR

Datos: Lado, Vanina

Correo electrónico: vlado@fleni.org.ar

RESUMEN:

Introducción: Esta charla tiene como objetivo principal mostrar algunos de los avances en materia de abordajes motores del miembro superior en pacientes ACV, si bien algunos de los temas también se utilizan en otros campos de la rehabilitación. Diversas son las corrientes actuales y, muchas de ellas, se basan en avances tecnológicos que van más allá de nuestros conocimientos básicos y hasta avanzados sobre la rehabilitación motora, lo que hace indispensable tanto nuestra constante actualización como el trabajo en equipo con profesionales de diversa índole.

Numerosos tratamientos han sido desarrollados para la rehabilitación del ACV. Los tradicionales se han practicado sobre bases empíricas. Las nuevas terapias basadas en evidencia se han desarrollado para complementar los clásicos abordajes y parecen aumentar la función.

Desarrollo: Algunos de los abordajes que se presentarán son:

Uso forzado de MS (CIT)

Realidad Virtual.

Robótica

Mirror Neurons

Mirror Therapy

Terapias Termales

Conclusiones: Tener varios encuadres de abordaje nos permite diferentes alternativas de tratamiento.

Tener presente que la secuela dependerá entre otros de la zona cerebral dañada, sus conexiones y de su plasticidad cerebral, también nos determina el tipo de abordaje a utilizar.

En la planificación del programa debe primar el interés y la motivación del paciente.

Las evaluaciones con datos cuantificables nos permiten medir nuestro propio tratamiento y la evolución del paciente y nos aporta datos más fiables para la comunicación interdisciplinaria.

El énfasis debe ponerse en la mejoría de los pacientes en actividades de la vida real y en áreas que son personalmente relevantes a las necesidades, capacidades y demandas del medio ambiente.

INTRODUCCION: Esta charla tiene como objetivo principal mostrar algunos de los avances en materia de abordajes motores del miembro superior en pacientes ACV, si bien algunos de los temas también se utilizan en otros campos de la rehabilitación. Diversas son las corrientes actuales y, muchas de ellas, se basan en avances tecnológicos que van más allá de nuestros conocimientos básicos y hasta avanzados sobre la rehabilitación motora, lo que hace indispensable tanto nuestra constante actualización como el trabajo en equipo con profesionales de diversa índole.

Trataremos de plantear cuáles son las características básicas de las diferentes alternativas, así como también sus ventajas y desventajas con respecto a varios factores (características de los pacientes que se beneficiarían, costo económico, viabilidad de implementación, sustento científico y clínico, entre otros)

Numerosos tratamientos han sido desarrollados para la rehabilitación del ACV. Los tradicionales se han practicado sobre bases empíricas. Las nuevas terapias basadas en evidencia se han desarrollado para complementar los clásicos abordajes y parecen aumentar la función.

DESARROLLO

- **Uso forzado de MS (CIT):** Desde 1966 Taub y colegas investigaron el fenómeno en monos con MS desaferentado volviéndolo insensible y disfuncional. Las AVD fueron desarrolladas con los otros 3 miembros. Cuando fue restituido el miembro desaferentado los monos continuaron sin utilizarlo. Los otros 3 fueron REFORZADOS. En humanos, esta supresión es habitual en pacientes con stroke ya que desarrollan sus AVD con el miembro menos afectado y muchas veces la terapia está dirigida a compensar el déficit y utilizar el brazo sano para independizar rápidamente al paciente

(consecuente learned nonuse). Estudiando la reorganización cortical con Resonancia Magnética, Estimulación Magnética Transcraneana, el tamaño de las áreas corticales que representan el MS aumentan. El protocolo CIT consiste en:

1. Entrenamiento repetitivo y orientado a una tarea. 2 procedimientos terapéuticos: “Shaping” y práctica de la tarea.
 2. Estrategias de comportamiento (adherencia / incremento) “transfer package”: Diseñado para transferir lo ganado en sesión al contexto real (hogar y comunidad) del paciente.
 3. Forzar el uso del MSA durante todo el día por 2 a 3 semanas.
- **Realidad Virtual:** Se refiere al uso de **simulación interactiva** creada con hardware y software para generar entornos que parecen ser y sentirse similares a objetos y eventos del mundo real, utilizando múltiples modalidades sensoriales. Durante los años 90 la tecnología de la RV comenzó a estudiarse como una potencial herramienta de evaluación e intervención terapéutica; desarrollándose para una amplia gama de procesos (percepción visual, atención, memoria, funciones ejecutivas, movimientos de alcance, coordinación motora, equilibrio, marcha, entre otras) Todo esto con el objetivo final de mejorar las habilidades funcionales y finalmente transferir las destrezas y habilidades al mundo real. Las ventajas de la RV son:
 - ✓ Evaluación objetiva del desempeño del paciente.
 - ✓ Entorno ecológico. Contexto funcional y motivador.
 - ✓ Control estricto sobre los estímulos.
 - ✓ Feedback.
 - ✓ Sensación de inmersión o presencia.
 - ✓ Individualizar las necesidades de tratamiento.
 - ✓ Incrementar gradualmente la complejidad de las tareas.
 - ✓ Disminuir progresivamente la asistencia provista por el terapeuta.
 - **Robótica:** “La aplicación de sistemas de control electrónicos computarizados en dispositivos mecánicos diseñados para desempeñar y mejorar funciones humanas”

Kwakkel et al; 2008

Principios Básicos:

- ✓ Alta intensidad

- ✓ Repetición
- ✓ Tarea específica – movimiento orientado a un objetivo.
- ✓ Tratamiento interactivo
- ✓ Medidas confiables y objetivas del desempeño del paciente.
- ✓ Feedback táctil, visual y/o auditiva.
- **Mirror Neurons:** Son un conjunto de neuronas descubiertas en la corteza premotora (área F5) de monos macacos, que se activaban no solo cuando ejecutaban una secuencia motora sino también cuando el animal observaba a otro realizar la misma secuencia. Esto sugiere que la simple observación de un movimiento en otro individuo es suficiente para provocar la simulación mental del movimiento observado. **Dr. Rizzolatti 1995**

Experimentos repetidos en humanos corroboraron la existencia de este grupo de neuronas en lóbulo parietal inferior y la parte posteroinferior del lóbulo frontal. Ese experimento se basó en un video que la persona observaba, en donde había un tercero realizando un movimiento simple de la mano. No solo se activaban en la observación de la acción sino también cuando el individuo tenía suficientes datos de la acción sin observarla o cuando oía un sonido que lo representaba. También la activación de las neuronas especulares está relacionada a las destrezas que ese individuo tiene de esa tarea y si está en su repertorio motor.

- **Mirror Therapy:** Originalmente usada para tratar síndrome de miembro fantasma en amputados. Es una modalidad de tratamiento simple y accesible. Movimientos con el brazo no afectado mientras observan tales movimientos en un espejo sobrepuesto a su brazo afectado, lo cual crea una ilusión de capacidad de movimiento del brazo pléjico. (Ramachandran, 1996)
La ilusión mental del movimiento normal de la mano afectada puede sustituir la disminución en la información propioceptiva, ayudando así a reclutar neuronas premotoras. (Altschuler et al, 1999)
- **Terapias termales:** Es la utilización de agentes termales (frio – calor) para facilitar la recuperación sensitivo – motora en pacientes hemipléjicos.

CONCLUSIONES:

Tener varios encuadres de abordaje nos permite diferentes alternativas de tratamiento.

Tener presente que la secuela dependerá entre otros de la zona cerebral dañada, sus conexiones y de su plasticidad cerebral. También nos determina el tipo de abordaje a utilizar.

Ubicar la localización geográfica de la lesión nos ayuda a entender lo que le pasa al paciente y encarar mejor la evaluación y el tratamiento.

En la planificación del programa debe primar el interés y la motivación del paciente.

Las evaluaciones con datos cuantificables nos permiten medir nuestro propio tratamiento y la evolución del paciente y nos aporta datos más fiables para la comunicación interdisciplinaria.

El énfasis debe ponerse en la mejoría de los pacientes en actividades de la vida real y en áreas que son personalmente relevantes a las necesidades, capacidades y demandas del medio ambiente.

Bibliografía:

- Sue Ann Sisto, Gail F. Forrest, and Diana Glendinning. “Virtual reality application for motor rehabilitation after stroke”. 2002
- Gert Kwakkel, Boudewijn J. Kollen and Hermano I. Krebs. “Effects of robot-assisted therapy on upper limb recovery after stroke: A systematic review” 2008
- Bruce T. Volpe, MD, Mark Ferraro, OTR/L. Daniel Lynch OTR/L. “Robotics and other devices in the treatment of patients recovering from stroke.”. 2004
- Stefano Masiero, MD, Andrea Celia, MD, Giulio Rosati, PhD. “Robotic – Assisted rehabilitation of the upper limb after acute stroke”. 2007
- Richard M. Mahoney, H. F. Machiel Van der Loos. “Robotic stroke therapy assistant”. 2002
- Gustavo Saposnik, Robert Teasell, Leonardo Cohen. “Effectiveness of virtual reality using wii gaming technology in stroke rehabilitation: A pilot randomized clinical trial and proof of principle” 2010
- David Jack, Rares Boian, Alma Merians “Virtual reality – enhanced stroke rehabilitation”. 2001.
- D. Gourlay, K. C. Lun, Y. N. Lee, J. Tay. “Virtual reality relearning daily living skills”. 2000.
- Patrice L. Weiss, Debbie Rand, Noomi Katz and Rachel Kizony. “Video capture virtual reality as a flexible and effective rehabilitation tool”. 2004

- Heidi Sveistrup. "Motor rehabilitation using virtual reality" 2004
- David Jack, Rares Boian, Alma Merians. "A virtual reality – based exercise program for stroke rehabilitation". 2002
- R. Boian, A. Sharma, A. Merians, G. Burdea. "Virtual reality – based post stroke hand rehabilitation"2002
- Lamberto Piron, Paolo –tonin, Elena Trivello. "Motor tele-rehabilitation in post stroke patients". 2004
- Jia-Ching chen, MS, PT; Fu-Zen Shaw, PhD. "Recent progress in physical Therapy of the upper – limb rehabilitation after stroke". 2006

AVDI: Gestión y mantenimiento de la salud en adolescentes

Autores: Alzola Beatriz

Cacciavillani, María Fabiana

Cristiani, Liliana Sandra

Leegstra, Rut Cristina

Prada, María Cecilia

Polinelli , Silvia Edith

Remesar, Sergio Esteban

Correo Electrónico: rleegstra@unq.edu.ar

Resumen:

El objetivo del trabajo es presentar resultados de la investigación realizada por docentes de la UNQ “**Origen y secuencia en la adquisición de las AIVD en los adolescentes de contextos de diversidad social y cultural**”- , en particular los referidos a la AVDI *gestión y mantenimiento de la salud*.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que aparecen y/o se consolidan esquemas de comportamiento de trascendencia para la salud a corto y largo plazo. Los hábitos son la base en que se organizan patrones y rutinas, dando origen a la habituación resultante de comportamientos repetidos en contextos temporales, físicos y socioculturales, que se constituyen en costumbres sociales cuando son compartidos por un grupo de personas, y regulan el comportamiento cotidiano. El contexto histórico y político serán factores influyentes en la elección y nivel de participación, tornándose determinantes en el desarrollo del adolescente, influyendo en la construcción de la identidad y el desempeño de los roles.

Se obtuvieron datos a partir de entrevistas semidirigidas y un cuestionario diseñado *ad hoc*, la operacionalización de variables y ejes de análisis se realizó teniendo en cuenta el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional edición 2002.

Es esperable que durante la adolescencia se adquieran la mayoría de las AIVD. En las encuestas realizadas a los adolescentes sobre las actividades que consideraban más significativas no hacían mención en forma espontánea al mantenimiento de la salud; pero cuando se presentaron todas las AVDI en un listado de opciones, el cuidado de la salud aparecía en primer lugar de ponderación, seguido por el cuidado de niños. Estos resultados

nos llevaron a reflexionar y trabajar en particular sobre la gestión y mantenimiento de la salud en esta población.

Introducción: El objetivo del trabajo es presentar resultados de la investigación realizada por docentes de la UNQ “**Origen y secuencia en la adquisición de las AIVD en los adolescentes de contextos de diversidad social y cultural**”- , en particular los referidos a la AVDI *gestión y mantenimiento de la salud. . (1)*

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que aparecen y/o se consolidan esquemas de comportamiento de trascendencia para la salud a corto y largo plazo (3) . Estos pueden tener tanto un carácter positivo como negativo, desde hábitos saludables como la actividad física regular, alimentación adecuada, higiene, utilización del tiempo libre, descanso, sueño, relaciones interpersonales, etc, hasta el consumo y abuso de drogas, alcohol, fumar, conductas sexuales de riesgo, estrés. En esta etapa los hábitos relacionadas a la gestión y mantenimiento de salud cambian significativamente, se constituyen y afianzan los valores y creencias involucrados en la regulación del comportamiento relacionado a la salud, donde los compañeros, modelos extrafamiliares, etc van desplazando a los típicos de la infancia (padres y familiares) respecto de los controles sociales y las relaciones interpersonales; tiene lugar el desarrollo del sentido de responsabilidad como individuo ante el cumplimiento de leyes, normas y costumbres posibilitando la adquisición de responsabilidades respecto a la propia salud en su mas amplio sentido (3). Los hábitos son la base en que se organizan patrones y rutinas (4), dando origen a la habituación resultante de comportamientos repetidos en contextos temporales, físicos y socioculturales, que se constituyen en costumbres sociales cuando son compartidos por un grupo de personas, y regulan el comportamiento cotidiano.

Estos cambios físicos, psicológicos y emocionales que siguen una secuencia previsible, aunque no siempre de un modo uniforme, inciden en la adquisición de las capacidades de desempeño y en la participación ocupacional del adolescente, las que se irán complejizado y variando. Se inicia un periodo de exploración y participación en las AIVD necesarias para mantener la independencia y vivir eficazmente en la comunidad (5 , 6, 7).Estas se ven fuertemente condicionadas por diversos factores, el valor y el significado atribuido a cada ocupación solo puede ser entendido a la luz de los múltiples aspectos que las influyen. La edad, el género, las expectativas y demandas familiares, sociales y culturales. El contexto histórico y político serán factores influyentes en la elección y nivel

de participación, tornándose determinantes en el desarrollo del adolescente, influyendo en la construcción de la identidad y el desempeño de los roles (2,6)

Metodología: La muestra estaba compuesta por jóvenes de 18 a 25 años de ambos sexos (N=33). Los mismos pertenecían a diversos entornos sociales y culturales del partido de Quilmes, Pcia. de Bs As, de los barrios: Quilmes Centro, Bernal Centro, San Sebastián I y II.

Los datos obtenidos a partir de entrevistas semidirigidas y un cuestionario diseñado *ad hoc*, se sistematizaron en planillas de cálculo y se realizó un análisis cuantitativo descriptivo de las variables sociodemográficas para caracterizar la muestra. Se realizaron cruces de variables a fin de relacionarlas con el origen, la secuencia y la ponderación de las AIVD.

Los cuestionarios fueron diseñados en base a la operacionalización de variables y ejes de análisis teniendo en cuenta el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional edición 2002.

A modo de cirre y apertura : Es esperable que durante la adolescencia se adquieran la mayoría de las AIVD. Un dato arrojado por la investigación que resultó de interés es que al indagar a los adolescentes sobre las actividades que ellos consideraban más significativas, los mismos no hacían mención en forma espontánea al mantenimiento de la salud; pero cuando se presentaron todas las AVDI en un listado de opciones, el cuidado de la salud aparecía en primer lugar de ponderación, seguido por el cuidado de niños. Estos resultados nos llevaron a reflexionar y trabajar en particular sobre la gestión y mantenimiento de la salud en esta población. El Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2008) define las AVDI como las “actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD”. Asimismo, dentro de esta área de ocupación define a la gestión y mantenimiento de la salud como “desarrollar, manejar y mantener una rutina para la salud y la promoción del bienestar, tales como la salud física, nutrición, disminuir comportamientos de riesgo para la salud y rutina de toma de medicamentos”. Al igual que en las otras AIVD investigadas, las *actividades de gestión y mantenimiento de la salud* están influenciadas por el contexto socio económico.

A la pregunta *¿Cómo cuidabas de tu salud?* , la casi totalidad de los encuestados respondió que cuidaba de su salud; de ellos, más de la mitad mencionaron realizar actividad física no especificando como. Casi el 40 % refirieron que realizaban consultas médicas. Una pequeña proporción mencionó que con buena alimentación y cuidando la higiene .Un encuestado contestó “no me drogo “

En segundo lugar de frecuencia aparece el cuidado de la salud realizando *consultas médicas*. Del total de los encuestados 16 refieren ir al médico y 16 que no lo hacen. De los que si lo hacen, 6

recurren a ginecólogos y obstetras, 4 a médicos clínicos, 3 al dentista, 2 al dermatólogo, 1 al psicólogo y 1 a la guardia médica. De lo anterior se desprende que respecto a la consulta a profesionales de la salud en casi todos los casos se hace referencia al médico de manera exclusiva, quedando relegados los otros profesionales de la salud como terapeutas ocupacionales, nutricionistas, kinesiólogos, etc. Esto se corresponde con el paradigma del arte de curar en que se encuentran inmersos y el modelo médico hegemónico imperante donde la salud parecería ser patrimonio exclusivo de la actividad médica como profesión, no teniendo en cuenta los aportes que en este sentido realizan otras disciplinas.

Ante preguntas dirigidas sobre el cuidado de la salud en relación a actividades tales como alimentación, higiene, descanso, ejercicios y vida sexual obtuvimos datos interesantes como la diferencia entre lo que asociaron espontáneamente al cuidado y las prácticas ya que al interrogarles a cerca de ¿cómo cuidabas la higiene? La totalidad de los encuestados respondió que lo hacía de diferentes maneras (baño diario, lavado de manos, higiene bucal, lavado de ropa, etc) pero en la indagación espontánea sobre el cuidado de la salud ningún adolescente citó estas actividades vinculadas al cuidado de la salud. En la indagación dirigida sobre la higiene la mayoría lo asoció al lavado de manos y bañarse.

Respecto de la alimentación, casi todos tienen amplia información sobre alimentación saludable. Sin embargo, menos de la mitad de los entrevistados reconocieron cuidar su dieta. También se encuentran diferencias entre clases sociales, ya que como dice una de las entrevistadas “Comemos lo que hay” y agrega que no puede hacer dieta porque “comemos muchas harinas”.

En cuanto al descanso, ante la pregunta ¿descansás el tiempo suficiente como para cuidar tu salud? De los 33 encuestados, 21 respondieron que si lo hacían (siesta, durmiendo 8 horas, durmiendo mucho), 9 que no y 2 eventualmente. Al igual que con la higiene, si bien la mayoría dice descansar lo necesario, no lo mencionaron espontáneamente cuando se preguntó de manera abierta sobre el cuidado de la salud. Lo mismo ocurre con el cuidado en la vida sexual.

Esto nos lleva a la pregunta ¿el cuidado de la salud estaría ligado en el imaginario de esta población sólo aquellas actividades relacionadas con la actividad física y el cuidado médico? ¿Desconocen el vínculo entre el cuidado de la salud, y la higiene, la dieta, el descanso y la vida sexual? A partir de los resultados obtenidos creemos que es una necesidad abrir líneas de investigación que permitan confrontar los planes y programas existentes con la información, creencias y prácticas cotidianas en relación al cuidado de la salud en la población adolescente.

Bibliografía

- 1-Ávila Alvarez , Martinez Piedrola R, , Matilda Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al . **Marco de trabajo para la Practica en Terapia ocupacional: Dominio y Proceso** .2da edición (traducción) .www.terapia-ocupacional. (Portal en Internet) 2010 (-fecha de consulta -) ;(85pg) Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010_oesp.pdf .traducido de : AOTA 2008 , Occupational Therapy Framework: Dominant and process(2nd ed) pg 9 a 13
- 2-Christiansen CH. **The Eleanor Clarke Slagle Lecture. Defining lives: occupation as identity: an essay on competence, coherence, and the creation of meaning**. American Journal of Occupational Therapy.1999. pg547-58.
- 3- Gil Roales Nieto, Jesús; Moreno San Pedro, Emilio; Vinaccia, Stefano; Contreras, Françoise; Fernández, Hamilton; Londoño, Ximena; Salas Ochoa, Gloria Haydee; Medellín Moreno Juana (2004) “**Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México**”. Revista Latinoamericana de Psicología, año/vol. 36, número 003. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia. pg 483-504
- 4-Kielhofner , G **Modelo de ocupación Humana : Teoría y Aplicación** .3ra edición .Buenos Aires Panamericana , 2004 , Pg 643
- 5-Mary jane Youngstrom , Sar .J Braiman , Page Aritoni , ,Mary Brinson ,Susan Brownrigg , Gloria . F Clark, Susanne Smith Roley , , James Sellers Nancy L Vanslike , Stacy , M Desmarais , , James Oldham ,Mary Vining Radoski ,Sarah D Hertfelder ,Debora Liederman **Marco de Trabajo para Práctica en TO** , The American Journal of Occupational Therapy ,Diciembre de 2002 , Vol 56Nº6 , 609-639 , Estados Unidos ; 2002 pg 4 a 8
- 6-Moruño Millares **Actividades de la Vida Diaria**, Ed Elsevier Maisson, España; 2005 Pg 181-204.
- 7-Romero Ayuso **Terapia Ocupacional, teoría y técnicas**, Ed Maisson Elsevier , España ; 2003pg 359-392

Bases ontológicas en el proceso de intervención terapéutica y la ocupación de "ocuparse de sí mismo" en al área de las adicciones1

Autores: Arancibia Reyes, Roxana. mail: r.arancibia.r@gmail.com

Morrison Jara, Rodolfo. mail: morrison.rodolfo@gmail.com

Stevens Aguayo, Marcelo. mail: marcelostevens@gmail.com

Resumen:

Nuestro objetivo expresado en el siguiente trabajo, es el de reflexionar desde diversas posiciones teóricas a cerca de la práctica clínica como profesionales en el área de intervención de las adicciones identificando conceptos básicos desde la práctica a la teoría. Como metodología, se realiza un análisis crítico y teórico, el cual se fundamenta en la experiencia clínica. Como resultado, hemos identificado 5 categorías ontológicas que guían y acompañan todo el proceso de intervención en el área de las adicciones.

Utilizando diferentes marcos de referencia: teoría de la naturaleza ocupacional del ser humano, teoría general de sistemas, teoría dinámica de sistemas, y diversos conceptos sobre persona y cuerpo, logramos ampliar nuestra perspectiva sobre el trabajo en el campo de las adicciones. Lo anterior, nos ha permitido llevar el concepto de ocupación a un meta-nivel de análisis el cual hace referencia al "ocuparse de sí mismo" en el proceso en el cual una persona resuelve sus problemas de adicción.

Los aportes del trabajo se establecen en torno al concepto de "ocuparse de sí mismo", el cual sería parte de una subcategoría del concepto de Ocupación, el cual formaría parte de las bases ontológicas del proceso terapéutico, las cuales se refieren a los conceptos de: Persona, Familia, Droga, Equipo Terapéutico, además del ya citado: Ocupación. Las cuales, a su vez, formarían parte de todo el Proceso de Intervención Terapéutica. Como conclusiones: nos hemos percatado que el reflexionar constantemente sobre nuestras prácticas a un nivel teórico, nos permite mejorar nuestro rol como profesionales del área de la salud, logrando un mayor desarrollo de nuestra calidad como terapeutas, y

principalmente en el contacto con las personas con quienes trabajamos, nuestros usuarios de atención.

Introducción:

Nuestro objetivo expresado en el siguiente trabajo, es el de reflexionar desde diversas posiciones teóricas a cerca de la práctica clínica como profesionales en el área de intervención de las adicciones identificando conceptos básicos desde la práctica a la teoría. Como metodología, se realiza un análisis crítico y teórico, el cual se fundamenta en la experiencia clínica. Como resultado, hemos identificado 5 categorías ontológicas que guían y acompañan todo el proceso de intervención en el área de las adicciones.

Utilizando diferentes marcos de referencia: teoría de la naturaleza ocupacional del ser humano

(1), teoría general de sistemas (2), teoría dinámica de sistemas (3), (4), y diversos conceptos sobre persona y cuerpo (5), (6), (7), (8), logramos ampliar nuestra perspectiva sobre el trabajo en el campo de las adicciones. Lo anterior, nos ha permitido llevar el concepto de ocupación a un metanivel de análisis el cual hace referencia al "*ocuparse de sí mismo*" en el proceso en el cual una persona resuelve sus problemas de adicción.

Los aportes del trabajo se establecen en torno al concepto de "ocuparse de sí mismo", el cual sería parte de una subcategoría del concepto de *Ocupación*, el cual formaría parte de las *bases ontológicas* (9), (10), (11) *del proceso terapéutico*, las cuales se refieren a los conceptos de:

Persona, Familia, Droga, Equipo Terapéutico, además del ya citado: *Ocupación*. Las cuales, a su vez, formarían parte de todo el *Proceso de Intervención Terapéutica*.

Como conclusiones: nos hemos percatado que el reflexionar constantemente sobre nuestras prácticas a un nivel teórico, nos permite mejorar nuestro rol como profesionales del área de la salud, logrando un mayor desarrollo de nuestra calidad como terapeutas, y principalmente en el contacto con las personas con quienes trabajamos, nuestros usuarios de atención.

I. Bases ontológicas del proceso terapéutico

Cómo parte de nuestra reflexión, aparecen en primera instancia una serie de categorías

ontológicas que siempre están presentes en nuestro quehacer como profesionales. Las cuales procederemos a definir:

i. Persona: Una *persona* se define en una *conexión* con un otro. Las experiencias de la persona son *enaccionadas* (8) a través del *cuerpo* y manifestadas por medio de *símbolos*, comprendidos por otras personas. Los símbolos se aprenden y aprehenden en el cuerpo, constituyendo un *sí mismo*. La lectura de estos símbolos se relaciona con las experiencias únicas de cada persona. Esta persona se encuentra en un *medio* (ambiente, entorno, contexto) en constante interacción, estas relaciones recursivas (en términos sociales) forman redes relacionales que retroalimentan esta *construcción de identidad*.

ii. Familia: La *familia* está conformada por un grupo de personas, las cuales forman una red de relaciones coordinadas de interacciones constantes las cuales les otorgan una identidad. Es definida desde la propia persona, independiente del vínculo sanguíneo, o de la categorización de un tercero. Esta definición, se establece en función de la *calidad del vínculo* que perciba esta persona. No es necesariamente excluyente o incluyente desde un otro. Para nosotros, la conceptualización de persona estará definida como aquella(s) figuras que entreguen apoyo próximo a la persona con la cual nos vincularemos en un contexto terapéutico. Desde la terapia, estas relaciones pueden estar dañadas (nos atreveríamos a decir que siempre lo están), por lo que se trabaja en función de una resignificación familiar. Lo que implica un mirarse y (como veremos más adelante) un *ocuparse* de ellas. El ocuparse de ellas, ayuda a la persona a cambiar la dinámica de las interacciones familiares, primero en un contexto terapéutico de intervención, y luego en su medio ambiente cercano.

iii. Droga: El concepto *droga*, no se relaciona únicamente con una *sustancia psicoactiva* (12), sino con un constructo desde la TGS, es decir un *objeto*. Este objeto interactúa con una persona modificando su estado basal. Esta interacción entre Persona – Droga, forma un subsistema (2), el cual tenderá a subsistir, considerando las siguientes variables: *tiempo de interacción* de los componentes de este subsistema, *naturaleza* de la composición del elemento droga en el subsistema y *cantidad y potencia* de la interacción de los elementos del subsistema. Desde el plano terapéutico, estas variables, presentes en el subsistema, operan fortaleciendo el subsistema, lo cual produce una alteración nociva para la persona o para el sistema familia. En una intervención terapéutica, este subsistema es dividido, (o

drásticamente modificado (3)) posibilitando una reorganización en las coordenadas relacionales de la persona.

El fortalecimiento de este subsistema, puede generar la desconexión (percibida) de la persona en el número de interacciones frecuentes de la misma, con otros sistemas, o con su ambiente social próximo. En síntesis, este subsistema podría generar una alteración de la calidad y cantidad de las *relaciones* de la persona en sus contextos.

iv. Equipo Terapéutico: Esta facilitación se orienta a la resignificación, entregando herramientas para que la persona logre ocuparse de sí mismo, por medio de diferentes técnicas y procedimientos, la ocupación es una más de ellas. (ejemplo: la psicoterapia, el trabajo en red, la psicofarmacoterapia, etc. contribuyen a que la persona se ocupe de sí misma).

v. Ocupación: Etimológicamente, ocupación proviene de “*occupationis*, cuya raíz es *occupare* [ocupar] que significa acción de ocupar, tomar posesión. La palabra ocupación se utilizaba antiguamente para hacer referencia a aquellos asuntos de entre los de mayor importancia para un sujeto (13). La ocupación se concibe como un medio para adaptarse al medio ambiente, desarrollando capacidades en los seres humanos (1). La ocupación otorga humanidad al ser humano, ya que le permite influir en su medio, construir sociedad, cultura y mantener la supervivencia en relación con otros seres humanos. Las ocupaciones generan otras ocupaciones que pueden ser nocivas o favorables para los seres humanos. La ocupación evoluciona, se transforma, genera cambios en las sociedades y en el ecosistema, lo que genera cambios en los seres humanos. Las ocupaciones en conjunto con su medio pueden privar al ser humano de su condición humana, pudiendo “hacer” pero no “ocuparse”.

¿Que implicaría el ocuparse de sí mismo en el proceso de intervención terapéutico?

El ocuparse de sí mismo requiere una “energía básica (1), primitiva, de base”, y un contexto (ambiente). Mirarse a sí mismo para el desarrollo de habilidades e identificación o refuerzo de intereses. Para resolver “el problema” de cómo se ha construido esa persona. Ej.

Autocuidado.

Escuchar las necesidades “internas” que resuenan en el cuerpo. La necesidad de ocuparse de sí mismo, aparece cuando nos hemos “negligido”, “abandonado”, o no hemos tenido la oportunidad de mirarnos (contextos de deprivación). El ocuparse de sí mismo implica un

contacto con el cuerpo a nivel primario. Es un proceso cuyo resultado implica la satisfacción personal de quien lo realiza. Implica una “meta” (obj. Terapéutico, obj. del usuario, de la familia, etc.).

(1) Wilcock, A. (2006) *An Occupational Perspective of Health*. 2nd Ed. New York, Unites States of America:

SLACK Incorporated.

(2) Bertalanffy, L. (2004). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo

de Cultura Económica.

(3), Maturana, H. y F. Varela. (1998). *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo*. 5ª ed.

Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

(4) Maturana, H. y F. Varela. (1990). *El Árbol del Conocimiento*. Santiago, Chile: Lumen Editorial Universitaria.

(5), Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana*. 3º Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica

Panamericana.

(6), Derrida, J. (1986). *De la Gramatología*. México: siglo veintiuno.

(7), Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad, tomo 1: La voluntad de saber*. Buenos Aires, Argentina: Siglo

veintiuno.

(8) Varela, F. (1990). *Conocer. Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas*

actuales. Barcelona: Gedisa.

(9), Lavelle, L. (1966). *Introducción a la Ontología*. 2º Ed. México: Breviarios del Fondo de Cultura Universitaria.

(10), Vidal, D. y Morrison, R. (2009). *Análisis ontológico de la ocupación humana*. Tesis de grado. Escuela de

Terapia Ocupacional. Universidad Austral de Chile.

(11) Vidal, D. y Morrison, R. (2010). *Ontología de la Ocupación Humana. Pasos hacia un nuevo Paradigma*.

Trabajo de investigación presentado en el 15° Congreso Mundial de la Federación Mundial de Terapeutas

Ocupacionales, Mayo, Santiago de Chile.

(12) Moral, MV. (2005). *Crítica psicosocial a la representación social de las drogas asociada a mecanismos de poder*

y control. *SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, año/vol. 1, número 001. Escuela de

Enfermería de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, Brasil.

(13) Romero, D. y P. Moruno. (2003). *Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas*. Barcelona, España: MASSON, S.A.

p.36

CALIDAD DE DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON SECUELA DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) AL ALTA DE TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN.

Autoras: Lic. Anderson, Mariela, Lic. Prada, M. Cecilia, Lic. Zaccardi, Analía.

Correo electrónico: andersonmariela@yahoo.com.ar

Rsumen:

Objetivo:

El propósito de este trabajo es evaluar la calidad del desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, al alta del tratamiento de rehabilitación, para determinar posibles interferencias en la seguridad e independencia en su reinserción domiciliaria y vida comunitaria.

Método:

10 pacientes de entre 20 y 35 años que ingresaron a la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital de Rehabilitación Dr. J. M. Jorge con diagnóstico de TCE, en condición de alta, presentando un Nivel VI en la Escala del Rancho de los Amigos y participaban en las actividades de la vida diaria básicas con asistencia moderada a mínima de FIM + FAM , mayor a 100 fueron evaluados con: Assesment of Motor and Process Skills.

Resultados:

La totalidad mostró dificultades en las habilidades motoras y de procesamiento, encontrándose por debajo de la línea de corte en el informe grafico del AMPS y de las expectativas para su edad. Seis de los pacientes mostraron un desempeño en las habilidades de procesamiento por debajo de 0 en el informe grafico.

De las 16 habilidades motoras fueron marcadamente ineficientes: manipula, coordina, camina, mueve con fluidez, agarra y calibra.

De las 20 habilidades de procesamiento, fueron marcadamente ineficientes: acomoda, inicia, ajusta, se beneficia, secuencia, termina, guarda.

Conclusiones:

Los pacientes evaluados con diagnostico de traumatismo craneoencefálico, al alta de tratamiento de rehabilitación, requirieron de mayor esfuerzo, mostraron menor nivel de eficiencia, e interferencias en la seguridad y necesidad de asistencia para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Ésta valoración nos permitió determinar específicamente las habilidades motoras y de procesamiento en las que los pacientes continuaban presentando dificultades al momento del alta y cuestionarnos sobre otras estrategias de intervención orientadas a mejorar su participación en las actividades y su inserción en la comunidad.

INTRODUCCION:

Según el “Traumatic Brain Injury Model System”¹ el Traumatismo craneoencefálico (TCE) se define como la lesión en el cerebro ocasionada por una fuerza mecánica externa que produce una o más de las siguientes condiciones: disminución del nivel de conciencia, existencia de un periodo de amnesia postraumática, diagnóstico de fractura craneal, presencia de déficits neurológicos (físicos y/o neuropsicológicos).

La incidencia y prevalencia varían entre los diferentes estudios epidemiológicos debido a diferencias en la definición del traumatismo con resultado en lesión cerebral. Según un estudio, realizado en el Hospital General de Agudos J: A. Fernández², la incidencia hospitalaria es de una tasa de 322 TCE cada 100.000 habitantes.

Las personas que se ven afectadas por un traumatismo craneoencefálico pueden presentar secuelas múltiples que comprenden una variedad de áreas, que van desde los aspectos físicos en la movilidad, a los cognitivos, emocionales y conductuales, así como el habla y la comunicación, las mismas estarán relacionadas con la magnitud y naturaleza del daño, afectando la autonomía de las personas durante el desempeño en las tareas cotidianas.

Trabajos revisados^{3,4} describen los déficits en las funciones corporales infiriendo una relación entre los mismos y el desempeño global de la persona, sin embargo, no valoran la calidad del desempeño de la persona en la realización de una tarea.

El propósito del presente trabajo es evaluar la calidad del desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, al alta del tratamiento de rehabilitación, para determinar posibles interferencias en la seguridad e independencia en su inserción domiciliar y vida comunitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Se analizaron 10 pacientes de entre 20 y 35 años que ingresaron a la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital de Rehabilitación Dr. J. M. Jorge con diagnóstico de TCE, atendidos durante el período de Enero 2008 a Diciembre de 2010 bajo la modalidad de internación y que se encontraban en condición de alta, presentando un Nivel VI o mayor en la Escala del Rancho de los Amigos⁵ y participaban en las actividades de la vida diaria básicas con asistencia moderada a mínima de FIM FAM, mayor a 100.

Instrumento

El instrumento empleado es el AMPS (Assessment of Motor and Process Skills), el cual mide la calidad del desempeño en actividades de la vida diaria familiares por medio de la observación, en términos de esfuerzo, eficiencia, seguridad y grado de asistencia requerido.

Considera las habilidades motoras y de procesamiento y como se manifiestan en el contexto de la ejecución de una actividad de la vida diaria seleccionada por el paciente.

Las habilidades motoras guardan relación con la forma en que la persona se mueve y mueve y manipula los objetos de la tarea durante su realización. Las habilidades de procesamiento hacen

¹ F. Orient-López, E. Sevilla- Hernández, D. Guevara- Espinosa, 2004, Resultado Funcional al alta de los Traumatismo Craneoencefálicos Ingresados en una Unidad de Daño Cerebral, Revista de Neurología, **39**. 10: 901-906.

² P.S. Marchio; I.J. Previgliano; C.E. Goldini y F. Murillo-Cabezas, 2006. Traumatismo craneoencefálico en la Ciudad de Buenos Aires: estudio epidemiológico prospectivo de base poblacional, Neurocirugía, **17**: 14-22

³ Ángel Sánchez Cabeza, 2004, Ocupación y Alteraciones Neuroconductuales tras daño cerebral adquirido, V Congreso Virtual de Psiquiatría, www.terapia-ocupacional.com

⁴ Marta García Peña, 2004, Alteraciones Perceptivas y Práxicas en pacientes con traumatismo craneoencefálico: relevancia en las actividades de la Vida Diaria.

⁵ Nivel IV en Escala Rancho los Amigos: Confuso-respuesta apropiada. El paciente es conciente en cierto modo de sí mismo y de los demás, pero no está orientado. Es capaz de cumplir de manera lógica órdenes sencillas, si se le va indicando, y puede aprender tareas antiguas, actividades cotidianas, pero sigue teniendo serios problemas de memoria.

referencia a la forma en que la persona establece secuencias lógicas de acciones durante la tarea, selecciona y usa en forma apropiada las herramientas y materiales y adapta su ejecución cuando se presentan dificultades.

Ofrece un listado de 83 tareas estandarizadas clasificadas según complejidad, incluyendo actividades básicas o personales de la vida diaria y actividades instrumentales o domésticas.

Se realiza una entrevista no estructurada en la cual el paciente selecciona dos o más tareas con las que está familiarizado para ser observado durante su realización.

Se califican las habilidades del desempeño en una escala con una puntuación de: 4 (adecuado), 3 (cuestionable), 2 (inefectivo), 1 (marcadamente deficiente). Estos datos son ingresados a un software específico para ser analizados y comparados con los valores adecuados a la edad del individuo, determinando la necesidad de asistencia.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las evaluaciones fueron ingresados al software del AMPS para ser comparados con la normativa para la edad.

Los diez pacientes evaluados mostraron evidencia de distintos grados de interferencia con la seguridad en su desempeño (demostrando riesgo de daño personal o del entorno), distintos grados de ineficiencia (evidenciando desorganización, uso inapropiado del tiempo, espacio o los objetos), un incremento del esfuerzo físico (demostrando diferentes grados de dificultad física y fatiga) y seis de ellos requirieron diversos grados de asistencia verbal o física para completar las tareas.

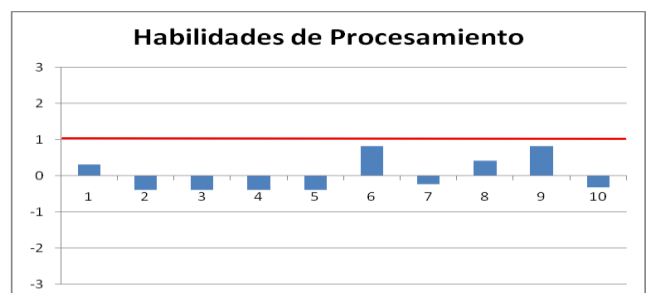
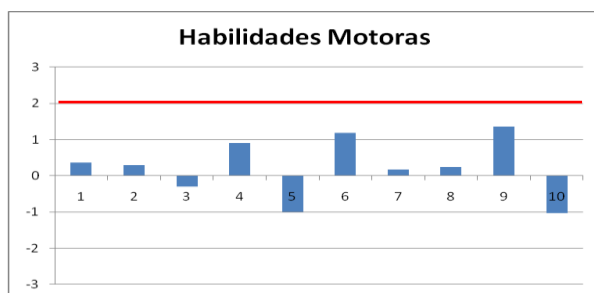
La totalidad de los pacientes mostró dificultades en las habilidades motoras y de procesamiento que interfirieron con la calidad de su desempeño, encontrándose por debajo de la línea de corte en el informe gráfico del AMPS, (siendo de 2 puntos para las habilidades motoras y de 1 para las habilidades de procesamiento) lo que indica un incremento del esfuerzo físico y disminución de la seguridad, eficiencia, independencia al desempeñar tareas familiares. Todos los pacientes evaluados mostraron un desempeño por debajo de las expectativas esperadas para su edad,

Seis de los pacientes evaluados mostraron un desempeño en las habilidades de procesamiento por debajo de 0 en el informe gráfico del AMPS, indicando que podrían experimentar dificultades para nuevos aprendizajes y que se verían más beneficiados de un enfoque de compensación más que de un enfoque de tipo restaurativo.

De las 16 habilidades motoras evaluadas por el AMPS, las que fueron determinadas como marcadamente ineficientes (puntuadas con un 1) con mayor frecuencia, fueron: manipula, coordina, camina, mueve con fluidez, agarra y calibra.

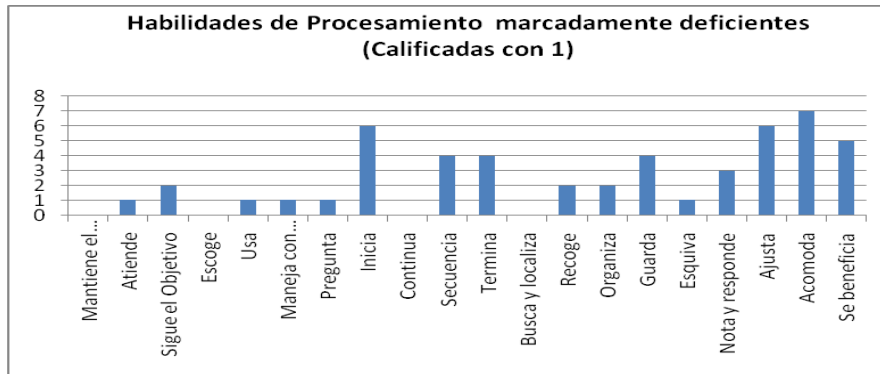
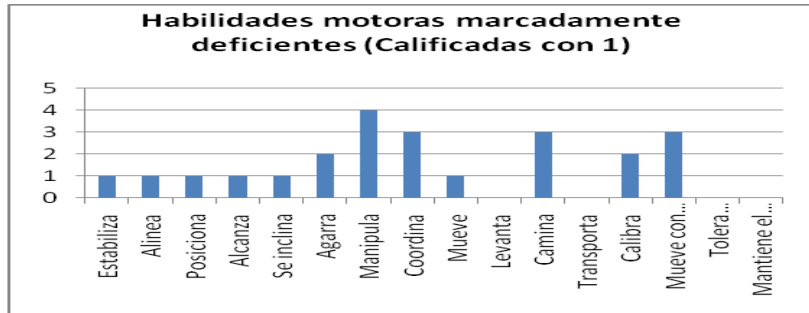
De las 20 habilidades de procesamiento evaluadas, las que fueron determinadas como marcadamente ineficientes (calificadas con 1) con mayor frecuencia, fueron: acomoda, inicia, ajusta, se beneficia, secuencia, termina, guarda.

Puntaje obtenido en las habilidades motoras y de procesamiento en el desempeño de las actividades



— Línea de Corte

El desempeño en las habilidades motoras y de procesamiento por debajo de la línea de corte indica incremento del esfuerzo físico y disminución de la seguridad, eficiencia, independencia al desempeñar tareas; por debajo de 0 indica que el paciente se vería más beneficiado de un enfoque compensatorio, más que restaurativo.



Cantidad de pacientes (Eje Y) que mostraron puntaje de 1 en las habilidades.
Habilidades Motoras y de Procesamiento en las que reobservaron menor puntaje. (Eje X)

CONCLUSION

En la totalidad de los pacientes evaluados se observó que realizaron actividades de la vida diaria familiares y elegidas por ellos requiriendo de mayor *esfuerzo*, observándose éste en el incremento de la dificultad física o fatiga para el desempeño de esas tareas; con un menor nivel de *eficiencia*, demostrando algún grado de desorganización o uso inadecuado del tiempo, el espacio o los objetos; interferencias en la *seguridad*, lo que se entiende como riesgo de daño personal o del entorno; y en algunos casos requiriendo diferentes niveles de *asistencia*, verbal o física.

Ésta valoración nos permitió determinar específicamente las habilidades motoras y de procesamiento en las que los pacientes continuaban presentando dificultades al momento del alta y cuestionarnos sobre otras estrategias futuras de intervención orientadas a mejorar su participación en las actividades y su inserción en la comunidad.

REFERENCIAS

- Crepeau; Cohn; Shell. 2011 “Willard y Spackman. Terapia Ocupacional”. Ed Médica Panamericana. (Buenos Aires). 11 va. Ed. 15: 1069-1071.
- García Peña, M. 2004, Alteraciones Perceptivas y Práxicas en pacientes con traumatismo craneoencefálico: relevancia en las actividades de la Vida Diaria.
- Kielhofner.2004. “Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación”. Ed. Médica Panamericana. (Madrid). 13: 216-240.
- Marchio, P.S, Previgliano, I.J., Goldini y F. Murillo-Cabezas C.E, 2006. Traumatismo craneoencefálico en la Ciudad de Buenos Aires: estudio epidemiológico prospectivo de base poblacional, Neurocirugía, 17: 14-22
- Ángel Sánchez Cabeza, 2004, Ocupación y Alteraciones Neuroconductuales tras daño cerebral adquirido, V Congreso Virtual de Psiquiatría, www. terapia-ocupacional.com.
- Orient-López. F, Sevilla- Hernández.. E, Guevara- Espinosa. D. 2004, Resultado Funcional al alta de los Traumatismo Craneoencefálicos Ingresados en una Unidad de Daño Cerebral, Revista de Neurología, **39**. 10: 901-906.
- Pedretti Williams y otros. (2005). “*Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction*”. Editorial Mosby Elsevier. (USA). Capítulo 34. Pág. 838-872
- Polonio López; Romero Ayuso. 2010. “Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral adquirido”. Ed Médica Panamericana. (Madrid.) 15: 179-199.
- Turner, A; Foster, Marg; Richards, Sh. 2003. “Terapia Ocupacional y Disfunción Física”. Elsevier. (Madrid). 5ta Edición. 15:395-416

Capacidades intrínsecas potenciando el desempeño ocupacional.

Experiencia de una práctica centrada en el cliente.

Autores: Comes Pinto, Bárbara Inés
Loustau, Cecilia
Nogueira, María Florencia
Piva, Noelia Natalia
Roldán, Ana Lis
Villemur, María Lorena
Correo electrónico: to.higasanmartin@gmail.com

RESUMEN

Introducción

Se pretende dar a conocer una experiencia de caso y promover el análisis crítico de una práctica centrada en el cliente.

Los entornos sociales y culturales actúan como facilitadores u obstáculos en el tratamiento. Las capacidades intrínsecas del ser humano ligadas a la supervivencia pueden potenciar el desempeño ocupacional (D.O.).

Una intervención centrada en el cliente supone un acuerdo entre paciente y terapeuta en donde éste ofrece la oportunidad para la participación en las actividades valoradas.

Las estrategias de resolución que sostengan el “hacer” serán construidas por la persona a partir de la experiencia y la capacidad de afrontamiento y protección que darán por resultado una adaptación positiva en situaciones de adversidad.

Desarrollo

J.S. es un hombre de 60 años, de La Plata. Vive en una casilla detrás de un comedor comunitario. Desocupado. Es traído al hospital por los vecinos. Ingresó a Clínica Médica el 09/09/10. Presenta hemiparesia braquiocrural derecha, disfagia tipo II y afasia mixta, como secuela de ACV isquémico. Antecedentes de alcoholismo, tabaquismo. Derivado a T.O. el 10/09/10.

El tratamiento se planificó a partir de su evaluación inicial, aplicando técnicas sensoriomotoras para favorecer el control motor con el objetivo de mantener y/o restablecer los déficits de las estructuras y funciones y así favorecer su D.O. Se brindaron estrategias facilitadoras. J.S. incorporó, adaptó y amplió las estrategias a sus necesidades. Se llevó a cabo la intervención contemplando las prioridades de J.S. como parte activa del proceso.

Conclusión

Si bien se brindaron estrategias, J.S. elaboró las propias basadas en la búsqueda de satisfacción de sus necesidades. Consideramos que el bagaje histórico ocupacional y cultural impulsó el desempeño en sala alcanzando en gran medida sus objetivos. En este caso, se actuó como facilitador de los procesos ocupacionales en el ambiente hospitalario, organizando la experiencia del sujeto en el contexto.

Capacidades intrínsecas potenciando el desempeño ocupacional.

Experiencia de una práctica centrada en el cliente.

“El desempeño puede ser realmente bienvenido por aquellos que tienen habilidades ocupacionales alternativas de subsistencia” (1)

Introducción En nuestro lugar de ejercicio profesional, el Hospital General de Agudos San Martín de La Plata trabajamos a diario con personas con limitaciones en el desempeño ocupacional (D.O.), con características socio-económicas vulnerables. Sabemos que el proceso de Terapia Ocupacional (T.O.) está basado en la consideración de múltiples experiencias, entornos y ambientes que atraviesan a la persona. Observamos que los entornos social y cultural pueden modificar las prioridades en el tratamiento, actuando como facilitadores u obstáculos en el mismo. A la vez, consideramos que capacidades intrínsecas del ser humano ligadas a la supervivencia pueden potenciar el D.O.

Este trabajo pretende dar a conocer una experiencia de caso y promover así el análisis crítico de una práctica dinámica centrada en el cliente.

Marco Teórico Siguiendo un enfoque humanista en la práctica, una intervención centrada en cliente supone un acuerdo entre persona y terapeuta en donde éste último ofrece la oportunidad para la participación activa de la persona en las actividades valoradas (2).

El D.O. estará determinado por las características de la persona, los entornos donde se desarrolle y la ocupación (3). Son múltiples y variadas las características que hacen singular al ser humano. Estas características determinan, en parte, la inclusión del ser en determinadas ocupaciones a lo largo de su vida. Por otro lado, el entorno es lo que rodea al ser humano y lo afecta. La ocupación será aquella forma de expresión del hacer significativo que dará un sentido de individualidad característico a cada ser humano (4). Estas particularidades del

pensamiento y sentimiento volitivos de cada ser reflejan una historia singular que no puede ser analizada fuera de las circunstancias culturales (5).

Desde el Modelo de la Ocupación Humana, tomamos el concepto de *causalidad personal* para dar cuenta del sentido de competencia de eficacia que contribuirá en la participación del ser humano en una ocupación, facilitando de esta forma el D.O. Este modelo afirma que las personas que se sienten capaces de lograr algo buscarán oportunidades para conseguir sus objetivos basándose en los pensamientos y sentimientos que les surgen al enfrentarse con el desafío (6). Sumándose a esta afirmación, la teoría de autoeficacia y la teoría motivacional asevera que “*las autopercepciones y creencias de una persona sobre su capacidad para tener éxito en una ocupación influyen en la decisión de esa persona en si participará en esa ocupación*” (7).

Según los conceptos aportados por Maslow (1970), las necesidades básicas, biológicas y fisiológicas se satisfacen en primer lugar aunque sea parcialmente para adquirir los recursos necesarios para poder avanzar en la jerarquía de necesidades (8).

Las estrategias de resolución que sostengan el “hacer” serán construidas por la persona a partir de recursos adquiridos por la experiencia y la capacidad de afrontamiento y protección dando por resultado una adaptación positiva en situaciones de riesgo o adversidad (9).

El rol del T.O. requiere una visión amplia, traspasando la mirada personal para poder ver las posibilidades concretas de desempeño (10).

Desarrollo J.S. es un hombre de 60 años de La Plata. Vive en una casilla detrás de un comedor comunitario. Desocupado. Llega al hospital traído por vecinos. Ingresa a Clínica Médica el 09/09/10 con paresia braquiocrural derecha debido a un ACV isquémico de 4 días de evolución. Como secuela agregada presentó disfagia tipo II y afasia mixta. Antecedentes de alcoholismo y tabaquismo. Derivado a T.O. el 10/09/10.

Perfil Ocupacional: J.S. desarrolló varios trabajos temporarios precarizados. Es soltero. Vive solo en una vivienda precaria y su entorno social son los vecinos y encargados del comedor. Su principal preocupación durante la internación, es perder los objetos de su hogar, y regresar al mismo desempeñándose en sus actividades básicas de manera autónoma. Demuestra su preocupación mediante frustración y ansiedad, al intentar realizar las actividades en la sala.

Análisis del D.O.: Al inicio, J.S. se encuentra desorientado en tiempo y parcialmente en espacio. Presenta hipertensión en MSD y MID. No presenta movilidad activa en MSD, logra flexión y extensión contra gravedad de cadera derecha, resto de MID sin movilidad. Movilidad pasiva sin limitaciones. Mantiene una comunicación funcional mediante preguntas concretas de respuestas simples.

Desempeño en áreas ocupacionales, AVD: En alimentación requiere moderada asistencia para estabilizar recipientes livianos. Dependiente en vestido. Independiente en el uso de dispositivo para cuidado vesical. Requiere apoyo de terceros para el traslado hacia el baño para cuidado de intestino. Realiza movilidad en cama de manera independiente, para la transición de decúbito supino a sedente (al borde de la cama) requiere mínima asistencia de terceros para incorporarse. No deambula. No realiza higiene personal y aseo y baño/ ducha y no demuestra interés en realizarla.

Se encuentra internado en Clínica Médica, compartiendo habitación con otra persona. La misma tiene baño privado, armario y mesa regulable. Se encuentra sin acompañantes. No posee objetos personales (ropa, elementos de higiene, etc.).

Proceso de intervención: El tratamiento se planificó a partir de la evaluación inicial del paciente, aplicando técnicas sensoriomotoras para favorecer el control motor con el objetivo de mantener y/o restablecer los déficits de las estructuras y funciones y así favorecer el D.O. Se intervino diariamente. Durante la intervención, se observa que a J.S. la necesidad de “hacer” hizo que dejara de lado las indicaciones dadas y que utilice recursos y estrategias propias para alcanzar sus objetivos, relacionados con el desempeño de sus actividades en sala. Cada día, se observaba que resolvía situaciones presentadas en el quehacer cotidiano y se adecuaba a sus dificultades, desarrollando compensaciones para lograr movimientos funcionales. Se fueron supervisando y registrando las respuestas, evaluando los resultados y planificando las acciones futuras, de manera dinámica contemplando las prioridades de J.S. como parte activa del proceso. A su vez, expresaba la urgencia por regresar a su hogar, lo cual llevó a priorizar la intervención en necesidades particulares de independencia en alimentación, higiene del inodoro y movilidad funcional, planificando un abordaje centrado en el cliente. Desde nuestro rol, pudimos actuar como facilitadores y vehiculizadores de la iniciativa de sus actividades.

Quince días después del ACV su situación clínica se estabilizó y J.S. estaba en condiciones de alta médica. Sus niveles de independencia evidenciaron mejoría: logró independencia en vestido de tren superior, en alimentación requirió adaptación de los elementos, para la deambulación y para llegar hasta el inodoro requirió dispositivo de asistencia para la marcha. El alta de internación se hizo efectiva quince días más tarde por causas “sociales”. No tenía familiares ni cuidadores que se hagan cargo ya que necesitaba apoyos para volver a su hogar. Este último tiempo prevaleció el trabajo de Servicio Social que se encargó de organizar una red de contención para J.S. formada por los vecinos del comedor. Conjuntamente, desde T.O. se asesoró a los cuidadores sobre estrategias de cuidados en el hogar.

Conclusión A través de este caso destacamos que, si bien se le proporcionaron estrategias para restaurar los déficit y así realizar las actividades, J.S. elaboró sus propias estrategias basado en la búsqueda de satisfacción de sus necesidades. Estrategias que evidencian una urgencia por la meta final de recuperar su espacio y autonomía.

Consideramos que el bagaje histórico ocupacional y cultural impulsó la participación de J.S. en el desempeño en sala alcanzando en gran medida sus propios objetivos, basados mayormente en la percepción de sus necesidades y en sus capacidades de supervivencia.

Se refleja en este caso cómo la Terapia Ocupacional actuó como facilitador de los procesos ocupacionales en el ambiente hospitalario, organizando la propia experiencia del sujeto en el contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crepeau E, Cohn E, Schell B., 2011, Williard Spackman Terapia Ocupacional. 11 ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana; p381.
2. Turner A, Foster M, Johnson S., 2003, Terapia Ocupacional y disfunción física: principios técnicas y prácticas. 5 ed. Madrid: Elsevier Science; p 420.
3. Crepeau E, Cohn E, Schell B., 2005, Williard Spackman Terapia Ocupacional. 10 ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana; p227-231.
4. AOTA (US), 2008, Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso. The American Journal of Occupational Therapy.
5. Kielhofner G., 2004, Modelo de la Ocupación Humana: teoría y aplicación. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; p 50-51.
6. Kielhofner G., 2004, Modelo de la Ocupación Humana: teoría y aplicación. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; p 49-70.
7. Crepeau E, Cohn E, Schell B., 2005, Williard Spackman Terapia Ocupacional. 10 ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana; p383.
8. Turner A, Foster M, Johnson S, 2003. Terapia Ocupacional y disfunción física: principios técnicas y prácticas. 5 ed. Madrid: Elsevier Science; p 17-21.
9. Kotliarenco M., Cáceres I., Fontecilla M., 1997, Estado del Arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud.
10. AOTA (US) 2008, Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso. The American Journal of Occupational Therapy.

MATERIAL DE CONSULTA

- Zambudio R., 2009. Prótesis,Ortésis y ayudas técnicas. 1 ed. España. Editorial Elsevier Masson.
- Hopkins H, Smith H., 1998. Williard Spackman Terapia Ocupacional. 8 ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner G., 2004. Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Celebración de los 25 años de la carrera de Terapia ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe- Argentina)

Autor: Westman, Sandra Patricia

Correo electrónico: sandraw39@yahoo.com.ar swestman@fcb.unl.edu.ar

Resumen:

En el presente año se conmemoran 25 años de creación de la carrera Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe- Argentina). El propósito del presente trabajo es comunicar este aniversario a la comunidad disciplinar, en una actividad relevante como lo es el VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, a través de una breve revisión de los hechos significativos de estos años.

El trabajo pretende llevar la atención hacia la historia de la Terapia Ocupacional en la ciudad de Santa Fe, partiendo del convencimiento que la creación de la carrera fue posible gracias al trabajo incansable de las primeras T.O. de la ciudad y a las distintas vías por las cuales los habitantes de esta ciudad fueron conociendo a la disciplina.

Después de haber considerado lo sucedido durante estos años, se puede concluir que las metas que se plantearon las TO que dieron inicio a toda gestión, e implementaron posteriormente la carrera en la década del '80, se han alcanzado y se han superado en varios de sus aspectos.

Este aniversario es la oportunidad para asumir el desafío por los próximos 25 años.

Celebración de los 25 años de la carrera de Terapia ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe- Argentina)

El trabajo pretende llevar la atención hacia la historia de la Terapia Ocupacional en la ciudad de Santa Fe, partiendo del convencimiento que la creación de la carrera fue posible gracias al trabajo incansable de las primeras T.O. de la ciudad y a las distintas vías por las cuales los habitantes de esta ciudad fueron conociendo a la disciplina.

La historia de la Terapia Ocupacional en Santa Fe comenzó 43 años antes de la implementación del primer Plan de estudio: podríamos decir, para sorprender a algún desprevenido, que el nombre de la Terapia ocupacional llegó a Santa Fe, en la década del '

40, de la mano del Dr. E. Mira y López¹, quien propuso e implementó una terapéutica basada en la Gimnoterapia- Ludoterapia y Terapia ocupacional, tal como lo describe en su Manual² en el que también publica las recomendaciones de la AOTA³. Aunque hubo que esperar poco más de una década para que llegaran las primeras T.O.

La epidemia de Polio del año 1956 encuentra al interior del país sin ninguna infraestructura armada. Una santafesina⁴ es becada por ALPI para tomar el curso de Terapia Ocupacional en Buenos Aires. Posteriormente surge la carrera en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación (Buenos Aires) y en esta oportunidad son tres personas las que acceden a la formación: Beatriz Mines, Rosita Galíndez y Marta Sutter. En el año 1961, luego de completar la capacitación, regresan a la ciudad y se insertan en distintas instituciones. La evocación sobre los inicios está condicionada por *la dificultad*: “te destinaron una piecita donde había una mujer que trabajaba como costurera”... “tenias que hacerte todo, todo, todo lo que vos quisieras, por ejemplo, los telares”⁵ Con el tiempo y el trabajo llegó el reconocimiento: un mejor lugar – un lugar mas grande – invitación a dictar charlas. Pero nunca fue aquel que se necesitaba: más personal, más equipamiento.

En el año 1980, a raíz de un relevamiento realizado por Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO) sobre la demanda ocupacional en el país, se observa que las zonas Litoral y Mesopotamia eran las de mayor carencia y la situación se había mantenido invariable por años. Es por esto que cuando en agosto del año siguiente (1981) se realizan en Santa Fe las *Jornadas de Educación Especial*, fueron invitadas a participar representantes de la AATO. En esta ocasión se discute la situación de la disciplina en la región con las TO locales y se toma la decisión de solicitar una entrevista con el Rector Interventor de la UNL para iniciar las tratativas de la apertura de la carrera. El encuentro fue auspicioso, se elaboró y presentó un Plan de estudio para septiembre del mismo año. Numerosas instituciones públicas y privadas de la zona de influencia de la Universidad apoyaron esta iniciativa al punto se decide formar una Comisión para el estudio del proyecto. Distintas circunstancias que fueron parte de la vida del país (como la Guerra de Malvinas) hicieron que esta propuesta no pueda ser tratada inmediatamente.

1

Primer director del Hospital Psiquiátrico de la ciudad, a quien hoy debe su nombre.

2

Mira y López, E. 1955. Psiquiatría. Tomo III. El Ateneo. Buenos Aires. P. 293 -295

3

AOTA: Asociación Americana de Terapia Ocupacional

4

la T.O. Beatriz Mines

5

Extraído de la entrevista realizada a la T.O. B.Mines, por la T.O. Florencia Donayo, sobre los comienzos de la T.O. en Santa Fe.

El 10 de diciembre de 1983 la ciudadanía argentina vuelve a participar de elecciones y la democracia también llega a la UNL: después de 17 años de haber vivido bajo intervenciones o con rectores designados por el Poder Ejecutivo, se designa un Rector Normalizador.

La AATO y las instituciones locales retoman con insistencia aquel Proyecto. El esfuerzo conjunto llegó a la meta cuando por Resolución CS N° 154 del 13 de septiembre de 1985, se aprueba la creación de la carrera. El Plan constaba de 3665 horas y estaba acorde a las recomendaciones de la WFOT⁶.

En marzo de 1986, asume en la Universidad el primer rector elegido por Asamblea universitaria después de 24 años. El año 1986 es el año del ajuste del Plan Austral, del anuncio del traslado de la capital Federal a Viedma, de la reforma del estado y de la Ley de Punto Final, de los debates parlamentarios por el divorcio y de la estampida inflacionaria del mes de julio.

Las clases de la carrera Terapia Ocupacional se inician el 11 de agosto de 1986. Y a pesar de la escasa difusión, el número de ingresantes superó los 120.

Entonces, fueron las Prácticas clínicas (y hoy lo siguen siendo las Practicas profesionales) el soporte principal de la difusión de la disciplina en la región.

En el mes de agosto de 1990, se gradúan los primeros nueve TO. Con este título, egresaron alrededor de 500 profesionales que se insertaron laborablemente tanto en la región, como en el ámbito nacional e internacional. En diciembre del mismo año, por Res CS N° 228/90 se dispuso que la Escuela Superior de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo” dependa de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (actual sede).

En 1997 dado los 10 años de implementación del Plan; la nueva Ley de Educación Superior (24.561); el cambio en la reglamentación para las carreras de grado en el ámbito de la UNL; las “nuevas demandas en salud y sociales de la región; la retroalimentación que la carrera permanentemente recibía de sus graduados y tras dos intentos previos (y fallidos) de modificación, mediante la Res. C.S. N° 391/97, se aprueba el Plan de Licenciatura en TO . Hasta la fecha se han recibido cerca de 700 Licenciados.

El 2003 fue un año significativo para la comunidad santafesina en general, y para la educativa en particular: Fue el año en que se produce la inundación por la creciente extraordinaria del Río Salado. La consecuencia fue el reacomodamiento en una carrera con un marcado perfil biomédico. Cambiaron los modos de auto percibirnos y de denominarnos: a partir del impacto social de la catástrofe empezamos a vislumbrarnos como “*un campo de*

6

WFOT: federación Mundial de Terapia ocupacional

*conocimiento e intervención en salud, educación y en la esfera social”*⁷. Si bien los procesos no son lineales, en la complejidad del campo disciplinar este hecho fue más que revelador.

La primer década del 2000, se caracterizó por la consolidación de ámbitos de trabajo de la década anterior, la exploración de nuevos espacios, pero también las políticas de corte neoliberal generaron situaciones de pauperización del mercado laboral para los T.O.

Conclusiones:

A modo de conclusión, se puede decir que la mayoría de los objetivos que se plantearon las primeras TO que dieron inicio a toda gestión e implementaron posteriormente la carrera en la década del 80, se han alcanzado y se han superado en varios de sus aspectos.

A 25 años de la creación de la carrera en el UNL se trabaja para que, desde la formación universitaria, el profesional Terapeuta Ocupacional tome un papel insustituible en la producción de conocimientos que definan y guíen las decisiones y las prácticas, validando y fortaleciendo potencialidades, promoviendo la participación en la sociedad de manera responsable y crítica, afrontando y satisfaciendo los desafíos y cambios planteados.

Hoy, y a futuro, y con total adhesión en la creencia que todo proyecto disciplinar y/o educativo es un proyecto político, se apuesta al compromiso de los Terapeutas ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional para que se inserten en el medio como *agentes político-ocupacionales*, es decir, un profesional capaz de comprender e involucrarse a participar en la concreción de profundas transformaciones en el desempeño ocupacional de la población con la que interactúa y en las condiciones en que éste tiene lugar.

Este año se celebran 25 años de la carrera en la UNL, y creo que ésta es la meta por otros 25 años más.

Bibliografía:

WESTMAN, Sandra. 50 años de la Terapia Ocupacional en Argentina - Buenos Aires, 20 de noviembre de 2009

WESTMAN, Sandra. Historia de la Terapia Ocupacional en Santa Fe. Presentación en la Jornada “Experiencias Compartidas” Diciembre 2010 – FBCB. UNL. Santa Fe

⁷

Tomado de la definición de T.O. de la Associação Brasileira de TO_ 2007

Comisión Abierta de Terapia Ocupacional

Una organización y gestión alternativa



¿Qué es CATO?

Es un espacio autónomo y democrático sin fines de lucro, impulsado desde el Centro de Estudiantes de Sociales, Economía y Administración de la Universidad Nacional de Quilmes. La misma está integrada por estudiantes y graduados de Terapia Ocupacional, en la cual se llevan adelante encuentros y acciones.



¿Cómo surge?

En el año 2007, un grupo de estudiantes se organiza para asistir al 7º Congreso Argentino y Latinoamericano de Terapia Ocupacional en Mar del Plata; este momento marca el inicio de nuestro proyecto.

Nos propusimos...

Discutir y reflexionar sobre nuestra práctica profesional y nuestra formación, organizar instancias de capacitación y aprendizaje, fomentar e incrementar la identidad de la profesión, elaborar material escrito y generar redes interinstitucionales; en pos del crecimiento colectivo.

Logramos...

Jornadas y charlas debate en las áreas de pediatría, salud mental, comunidad y rehabilitación física. Elaboración y publicación de una revista. Organización para la asistencia a congresos nacionales, e internacionales. Participación activa en el proceso de reforma del plan de estudios de la carrera de Terapia Ocupacional en la UNQ.



 tounqui@gmail.com

 Cato Terapia Ocupacional

Autores: Abregú Macarena, Avellaneda Flavia, Cañete Luciana, Di Corrado Estefania, Fernández Ezequiel, Gerez María Cecilia, Iglesias Zanet Adriana, Laglaive José Hernán, Marengo Florencia, Perdiguero Myriam, Quiñonez Sabrina, Russo Marisol.

HISTORIA

A principios del año 2007, un grupo de estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), inició una convocatoria a sus compañeros para asistir al 7º Congreso argentino y latinoamericano de Terapia Ocupacional (TO) en Mar del Plata, que se realizaba en septiembre de ese mismo año. El objetivo era agruparse para realizar el pago de la inscripción en conjunto, y una vez agrupados, poder solicitar a la Dirección de la carrera que cubriera el transporte de los alumnos. Dicho objetivo fue cumplido: viajamos alrededor de 70 estudiantes y conseguimos que la carrera nos cubriera el pasaje en tren hasta la ciudad de Mar del Plata. Además, se reservó un hostel para una parte del grupo, y previo al congreso, se realizaron actividades en el centro de estudiantes de ciencias sociales, economía y administración (CECSEA) para recaudar dinero, con el objetivo de cubrir los costos del alojamiento y de la estadía.

El propósito de las actividades que se realizaron era poder informar a los estudiantes de la universidad que había un evento importante para nuestra formación, y trabajar en forma conjunta para que todos los que quisieran asistir pudieran hacerlo; por eso las actividades se centraron en la difusión, la inscripción, el alojamiento, el transporte y la estadía.

El intercambio y el trabajo realizado, nos unió como grupo de estudiantes de una carrera y de una universidad. A partir de esta construcción, comenzaron a surgir inquietudes e ideas, que, sin proponérselo como objetivo, dio como resultado el nacimiento de la comisión.

Desde el CECSEA, se fomentaba la creación de comisiones por carrera, con el fin de crear un espacio de encuentro y reflexión de los estudiantes de la universidad. Este fue el lugar que la comisión abierta de TO (CATO) encontró como lugar de reunión y como forma de construcción colectiva.



IDENTIDAD

En sus inicios, la comisión nace como un espacio para los estudiantes de Terapia Ocupacional de la UNQ. A medida que el grupo fue creciendo, tanto de forma cualitativa como cuantitativa, entendimos que comisión de alumnos ya no era la denominación que nos identificaba: en la comisión participaban estudiantes que estaban a punto de graduarse, y que tenían la intención de seguir formando parte del espacio; en las publicaciones de TOQ (revista de CATO), además de estudiantes, participaban graduados, docentes, y estudiantes de otras carreras de grado. Es por esto que, a mediados de 2009, los miembros de la comisión, decidimos que nuestra denominación debía ampliarse; así fue que alumnos se reemplaza por abierta; este cambio de nombre representaba los objetivos y la práctica de la comisión.



OBJETIVOS

Desde el inicio, el objetivo principal de la comisión fue, generar un espacio de encuentro, reflexión, discusión y construcción, para la comunidad de terapia ocupacional, en el contexto de la UNQ.

Durante estos 4 años de existencia de la comisión, los objetivos o las metas específicas se han ido ampliando y modificando, se ha trabajado sobre ellos en diferentes momentos; pero nuestro propósito principal sigue siendo mantener este espacio de encuentro y construcción, en donde nos permitimos trabajar de forma colectiva, nutrirnos de las experiencias, ideas y prácticas de otros, crecer y desarrollarnos como personas y como profesionales.

Los objetivos definidos por la comisión, en la actualidad son: fomentar e incrementar la identidad de la carrera de Terapia Ocupacional; fomentar y fortalecer los vínculos y la comunicación entre los diferentes actores de TO y la sociedad; fomentar y difundir el espacio de reflexión, debate y discusión de nuestra formación y ejercicio profesional; organizar jornadas, charlas y clases abiertas sobre temas de interés.

ORGANIZACIÓN Y COMUNICACIÓN

Desde el inicio de la comisión, la forma de sostener el espacio de encuentro fue a través de reuniones periódicas con día, horario y lugar fijo. Las mismas se realizaron y se realizan en el CECSEA. Aunque los días y los horarios de encuentro se han ido modificando, generalmente el día sábado ha sido y es el día elegido para este encuentro.

Los miembros de la comisión nos comunicamos, además, vía mail; a través de un groupmail. El medio virtual nos permite estar actualizados, compartir información a diario, saber lo que se decide aunque no podamos asistir a las reuniones, es decir, facilita la comunicación fluida entre los miembros de la comisión.

CONTACTO

La comisión tiene vías de contacto con los estudiantes y demás personas de la comunidad, principalmente a través de la web: mail y facebook de la comisión.

En la práctica, los miembros de la comisión son reconocidos por docentes, graduados y estudiantes, lo que permite el contacto personal.

DIFUSIÓN DE CATO

Durante estos 4 años, hemos intentado difundir y dar a conocer la actividad de la comisión; así como fomentar la participación e invitar a estudiantes y graduados a formar parte de ella.

Dicha tarea la hemos realizado a través de la gráfica (volantes y carteles), a través de medios virtuales (mail y facebook) y de forma personal con cada compañero (en los pasillos y en las aulas).

Comisión Abierta de Terapia Ocupacional

Breve historia...
CATO nace en el año 2007, cuando un grupo de estudiantes se organiza para asistir al Congreso de TO en Mar del Plata. A partir de ese momento, la comisión comenzó a consolidarse: aumento en número de participantes, en actividades y en compromiso.

Objetivo...
El principal objetivo de la comisión es generar un espacio de encuentro, de reflexión y de discusión para toda la comunidad de terapia ocupacional.

Desde la comisión, entendemos este espacio como un lugar que nos permite crecer, ser y desarrollarnos. Pero lo más importante es el crecimiento colectivo y la oportunidad de nutrirnos de las experiencias, ideas y prácticas de nuestros compañeros.

Por eso, desde CATO te invitamos a que te acerques a participar y a construir junto a nosotros.

COMISION ABIERTA DE TO
C A
T O
U. N. Q.



PARTICIPACIÓN EN CONGRESOS

Además de la organización mencionada, en la historia de la comisión, a partir del 7º Congreso argentino y latinoamericano de TO de Mar del Plata; CATO ha realizado actividades en relación al Congreso Mundial de TO (Chile 2010), y el próximo Congreso argentino de TO a realizarse (La Plata 2011).

En el año 2009, nos anticipamos al congreso de Chile, y junto a los consejeros estudiantiles de la agrupación El Túnel (actual conducción del CECSEA), presentamos en el Consejo



Departamental de Ciencias Sociales, la propuesta de considerar a dicho congreso, como una actividad de interés académico. Una vez aprobado, iniciamos la convocatoria a los estudiantes y graduados de TO para reunirnos y asistir al congreso. Como para el Congreso de Mar del Plata; se difundió el evento, se realizaron reuniones con nuestros compañeros, se solicitó a la dirección de la carrera que entregaran becas y que facilitarán la asistencia a través de una ayuda económica para cubrir el alojamiento; se realizaron actividades para recaudar dinero (fiestas, rifas y otras actividades). Alrededor de 25 personas, estudiantes y graduados, asistieron el año pasado al congreso de TO. El último día de dicho evento, organizamos una reunión con estudiantes de TO argentinos, para compartir la experiencia de CATO y poder crear una red de contactos para mantenernos comunicados.

Durante este año, repetimos la convocatoria y la difusión para organizarnos y asistir al congreso argentino de TO. En estas últimas semanas, difundimos el congreso en las aulas, formamos grupos para pagar la inscripción en conjunto, y seguimos pensando en otras acciones que posibiliten la asistencia de quienes quieren asistir a dicho congreso. También creamos un medio contacto (facebook), específico para la ocasión, con el fin de estar comunicados con las personas interesadas.



**CONVOCA A
LOS ESTUDIANTES DE
TERAPIA OCUPACIONAL**

**CHARLA INFORMATIVA
Y DE ORGANIZACIÓN
PARA ASISTIR AL**

**MIÉRCOLES
13 DE ABRIL**



Turno Mañana

9.30 HS.

AULA 28

Turno Noche

19 HS.

AULA 54

Facebook

Terapia Ocupacional Congreso



JORNADAS GRATUITAS

Uno de los propósitos de la comisión es organizar jornadas y charlas de forma gratuita, con el fin de presentar temas de interés para estudiantes y graduados de TO, y poder conocer técnicas, formas de trabajo y experiencia que aporten a nuestra formación.



En septiembre de 2008, organizamos la jornada de “Integración Sensorial”. Convocamos como disertantes a las licenciadas en TO Carolina Belingi y Adriana García, expertas en el tema. Asistieron a la jornada alrededor 200 personas.

En abril de 2009, organizamos una jornada de capacitación gratuita en el auditorio de la UNQ. Como disertante, convocamos a Claudio Zaehnsdorf, Terapeuta físico especialista en kinesiología pediátrica; quien lidera el centro de rehabilitación integral e intensivo Cocelza, ubicado en el centro de Bernal. Previo a realizar la jornada, invitamos en las aulas a estudiantes y docentes y realizamos una preinscripción. Como en todas las jornadas que realizamos, se entregaron certificados. Asistieron alrededor de 150 personas.

A mediados de 2009, la CATO, fue invitada a contar su experiencia en el programa radial “Ocupate”, en la radio de la Universidad Abierta Interamericana (UAI). El programa era conducido por Mariol Segovia. En esta oportunidad, además de difundir el trabajo de la comisión, presentamos la primera publicación de la revista TOQ.

**Desmanicomialización
TO y sus prácticas**
Clase pública

Martes 26 de Octubre
18 hs.
Aula 49

¿Qué es la desmanicomialización?
¿Qué es la desmanicomialización?
¿Qué es la desmanicomialización?

Exponen
lic. Sara Daneri
lic. Daniela Testa
lic. Sandra Spampinato

¿Qué es la desmanicomialización?
Construcción y deconstrucción del manicomio
Gestión de nuevas prácticas desde TO

ORGANIZAN

EL TÚNEL



En Octubre de 2010, realizamos una clase pública sobre Desmanicomialización. Dicha clase fue organizada junto a Sara Daneri, ex presidenta de la AATO. El objetivo era poder informarnos sobre dicho paradigma y discutir nuestro rol profesional en el ámbito de la salud mental. Las disertantes de esta clase fueron: Sara Daneri, Daniela Testa y Sandra Spampinato.

En noviembre de 2010, organizamos la clase pública de prematuros, ya que entendimos que esta temática no era tratada en profundidad en nuestra formación, y era de interés de los estudiantes de la carrera. La clase fue organizada junto al Dr. Héctor Ganso, docente de la UNQ; y la

Licenciada Natalia Barela, que se desempeña en el campo laboral de prematuros. Asistieron a dicha clase 100 personas y se entregó certificación.

REVISTA TOQ

Durante el año 2008, surgió la necesidad de crear una publicación para difundir, en un principio, dentro de la universidad. El objetivo era poder compartir experiencias, reflexionar sobre nuestra profesión, poder brindar información de las problemáticas actuales de la carrera.

Así nació, en diciembre de 2008, TOQ. En el número 1, nos centralizamos en hablar sobre Terapia Ocupacional: la visión de la disciplina desde diferentes miradas; los docentes, los graduados, los estudiantes.

Desde el inicio de la publicación, trabajamos en conjunto con estudiantes y graduados de otras carreras, en especial, comunicadores sociales; quienes nos ayudaron y nos siguen guiando en la confección y edición de la revista.

TOQ 2 nace en el contexto de la reforma del plan de estudios de la carrera de TO en la UNQ. Por esto, los contenidos se basaron en conocer como fue la anterior reforma, informarnos sobre la situación en ese momento a partir de la voz de la dirección de la carrera, y ofrecer el espacio para que estudiantes y graduados opinarán sobre el tema.

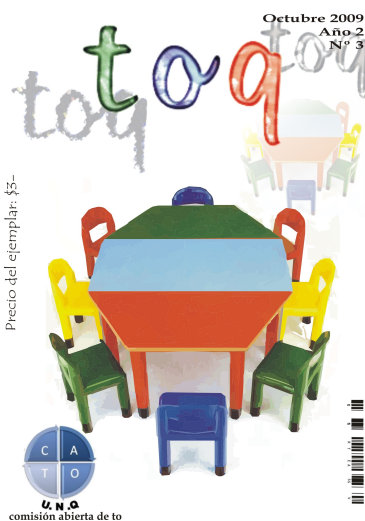
En abril de 2011, luego de un año de no realizar publicaciones, sale el 3° número de la revista. Abordamos experiencias alternativas a los espacios tradicionales de intervención de TO.

En la reciente publicación N° 4 de la revista (abril 2011), el contenido surge de redacciones propias de los miembros de la comisión y experiencias de docentes y licenciados; la temática abordada fue la de la inclusión.

TOQ DICIEMBRE 2008
AÑO I
N° 1



Precio del ejemplar: \$1-



Precio del ejemplar: \$5-

PROPUESTA DE REFORMA

A principios del año 2009, la UNQ inicio un proceso de reforma de los planes de estudio de las carreras del departamento de ciencias sociales; entre ellas, la Licenciatura en TO.

Desde la CATO, nos informamos sobre la reforma e iniciamos una comunicación con la dirección de la carrera para participar en este proceso.

La dirección realizó, durante ese año, reuniones con estudiantes y graduados para tratar la reforma y aportar ideas. La comisión colaboró en el proceso de difusión de dichas charlas y convocó a los estudiantes a reunirse para construir en conjunto una propuesta.

Durante ese año, los estudiantes y graduados nos reunimos periódicamente, analizamos planes de estudios de otras universidades, problematizamos acerca de los contenidos de nuestro plan de estudios, y elaboramos una propuesta; la cual fue entregada a la dirección de la carrera.

El proceso de reforma, en la actualidad, continúa en proceso de modificación.

“Comunidad y Universidad: algunas reflexiones sobre experiencias de la vida cotidiana”.

Autoras: Chardon, Ma. Cristina mchardon@unq.edu.ar

Arce, Liliana Noemí larce@unq.edu.ar

Resumen:

Comunidad y Universidad: algunas reflexiones sobre experiencias de la vida cotidiana.

El trabajo en atención de la educación y de la promoción de la salud desde un enfoque comunitario, tiene antecedentes importantes en América Latina desde hace medio siglo. Por otro lado, el trabajo con los problemas sociales más urgentes de la población tiene en las universidades públicas del continente, un papel no menor y prácticamente identificatorio del trabajo comunitario junto con lo político¹. El siguiente trabajo pretende reflexionar sobre una experiencia compartida desde y con la Comunidad integrando un equipo de carácter interdisciplinario que desarrolla acciones sistemáticas en el proyecto de Promoción de Salud de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Quilmes: *“Entramando Comunidad y Universidad”*, desarrollando relaciones que permitan la conformación de redes sociales.

En este espacio de confluencia, se abandonó el tradicional esquema de división entre trabajo intelectual y trabajo de campo, para adoptar la perspectiva de la praxis, donde el conocimiento, la producción simbólica y la acción se relacionan dialécticamente en una mutua retroalimentación. El objetivo prioritario de esta praxis es la construcción conjunta Comunidad/Universidad, de un colectivo que trabaje a partir de las necesidades (reconocimiento, desnaturalización) y de los derechos, propiciando la promoción de la salud. Participan economistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, comunicólogos, antropólogos y ciudadanos/as que creen que el futuro se puede construir desde un colectivo y desde el presente. El marco teórico está constituido por la Terapia Ocupacional Comunitaria, la Psicología Social Comunitaria, la Salud Pública y Ocupacional, la Economía Social y la Educación.

¹ Chardon, María Cristina: 2008 *“Proyecto Entramando Comunidad y Universidad”*, Extensión Universitaria UNQ.

Este tipo de acontecimiento se gesta si se pone en juego el criterio de situar nuestras (las de todas y todos) propias conclusiones como objeto de las reflexiones conjuntas de maneras de poner en acto la construcción del pensamiento crítico.

Desarrollo del Trabajo: La Universidad Nacional de Quilmes ha venido desarrollando una política de articulación con la comunidad, a través de actividades académicas, de investigación y de extensión, poniendo de manifiesto y reafirmando que una de las tareas sustantivas de la formación de los estudiantes universitarios en una Universidad Pública, tiene que ver con el compromiso ético con la sociedad que la sostiene y, al mismo tiempo, con brindar oportunidades en la formación de las distintas carreras que permitan tener en cuenta los problemas sociales y proponer intervenciones en beneficio de la población y del estudiantado². Nuestro trabajo se basa en relaciones de horizontalidad, haciendo eje en la participación social de los/as actores (niños, adultos, profesionales, alumnos, etc.) y en una praxis psicosocial que articula confianza con empoderamiento, construcción colectiva intergeneracional e intersectorial, despojados de una concepción asistencialista³. La presencia de esta relación social en un escenario público compartido lo modifica, lo transforma y nos transforma como sujetos, por ello es siempre político⁴. El marco teórico está constituido por la Terapia Ocupacional Comunitaria, la Psicología Social Comunitaria, la Salud Pública y Ocupacional y la Educación. Estos marcos de referencia mundiales proveen lineamientos para trabajos interdisciplinarios en actividades de prevención y promoción de la salud. El área del trabajo, aledaña a los Arroyos “Las Piedras” y “San Francisco” conforma una cuenca hídrica de 15.000 has., donde viven cerca de 750.000 personas, en la zona oeste del Partido de Quilmes, conurbano sur de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. El lugar, ha sido objeto de masivas operaciones de intrusión en forma de asentamientos organizados sobre territorios que hasta los años 80, nunca habían sido ocupados debido a la inaptitud ambiental forjada por basurales a cielo abierto, empresas e industrias⁵. Frank Kronenberg⁶ (2006) nos propone *“Pensar a escala mundial, actuar a escala local” en una terapia ocupacional sin fronteras que exige una conciencia crítica de la naturaleza política de quienes somos y que hacemos y*

² Chardon, María Cristina; Arce, Liliana, 2010, Trabajo Libre “Voluntariado Universitario: formando profesionales con compromiso social” en Chile-2010-Woft: “Ocupación desde Latinoamérica”, Santiago de Chile, Chile.

³ Chardón, Ma. Cristina; Arce, Liliana.; Sena, Selva, 2010, “Salud mental y salud ambiental. *Subjetividad, cuidado y vida cotidiana en comunidades que viven asentadas en las márgenes de los arroyos*” en **Trimboli, Alberto y otros** (2010) “Trauma Historia y Subjetividad”, pág. 344 y 345, 1º edición, Buenos Aires:Asoc. Argentina de profesionales de salud mental-AASM. ISBN 978-987-23478-3-3

⁴ Rosenfeld, Mónica; 2005, Cuadernos de Observatorio Social: *Dilemas de la Participación Social: El encuentro entre las Políticas Públicas y la sociedad Civi, N° 7, Universidad Nacional de Quilmes.*

⁵ (H.T. PUA 2000 FADU UBA). www.inclusionurbana.org

⁶ Kronenberg, Simo Algado, Pollard. (2006) “*Terapia Ocupacional sin Fronteras*” *Aprendiendo del espíritu de supervivientes*, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Madrid.

fomenta el discurso dialéctico que admite que podemos ser o supervivientes o profesionales y respetar la posición de los otros". Los alumnos de la Materia Psicología Comunitaria de la Diplomatura en Ciencias sociales, desarrollaron un taller de muralismo a través del Proyecto "En tus manos hay color" en la Casa de Niño "Virgen de Luján". Los niños que concurren al comedor, provienen de hogares con problemas socio-económicos, padres desocupados o sub-ocupados, madres que realizan tareas domésticas fuera del hogar o que viven de trabajos ocasionales y planes sociales. En ocasiones asumen responsabilidades de adultos al no estar sus padres presentes en el hogar (cuidan de hermanos menores, realizan las tareas de la casa, "cartonean" con los carritos, hacen "changas", etc.). Los objetivos del proyecto fueron los de posibilitar la construcción de un espacio donde compartir momentos de ocio creativo, promoviendo el protagonismo a través de la participación de niños/as y adolescentes entre 4 y 12 años aproximadamente, generando la concientización, la pertenencia y la identidad cultural que posibilite al niño identificarse con su entorno social. Se crearon dispositivos colectivos que alojan lo diverso para permitir que surja lo nuevo: ese plus que crean los grupos y que se sostiene entre todas y todos (Chardon, Borakievich 2010). Paralelamente a la tarea en el aula, los alumnos, docentes, voluntarios y graduados, participaron en los talleres de reflexión (a cargo de una psicóloga) previos a cada visita al barrio, donde se compartieron experiencias de la vida cotidiana en la comunidad, dando lugar a explicitar prejuicios, miedos e inseguridades, logrando, en forma conjunta, una visión de las alternativas posibles para el barrio y una evaluación en proceso sobre la intervención. El taller de muralismo fue pautado en 4 encuentros, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, para darle "color" a un muro blanco que separa al barrio de una fábrica de pinturas:

En una primera aproximación, luego de un diagnóstico previo, se construye una idea en común, decidiendo de manera consensuada trabajar para la promoción y concientización sobre el cuidado del medio ambiente y los espacios verdes se plantea un boceto. En una segunda instancia se construye el diseño partiendo de la lectura del cuento "Sapo en Buenos Aires" del escritor argentino Gustavo Roldán, orientándonos a la transformación de ese espacio, de la comunidad a través de la apropiación del mural y luego se plasma el boceto sobre la pared. En el tercer y cuarto encuentro, reafirmandonos como sujetos y protagonistas en la construcción para el cambio, pintamos el diseño realizado sobre la pared. Los colores primarios fueron utilizados para esta ocupación, permitiéndonos "jugar" al mezclar las pinturas para lograr distintas tonalidades, utilizando no solo pinceles, sino las manos, provocando la admiración e interés de los/as niños/as y adolescentes en el resultado final.

Debido a las condiciones climáticas, además de modificar las fechas propuestas, fue necesario un quinto encuentro con la comunidad. En éste se culminó el mural, realizando además un cierre y evaluación. Quienes fuimos partícipes de esta experiencia, asumimos un rol activo participando en la dialéctica social, construyendo conocimientos y a su vez aprendiendo de ellos, para poder construir el poder socialmente, citando aquí a Isaac Prilleltensky (2004) quien manifiesta: “*soy constructor y soy construido*”.

A través de este taller se capitalizó el interés, la curiosidad, la atención y la creatividad, donde el tiempo libre se significó como un espacio de desarrollo de la ocupación respetando las capacidades estéticas, expresivas y lúdicas. Se experimentaron emociones, el goce, la risa, el estrechar vínculos, el asombro, la creatividad, el disfrute del placer, la alegría y la ansiedad por el próximo encuentro. Vigotski, señala que el sujeto no se constituye de adentro hacia afuera, sino que en un proceso activo de interacción con otros sujetos humanos y de acción sobre las cosas, se moldea recibiendo la impronta de lo que lo rodea, pero imprimiendo también su carácter particular. Esto nos permitiría pensar en qué subjetividades y horizontes se construyeron y qué vínculos comunitarios se afirmaron, en el lugar de pertenencia.

Pablo Freire utiliza el término concientización para referirse a la elección voluntaria de una postura históricamente comprometida y no a una simple toma de conciencia, proponiendo a la concientización como una inserción crítica de la historia, para crearla, para transformarla, para hacerla. A su vez, la Psicología Comunitaria considera los fenómenos de grupos, colectivos o comunidades a partir de factores sociales y ambientales, a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida, de la calidad de vida de los sujetos (en este caso particular, de los niños), buscando construir respuestas a los problemas sociales y no a los individuos, considerando así la idea del cambio social. Es en ese sentido, que nos interesa tomar la conformación de colectivos, sujetos sociales sin perder de vista sus particularidades: pueden cuidar, cuidarse, participar, es decir crear nuevas redes con lazos afectivos, con ternura⁷. La circulación de saberes entre miembros de colectivos que pocas veces tienen ocasión de interactuar, genera reestructuraciones en las formas de pensar de estudiantes, comunidad y docentes: desinvisibilizan los prejuicios, necesariamente los ponen en discusión, crean la posibilidad de nuevos equilibrios, más amplios, inclusivos. Podemos afirmar que se está trabajando en el ejercicio de los derechos humanos, con sentido amplio y entendiendo

⁷ Chardon, Ma. Cristina; Arce, Liliana; 2010, Ponencia “Saberes y Vida Cotidiana. Algunas conceptualizaciones sobre participación” en 1º Congreso de la Universidad Pública “Pensar la Educación Superior en el marco del Bicentenario”, UADER, Paraná, Entre Ríos

que la justicia necesita tanto de reconocimiento social, como de redistribución política, porque queremos una comunidad que ejerza sus derechos ciudadanos, con salud, educación, participación y organización social, promovemos el trabajo conjunto y necesitamos el compromiso de todos y todas.

Bibliografía

Cella, Adriana ; Polinelli Silvia; 2008, “*Nuevos desafíos en Terapia Ocupacional comunitaria*” en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Nuevos_desafios_Terapia_ocupacional_comunitaria.shtml

Chardon, María Cristina; 2010, “*Cuidados y vida cotidiana*” en Herrera Marcos (editor) *Transformaciones en el espacio público*. UNQ En prensa.

Chardon; Maria Cristina, 2008, *Proyecto Entramando Comunidad y Universidad*, Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Quilmes.

Chardon, María Cristina; Arce, Liliana, 2010, Ponencia “*Voluntariado Universitario: formando profesionales con compromiso social*” en Congreso Internacional de Terapia Ocupacional: Chile-2010-Woft: “*Ocupación desde Latinoamérica*”, Santiago de Chile, Chile.

Chardon, María Cristina; Borakievich, Sandra; 2009, Ponencia “*Trabajo en redes, producción de pensamiento crítico y democratización del espacio público*” *Reflexiones a partir de experiencias en Investigación y Extensión en la Universidad Nacional de Quilmes*, en Congreso Internacional Rosario “*Profundizando la Democracia como forma de Vida*”, Rosario, Argentina.

Chardon, Ma. Cristina; Arce, Liliana; 2010, Ponencia “*Saberes y Vida Cotidiana. Algunas conceptualizaciones sobre participación*” en 1º Congreso de la Universidad Pública “*Pensar la Educación Superior en el marco del Bicentenario*”, UADER, Paraná, Entre Ríos

Kronenberg, Simo Algado, Pollard; 2006 “*Terapia Ocupacional sin Fronteras*” *Aprendiendo del espíritu de supervivientes*, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Madrid.

Montero, Maritza; 1994, “*Vidas paralelas: psicología comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos*”, en M. Montero (coord.), *Psicología social comunitaria. Teoría, método y experiencia*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, México. pág. 19-46.

Montero, M (2006) *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Paidós. Buenos Aires

Prilleltensky, Isaac; 2004, “*Prologo. Validez sociopolítica: el próximo reto para la psicología comunitaria*” en: Montero, M “*Introducción a la psicología comunitaria*”. , Paidós. Buenos Aires, pp. 13-33.

Rosenfeld, Mónica; 2005, *Cuadernos de Observatorio Social: “Dilemas de la Participación Social: El encuentro entre las Políticas Públicas y la sociedad Civil”*, N° 7, Universidad Nacional de Quilmes.

Sánchez Vidal, Agustín; 1996, *“Manual de Psicología Comunitaria: un enfoque integrado”*. Editorial Pirámide. Madrid, España.

Solangel García, 2007, *“El Terapeuta Ocupacional como gestor social de la calidad de vida de la población”*, Bogotá, Colombia.

Vega Ma. Carlota; 2007, *“El enfoque de la prevención primaria y el abordaje comunitario como objeto de estudio de Terapia Ocupacional”*. Mar del Plata, Argentina.

Vygotsky, Lev Semionovich; 1978, *“La mente en sociedad”*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.

Consentimiento Informado

Para las intervenciones de Terapia Ocupacional

Laura Rueda C.

Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Filosofía. Magíster en Bioética, Profesora Asociada docente.
Facultad de Medicina, Centro interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile

Montenegro Medina.
Maria Angélica.

Correo electrónico: lrueda@med.uchile.cl

Resumen

El consentimiento informado (CI) representa el desarrollo de un proceso de intercambio de información, entre el profesional de la Terapia Ocupacional y las personas que recibirán la asistencia, o participarán en una investigación de la disciplina. La condición básica para que éste se efectúe es el establecimiento de la relación interpersonal¹, la que, en este contexto se denomina relación clínica. Este proceso se completa cuando la persona que recibe información, confirma voluntariamente la aceptación del tratamiento o el deseo de participar en la investigación, según sea el sentido que tenga el CI.

La aplicación de este procedimiento en situaciones clínicas relacionada con la salud de niños y adolescentes o personas con disminución de las capacidades cognitivas; nos enfrenta a la interrogante sobre qué condiciones son las indicadas para comprender las consecuencias de decisiones y la capacidad para aceptar o negarse a participar en la intervención. De igual forma, las personas afectadas psicológicamente para dimensionar las situaciones de autocuidado, no puede excluirlas del proceso en que se les informe sobre las alternativas terapéuticas que enfrenta. Estas situaciones, generan las principales dificultades que se enfrentan al aplicar el proceso del CI.

El presente estudio, analiza las principales dificultades que se presentan al aplicar el CI en Terapia Ocupacional y expone las salidas que desde los principios bioéticos de han propuesto.

Introducción:

La formalización de este proceso se inicia como condición de éticidad de las investigaciones (intervenciones en salud) en que participan seres humanos, en la proclamación del código de Nüremberg en 1947 (donde se menciona como consentimiento voluntario). Durante las siguientes regulaciones, Helsinki desde 1964 en adelante y CIOMS en 2000 se plantea consistentemente la trascendencia del CI como principio ético.

Según el Código de Nuremberg sólo las personas mentalmente competentes pueden ser sujetos de intervención, cuestión que fue ampliada en la Declaración de Helsinki hacia las personas con discapacidad mental y los menores de edad mediante la introducción del consentimiento del representante o tutor legal. No sólo los criterios varían a través del tiempo, sino que además los mismos criterios pueden ser interpretados en forma diferente².

Su finalidad es asegurar que los individuos participen de una intervención, sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Se relaciona directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, debiéndose tener especial precaución en la protección de grupos vulnerables.

Marco Conceptual

En el proceso de aplicación de un consentimiento informado para el desarrollo de una intervención en salud / investigación científica, se manifiesta la competencia de una persona para tomar voluntariamente la decisión de aceptar participar. Este concepto subyace en la libertad de decisión, sinónimo de dignidad humana y soporte de la convivencia social basada en la tolerancia y el respeto.³

Existen tres elementos principales en la doctrina del consentimiento informado:

1.- La información que se brinda a las personas.

Debe ser entregada en un lenguaje y forma que sea comprensible. Entre los datos básicos que deben aportarse está el propósito de la intervención, los procedimientos que serán realizados, los posibles riesgos, los beneficios anticipados y de qué manera la información obtenida se mantendrá confidencial.

2.- La capacidad de las personas de entender la información.

Ello, no se trata del nivel educacional de los sujetos sino, su capacidad mental. Este elemento es complejo, en especial cuando se trabaja con niños, ancianos, o enfermos mentales. Pero, hay diversas formas de adaptar la información para que sean comprendidas por estas personas, basadas en la responsabilidad ética de extender los beneficios para ellos. Así, el mecanismo para dar consentimiento, en estos casos, es necesario obtener el permiso de alguien que acompañe el proceso del CI. Este acompañante sería otra persona que pueda defender los intereses del sujeto.

3.- La voluntariedad con que las personas dan consentimiento.

Con respecto a este elemento, lo esencial es que las personas sepan que tienen la opción de participar o no en las intervenciones y que tienen el derecho a retirarse en cualquier momento.

4.- El Respeto a las personas participantes⁴ Implica al menos cinco actividades diferentes, que deben realizarse incluso después que los sujetos han firmado su consentimiento informado:

- a) Se debe permitir que cambie de opinión, se decida que la intervención no concuerda con sus intereses y preferencias, y a retirarse sin sanción.
- b) Se debe respetar su privacidad en la información que suministre, de acuerdo con reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.

- c) Se debe proporcionar a las personas, de inmediato, cualquier información nueva que surja en la intervención misma o sobre su situación participativa, que vaya en su beneficio, aunque eso signifique que se retire de la actividad o del estudio.
- d) Debe vigilarse cuidadosamente el bienestar de la persona a lo largo de su participación, por si experimenta reacciones adversas o suceden situaciones de riesgo. Es obligación del profesional preocuparse de otorgar al sujeto la atención de salud que requiera en tales casos.
- e) Se debe informar a los sujetos sobre los resultados de la intervención, tanto sean parciales, durante el proceso, como los contenidos del informe final al término de la intervención y efectuar un seguimiento.

Material y Método:

Se establecen en 2 etapas:

PRIMERA ETAPA: Revisión de los documentos de consentimiento que se han usado.

SEGUNDA ETAPA: Discusión con personas no relacionadas con el tema. (a través de 2 Grupos Focales)

Este estudio, revisa 40 documentos de consentimiento e información dirigidos a los participantes de distintos procedimientos aplicados en el centro de Salud. Los documentos son apartados a objeto de identificar:

1. Construcción de textos que ocasionan confusión (según percepción de la investigadora)
2. Legibilidad de la comunidad (según percepción de los miembros de la comunidad)

Ello nos brinda la oportunidad de proponer un modelo para la aplicación del consentimiento informado, adecuado a los requerimientos socioculturales de nuestra comunidad.

Se aplica una metodología analítica descriptiva, con énfasis en las revisiones conceptuales y examen cualitativo del material.

- La revisión de la construcción narrativa, expresiones de conceptos científicos en los consentimientos informados se hará de mediante un análisis del texto., desde la percepción de la investigadora de este estudio.
- La revisión de la comprensión del texto de los documentos de consentimiento informado se hará mediante la técnica de grupo focal, con personas de la comunidad local.

La información de cada uno de los aspectos anteriormente descritos es consolidada en una planilla de recolección de datos, quedando representados cada uno de ellos en una columna de dicha planilla.

RESULTADOS

PRIMERA ETAPA

En ésta primera fase del estudio, se revisaron 40 documentos de consentimientos informados donde 32 (80%) de ellos, contienen párrafos con términos y conceptos técnicos que propenden a varias interpretaciones de las personas que no pertenecen al ámbito de la investigación científica.

SEGUNDA ETAPA:

Se desarrollan 2 tipos de grupos:

Grupo Focal 1:

Asisten voluntariamente a participar del estudio 25 jóvenes (19 -26 años), con enseñanza media completa, de ambos sexos que se capacitan en enfermería, en el Centro de Salud Familiar. Son pobladores de sector geográfico de Centro, que se encuentran desarrollando talleres de capacitación con el objetivo de asumir roles en la autogestión en salud, en concordancia con los principios de salud comunitaria. Una fuerte motivación de estos jóvenes es también, adquirir herramientas para acceder a trabajos.

Grupo Focal 2:

Participan usuarios del Servicio de Salud Publico (24), ellos asisten habitualmente al Consultorio Atención primaria y hospital, para su atención en salud. Estas personas son reclutadas de las salas de esperas de los servicios; se les motiva e invita a participar al taller discusión de "palabras médicas"

Para ambos grupos, se presenta una guía de trabajo. En ella, se presenta una lista de los conceptos claves, en el grupo se discute para decidir si se entiende, no se entiende y los comentarios al respecto.

En la siguiente Tabla, se presentan las afirmaciones finales entorno a si se entiende o no, cada concepto clave:

	Conceptos Claves	Focus Group 1	Focus Group 2
1	Conocimientos útiles	NO	NO
2	Estudio experimental	NO	NO
3	Ejercicio de imitación	NO	NO
4	Psicoeducación	NO	NO
5	Tratamiento Ficticio	SI	NO
6	Biomarcadores	NO	NO
7	Alianza Terapéutica	SI	NO
8	Efectos secundarios	NO	NO
9	Umbral de dolor	NO	NO
10	Síndrome Neuroléptico maligno	NO	NO
11	miofeedback	NO	NO
12	Liberación prolongada	NO	NO
13	Drogas recreacionales	NO	NO
14	Crecimiento epidérmico	SI	NO
15	Equilibrio Ocupacional	NO	NO
16	Efecto terapéutico	SI	NO

La Tabla tiene en la columna dos, 16 conceptos claves que se seleccionan de la primera etapa del estudio. Los términos validados en su calidad de inentendible, por 30 estudiantes de primer año de profesiones de la salud.

El grupo de jóvenes en proceso de capacitación como monitores de salud, sólo identifican 4 conceptos de 16 (25%). El grupo de usuarios del centro de salud, no logran definir los conceptos en su totalidad.

DISCUSIÓN:

Hay clara confirmación con respecto a los conceptos establecidos como incompresibles para las personas. Los usuarios del centro de salud no conocen los conceptos, y las personas que participan en los talleres de capacitación encuentran sólo familiar algunos términos.

Los usuarios comentan que lo mismo les ocurre al revisar la información que aparece en los folletos que vienen con los medicamentos, no se entiende lo que ello explica.

Aparece el fenómeno de la “interpretación errada”, en circunstancias sociales es vergonzoso reconocer que no se entiende la información. En el contexto de verticalidad, donde se establece la relación interpersonal, tendiente a efectuar un consentimiento informado; los participantes suelen preferir decir que si entiende o si están de acuerdo, para no perder la oportunidad de acceder al producto en juego. Sólo en un ambiente de confianza las personas expresan no saber lo que las palabras significan.

Se requiere, como primer requisito para el real proceso de aplicación del consentimiento informado, un puente cultural representado en una persona con habilidades específicas para conocer la terminología usada en la redacción de los documentos y también conocer la forma habitual de comunicarse de las personas del lugar. Ellos, asumirían el rol de **Facilitadores Culturales**. La adaptación se centra en la interacción del facilitador, como puente legocientífico.

Conclusión

- A. Los grupos de personas participantes en las intervenciones / investigaciones de terapia ocupacional, corresponden (en el marco de la ética) a la categoría de poblaciones vulnerables. Es decir, aquéllas referidas a sujetos cuya capacidad de emitir juicios y tomar decisiones se encuentra disminuida en virtud de alguna discapacidad o posición en la vida.
- B. La condición de vulnerabilidad exige la mayor precaución ética, que en temas de la terapia ocupacional gira en torno a: la aplicación de un real consentimiento informado y el respeto permanente por los sujetos participantes.
- C. Se debe tener como consideración general, además, que la aplicación del CI incluye el respeto por la cultura y el reconocimiento de las formas básicas de la organización social. Esto, asociado a la sociabilidad, establecida a través de las relaciones interpersonales. Y, en este caso, el respeto ético debe considerar la formulación de un CI con sentido cultural, que debería ser resuelto con la participación de los actores muchos más concientes y vigilantes.

Bibliografía Citada

¹ PALOMER R, Leonor. Consentimiento informado en odontología: un análisis teórico-práctico. *Acta bioethica*. [online]. 2009, vol.15, n.1, pp. 100-105. ISSN 1726-569X.

² Ferrer, M. Equidad y justicia en salud. Implicancia para la bioética. *Acta Bioethica* año IX. Nº 1 – 2003 p. 113 – 125

³ Zavala, M. Garduño, A. Consentimiento informado de los niños, ¿son capaces de decidir? *Acta Pediatría México* 2002; 23 (1): 1-3.

⁴ Rueda, L. "Consideraciones éticas en las investigaciones de terapia ocupacional" Chilena de Terapia Ocupacional Escuela de Terapia Ocupacional. Facultad de Medicina. Universidad de Chile ISSN 0717 – 6767 Noviembre 2004

Bibliografía Complementada

CIOMS Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas; 2000

G. Rascio, A. y Bajardi, M. La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. *Acta bioethica*. [online]. 2005, vol.11, n.2, pp. 169-181. issn 1726-569x

Macias, A. El consentimiento informado en Pediatría. *Revista Cubana Pediatría* 2006; 78 (1)

Rueda, L. Consentimiento informado en niños y adolescentes. *Ars Médica* 2008 Nº 16. Pág.19 - 31

Salas, R. Ética Intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos (Re) lecturas del pensamiento latinoamericano. Ediciones UCSH. Santiago Chile. 2003La Rocca, S. Martínez,.

Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin (Barc)* 1992; 100: 659-663

“Construyendo vínculos entre niños y adultos mayores a través del juego”

Voluntariado Universitario 2010. Convocatoria del Bicentenario. Ministerio de Educación de la Nación. Secretaría de Políticas Universitarias.

Finauri, María Laura

mlfinauri@unq.edu.ar/ mlfinauri@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Quilmes

TÍTULO DEL TRABAJO:....Voluntariado Universitario 2010. Convocatoria del Bicentenario. Ministerio de Educación de la Nación. Secretaría de Políticas Universitarias.

“Construyendo vínculos entre niños y adultos mayores a través del juego”

Dicho proyecto ha sido seleccionado por el Ministerio de Educación de la Nación, Secretaría de Políticas Universitarias dentro del Programa Nacional de Voluntariado Universitario. Año 2010. Convocatoria del Bicentenario.

El proyecto propone construir un espacio, por un lado recreativo en el Barrio La Terraza de Ezpeleta, partido de Quilmes, cuyos protagonistas son niños de entre 5 y 10 años en situación de riesgo. Por otro lado desarrollar un Taller de construcción de juguetes con Adultos Mayores en la Universidad Nacional de Quilmes en el marco de los Talleres para la Tercera Edad que se llevan a cabo desde 1999.

Ambos espacios serán articulados a partir de Jornadas Recreativas de Integración que promuevan el intercambio de experiencias y vivencias utilizando los juguetes confeccionados en el Taller como vínculo entre ambos grupos etéreos. Dichas Jornadas se realizarán en la Universidad y en el Barrio con el objetivo de posibilitar el intercambio entre ambas realidades.

Objetivos del Proyecto:

- Estimular la exploración del juego como ocupación fundamental del niño.
- Generar un espacio de encuentro intergeneracional entre niños, adultos mayores y estudiantes universitarios.
- Profundizar el rol de la Universidad en el ámbito comunitario

Todas las actividades están supervisadas por la Directora del Proyecto Lic. María Laura Finauri y coordinadas por alumnos de las Licenciaturas en Terapia Ocupacional y Comunicación Social de la Universidad Nacional de Quilmes.

De ser considerado importante se adjuntarán fotos o video de las actividades realizadas en los encuentros.

“Construyendo vínculos entre niños y adultos mayores a través del juego”

Voluntariado Universitario 2010. Convocatoria del Bicentenario. Ministerio de Educación de la Nación. Secretaría de Políticas Universitarias.

Ante la Convocatoria Voluntariado Universitario Bicentenario 2010 realizada por el Ministerio de Educación de la Nación. Secretaría de Políticas Universitarias, un grupo de alumnos de la Universidad Nacional de Quilmes propone presentar la propuesta que se detalla a continuación.

Quién dirige el proyecto, Lic. María Laura Finauri propone a los alumnos la temática basada en una experiencia del año 2010 en el Barrio San Sebastián II de Quilmes que se realizó en el marco del proyecto Entramando, también de la UNQ dirigido por la Dra. María Cristina Chardon.

El presente proyecto fue aprobado en el Marco de la Convocatoria del Bicentenario y se lleva cabo en la Universidad Nacional de Quilmes con la participación voluntaria de alumnos de las Licenciaturas en Terapia Ocupacional y Comunicación Social, quienes en forma conjunta coordinan las actividades.

El proyecto se desarrolla por un lado en el ámbito de la Universidad donde tienen lugar los Talleres de Construcción de Juguetes y por otro lado el Barrio La Terraza, Ezpeleta, Partido de Quilmes, donde se realizan las Jornadas Recreativas.

El proyecto abre un espacio intergeneracional en el cual participan Adultos Mayores en la construcción de juegos y juguetes y niños de entre 5 y 10 años, en situación de riesgo disfrutando de las jornadas recreativas. Los juegos y juguetes son el medio de articulación entre los dos grupos etáreos y se construyen en diferentes materiales: madera, tela, cartón, materiales descartables.

Los Talleres se desarrollan en el ámbito de la Universidad con una frecuencia semanal, en dos franjas horarias diferentes y las jornadas en el Barrio se realizan quincenalmente, los días sábado por la mañana.

Las actividades comenzaron a desarrollarse en diciembre de 2010 y luego del receso de verano se retomaron regularmente. La convocatoria de los Adultos Mayores se realizó en el ámbito de los Talleres de Tercera Edad que funcionan en la UNQ desde 1999, en Centros de Jubilados y Clubes de la Tercera Edad. Las Jornadas Recreativas se desarrollan con la presencia de 90 niños promedio y 10 alumnos de la Universidad.

Para los Talleres y las Jornadas Recreativas la Directora del Proyecto ha designado dos alumnas en cada espacio para coordinar las actividades obteniendo un resultado satisfactorio.

Los alumnos de Terapia Ocupacional trabajan desde el Juego, principal ocupación de la infancia y los alumnos de Comunicación Social desde su área específica que les permite registrar los hechos con fotografías y videos y difundir las actividades por medio de la gráfica.

La ejecución del proyecto finaliza en septiembre 2011.

Ante la Convocatoria del Ministerio de Educación para dar continuidad a los Proyectos de Voluntariado Universitario se ha presentado nuevamente el Proyecto solicitando la renovación del mismo para el período 2011-2012.

Bibliografía:

Bermejo García, Lourdes. 2010. "Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores". Editorial Médica Panamericana. (Madrid). I. Capítulo 6. 211-218.

Ferland, Francine. 2005. "¿Jugamos?". Narcea S.A. de Ediciones. (Madrid). I. 18 -28 y 76 a 84.

Polonio López; Castellanos Ortega; Viana Moldes. 2008. Terapia Ocupacional en la Infancia. *Teoría y Práctica*. Editorial Médica Panamericana. (Madrid). I. 1-77 y 241-251.

CONTRIBUCIONES DE LA APLICACIÓN DE TAPING NEUROMUSCULAR AL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PEDIATRÍA: ESTUDIO DE UN CASO.

Autora: Lic. En Terapia Ocupacional Anderson, Mariela
Correo electrónico: andersonmariela@yahoo.com.ar

RESUMEN

El Taping neuromuscular es una herramienta que ha cobrado importancia dentro la Terapia Ocupacional.

La utilización del Taping en conjunto con el tratamiento regular de Terapia Ocupacional puede contribuir a mejorar la función motora de los miembros superiores.

El Taping puede ser utilizado con distintos propósitos, para favorecer o inhibir la activación muscular, para brindar estabilidad a una articulación, para mejorar la circulación linfática, para disminuir el dolor y para mejorar una función.

El propósito del presente trabajo es mostrar los efectos de la aplicación de Taping neuromuscular como contribución al tratamiento de Terapia Ocupacional para mejorar las habilidades motoras y la participación en las ocupaciones de una paciente con diagnóstico de parálisis cerebral.

MÉTODO:

Se describe a continuación un caso en el que se utiliza el Taping Neuromuscular como parte del tratamiento de Terapia Ocupacional en el área de pediatría.

CONCLUSIÓN

A lo largo del tratamiento de Terapia Ocupacional, en el cual se ha utilizado el Taping Neuromuscular como herramienta para incrementar la información propioceptiva y mejorar la función motora de la extremidad superior, se ha observado un incremento de las habilidades motoras que ha logrado mantenerse sin la aplicación del Taping.

Si bien los resultados obtenidos en el tratamiento no pueden ser atribuidos en forma absoluta a la aplicación del Taping Neuromuscular, es importante destacar sus beneficios en el mismo y la importancia de la incorporación de nuevas estrategias en el tratamiento.

INTRODUCCION

El Taping neuromuscular es una herramienta que ha cobrado importancia dentro la Terapia Ocupacional.

La utilización del Taping en conjunto con el tratamiento regular de Terapia Ocupacional puede contribuir a mejorar la función motora de los miembros superiores.

El Taping puede ser utilizado con distintos propósitos, para favorecer o inhibir la activación muscular, para brindar estabilidad a una articulación, para mejorar la circulación linfática, para disminuir el dolor y para mejorar una función.

La adecuada utilización del Taping depende de una correcta evaluación y de una apropiada técnica de colocación. Utilizado apropiadamente, el Taping es una herramienta útil dentro del tratamiento de Terapia Ocupacional.

Un estudio consultado¹ realizado en una población pediátrica muestra que la función motora de la extremidad superior mejora luego de la aplicación del Taping. Sin embargo, menciona que se requieren futuras investigaciones para determinar la efectividad del uso del Taping y sus efectos sobre las habilidades motoras una vez que este ha sido removido; ya que manifiesta que el incremento funcional en las habilidades motoras observado luego de tres días de la aplicación puede deberse a una combinación de factores diversos, tales como el input sensoriomotor brindado por la cinta, el tratamiento proporcionado y la probable recuperación espontanea de los niños.

El propósito del presente trabajo es mostrar los efectos de la aplicación de Taping neuromuscular como contribución al tratamiento de Terapia Ocupacional para mejorar las habilidades motoras y la participación en las ocupaciones de una paciente con diagnóstico de parálisis cerebral.

DESARROLLO

Rocío, de 2 años de edad, ingresa a Terapia Ocupacional, derivada por su médico pediatra, con diagnóstico de Parálisis Cerebral, hemiparesia derecha espástica.

A la evaluación inicial presentó un nivel 1 en Gross Motor Function Clasification System (GMFCS), indicando que era capaz de realizar transiciones a y desde sedestación y bipedestación sin ayuda del

¹ Audrey Yasukawa, Payal Patel, Charles Sisung (2006) "Pilot Study: Investigating the Effects of Kinesio Taping® in an Acute Pediatric Rehabilitation Setting". American Journal of Occupational Therapy. , **Volumen 60**, Numero 1. Pág. 104-110

adulto, de mantenerse sentada en el suelo con las manos libres para manipular objetos y de andar como medio de movilidad preferido sin necesidad de ayudas.

Su desempeño en las actividades de la vida diaria era acorde a la edad.

En relación a las habilidades motoras se observó que la niña no lograba integrar el miembro superior derecho en forma espontánea en las actividades diarias.

No se observaron dificultades en las destrezas motoras gruesas para la edad, a excepción del gateo.

La evaluación inicial del miembro superior derecho mostró rango pasivo de movimiento conservado, postura en rotación interna de hombro, flexión de codo, pronación de antebrazos, flexión de muñeca, pulgar aducido.

No era capaz de iniciar movimientos activos en forma espontánea, aunque ocasionalmente lograba apertura de la mano, con disociación del dedo índice. Se observó disminución de la sensibilidad táctil superficial y profunda.

Se inició tratamiento de Terapia Ocupacional desde un enfoque orientado al desarrollo de habilidades empleando la metodología de Neurodesarrollo a través de actividades de juego, trabajando con equipamiento fijo y móvil, con el objetivo de favorecer la rotación de tronco y mejorar la función del miembro superior derecho para alcanzar objetos a diferentes alturas, y la función manual para la toma y liberación de objetos.

Desde el inicio del tratamiento se aplicó como preparación en todas las sesiones Taping neuromuscular con la finalidad de:

- Facilitar la extensión de muñeca y de 1º, 2º y 3º dedos para facilitar la función manual.
- Brindar alineación biomecánica en MSD a través de la facilitación de la supinación para mejorar la función de MSD.
- Facilitar la pinza posicionando el pulgar en oposición.
- Proporcionar estímulo propioceptivo a los músculos extensores de muñeca y dedos, supinadores de antebrazo, abductor y oponente del pulgar para mejorar su posibilidad de activación muscular.

Luego de cinco meses de tratamiento, se observa un marcado incremento en la función manual de Rocío.

Sin la utilización de Taping, actualmente la niña es capaz de alcanzar objetos con MSD hasta 90° en diferentes planos, tomar y soltar objetos de diferentes tamaños con mano derecha. Se observa además, mejor integración espontánea de MSD en actividades bimanuales durante el juego y muestra mejoría en las reacciones de equilibrio y movimientos posturales de ajuste.

Rocío es capaz de utilizar ambas manos durante el juego, de utilizar su mano derecha de apoyo en la actividad de alimentación y de participar en las actividades de vestido, higiene y arreglo personal acorde a su edad.

CONCLUSIÓN

A lo largo del tratamiento de Terapia Ocupacional, en el cual se ha utilizado el Taping Neuromuscular como herramienta para incrementar la información propioceptiva y mejorar la función motora de la extremidad superior, se ha observado un incremento de las habilidades motoras en la niña. Esta mejoría en las habilidades funcionales de la niña ha logrado mantenerse sin la aplicación del Taping.

Si bien los resultados obtenidos en el tratamiento no pueden ser atribuidos en forma absoluta a la aplicación del Taping Neuromuscular, es importante destacar sus beneficios en el mismo y la importancia de la incorporación de nuevas estrategias en el tratamiento.

REFERENCIAS

- Audrey Yasukawa, Payal Patel, Charles Sisung (2006) “Pilot Study: Investigating the Effects of Kinesio Taping® in an Acute Pediatric Rehabilitation Setting”. American Journal of Occupational Therapy. , **Volumen 60**, Numero 1. Pág. 104-110
- Audrey Yasukawa, Patricia Martin, Kenzo Kase. (2006) “Kinesio Taping in Pediatrics. Fundamentals and Whole Body Taping. Infant to Adolescent. Full Colour. Step by step.” Kinesio (USA)
- Ewa Jaraczewska and Carol Long (2006) “Kinesio® Taping in Stroke: Improving Functional Use of the Upper Extremity in Hemiplegia” Top Stroke Rehabil **13(3)**:Pág. 31–42.
www.thomasland.com
- Jiu-Jenq Lin,* Cheng-Ju Hung, Pey-Lin Yang (2011) “The effects of scapular taping on electromyographic muscle activity and proprioception feedback in healthy shoulders” Journal of Orthopaedic Research. Pág. 53-57.
- Josya Simonsma J. 2007 “TNM Manual” Editorial Aneid Press. 2da. Edición. (Portugal.)
- Peter Miller, Peter Osmotherly, (Does Scapula Taping Facilitate Recovery for Shoulder Impingement Symptoms? A Pilot Randomized Controlled Trial). The journal of manual & manipulative therapy. **Volumen 17 número 1** Pág. 6-13

De la Gran Vía a un camino de salida

Autor: Lic. en T.O. Silvia E. Narváez

Correo electrónico: senarvaez@yahoo.com.ar

Resumen del trabajo

Este trabajo se basa en una experiencia que comenzó a gestarse recientemente y se encuentra en pleno desarrollo. Se trata de una iniciativa grupal, única hasta ahora en el marco de los Emprendimientos Sociales de Salud Mental del GCBA en el área de adultos y tiene como objetivo acompañar el ingreso al mercado laboral de las personas en situación de vulnerabilidad cuando han sido ya capacitadas a través de dispositivos de empresas sociales, para una salida independiente y de afianzamiento en el mercado laboral. Se trabaja en 2 vertientes principales: la económica y la de inclusión socio-laboral de sus integrantes.

Se trata del emprendimiento tutelado *DS* integrado por usuarios provenientes de YBYTU Vientos de Cambio, emprendimiento social de salud mental incluido en el Programa de Emprendimientos Sociales de Salud Mental que funciona desde 1997 en el Hospital J T Borda. Las personas que participan en *DS* han cumplido con las instancias esperadas en el pasaje por el emprendimiento y con interés para intentar una salida independiente y de afianzamiento en el mercado laboral. Integran este espacio: › Una microempresaria creadora de la idea de producto e implementación en el rubro “moda y complementos”, quien realiza la propuesta de Negocio y el Plan de capacitación y comercialización. › Usuarios provenientes del Emprendimiento Social YBYTU › Referente e integrantes de la ONG *Yonofui* › Alumna de la carrera de Terapia Ocupacional y Alumno de la carrera de diseño industrial para apoyo en la producción y difusión › Terapeuta Ocupacional coordinadora de YBYTU que realiza gestiones y acompaña el proceso, facilita la comunicación y la organización entre los integrantes.

Las intervenciones de Terapia Ocupacional en el mismo están destinadas a la Gestión y Autogestión en diferentes niveles. También intervenciones que impliquen el sostenimiento y desarrollo del espacio, optimización del tiempo y recursos buscando adecuado clima de trabajo e intercambio entre los integrantes.

Texto del Trabajo

El programa de emprendimientos sociales en salud mental del GCBA (1) refiere como posibles egresos de los usuarios de estos dispositivos distintas modalidades, entre ellas encontramos:

- Trabajo formal
- Autoempleo
- Reinserción en educación formal e informal
- Inserción en cursos o carreras
- Ingreso a otras formas asociativas laborales cooperativas, mutuales
- Emprendimientos tutelados, asistidos por el programa durante aproximadamente un año de duración

Describiré en este trabajo una iniciativa única hasta ahora en el marco de este programa en el área de adultos basada en esta última modalidad, que tiene como objetivo acompañar el ingreso al mercado laboral de las personas en situación de vulnerabilidad cuando han sido capacitadas a través de dispositivos de empresas sociales para una salida independiente y de afianzamiento en el mercado laboral.

Se trata del emprendimiento de salida *DS* que se inició hace 4 meses con usuarios provenientes de YBYTU Vientos de Cambio, emprendimiento social incluido en el Programa de Emprendimientos Sociales de Salud Mental que funciona desde 1997 en el Hospital J T Borda. Las personas que participan en aquel, han cumplido con las instancias esperadas en el pasaje por el emprendimiento y que han manifestado interés por iniciar y participar de este trabajo, luego de una propuesta general al grupo de usuarios de YBYTU.

Es una salida laboral con apoyo, que consiste en promocionar a las personas en ese área específica, incentivando las propias capacidades y las del grupo(2), creando un espacio de trabajo basado en el desarrollo de un proceso productivo que lleve a la rentabilidad económica y posibilite el egreso definitivo del emprendimiento social en aproximadamente un año. Para ese entonces se espera como resultado, un grupo

consolidado, autogestivo y maduro en cuanto a su funcionamiento y con capacidad de producción con rentabilidad económica que permita la sustentabilidad del mismo.

Componentes de *DS*

- Una empresaria creadora de la idea de producto (novedoso, exclusivo, ecológico y con valor social) y de implementación de la misma en el rubro “moda y complementos”, es quien realiza la propuesta de Negocio y el Plan de capacitación y comercialización.
- Usuarios provenientes del Emprendimiento Social YBYTU que trabajan en la recolección, acondicionamiento de la materia prima y confeccionan modelos
- Referente de la ONG *Yonofui* quien supervisa producción general y confecciona
- Integrantes de esta organización que hacen confección y realizan terminaciones de los productos
- Alumna de la carrera de Terapia Ocupacional apoyo en la producción
- Alumno de la carrera de diseño industrial apoyo en la producción y difusión
- Referente Terapeuta Ocupacional coordinadora de YBYTU gestiona y acompaña el proceso y facilita comunicación y organización entre los integrantes.

Se trabaja en 2 vertientes principales:

- la económica
- y la inclusión socio-laboral

Siendo imprescindible:

- La consolidación económica del negocio por parte de la empresaria de quien depende la comercialización, con el valor agregado del cuidado del medio ambiente a través del reciclado y la valoración social del grupo de integrantes productores.
- El ajuste la productividad a los requisitos de rendimiento requeridos por esta empresa
- El fortalecimiento de un equipo de trabajo con calidad en las relaciones y que sea autogestivo.

Las acciones llevadas a cabo hasta ahora son:

- La capacitación en confección de productos de diferentes modelos que fue dado por la microempresaria ideóloga de la propuesta, quien estuvo formando a los usuarios interesados.
- El Seguimiento y mejoras en la calidad de los modelos propuestos. Trabajan en una parte de la producción los usuarios de salud mental y en otra de elaboración y terminación de los productos las integrantes de *Yonofui*. (Asociación Civil y

Cultural sin fines de lucro) que trabaja en proyectos artísticos y productivos en los penales de mujeres de Ezeiza y con las mujeres que salen en libertad, siendo estas últimas las participantes de *DS*.

- Gestión de redes de conocimiento y difusión.

Es importante el mantenimiento y desarrollo de la producción a través de la cual el equipo percibe ingresos económicos acorde a la capacidad de recolección y preparación de la materia prima. También, el sostenimiento de hábitos laborales y organizativos por parte de los usuarios, (ya adquiridos a partir de la participación en el emprendimiento YBYTU) y las intervenciones terapéuticas en ese sentido. Considero substancial crear un plano de consistencia para la apertura hacia una salida conjunta, con el desafío de ser los hacedores del resultado de su trabajo.

Las intervenciones desde Terapia Ocupacional que facilitan el funcionamiento son las gestiones para conseguir lugares de recolección, logrando un espacio en una cooperativa de reciclado de residuos inorgánicos de donde se extrae la materia prima. Así como las referidas a la búsqueda de apoyo para el diseño de campaña de recolección y concientización del valor del reciclado, haciendo red con extensión universitaria de la Universidad de Buenos Aires en la Carrera de Diseño y actualmente en la búsqueda de un lugar de encuentro de los productores por fuera de YBYTU.

También intervenciones que impliquen el sostenimiento de espacios de intercambio sobre el futuro del negocio, optimización del tiempo y recursos buscando adecuado clima de trabajo.

*La idea de un plan de negocio que tuviera un corte social y de cuidado del medio ambiente fue propuesta por la empresaria que me contactó en mi último día de vacaciones en Madrid en febrero de 2010, de ahí el título de esta ponencia, ya que nos encontramos en un bar de la **Gran Vía**. Eso que pareció un sueño algo desatinado tal vez y con pocas expectativas de concreción, fue madurando en una idea concreta con colaboración de compañeras y amigos que estimularon para que esta propuesta cuasi delirante se pusiera en práctica, también con aquellos que contribuyen juntando lo que pueden de la materia prima en los pequeños contenedores, con YBYTU y el servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda que facilitó el espacio para la capacitación y la*

*Ong EN CAMINO CON OTRO que brinda apoyo. Es con todos estos aportes que se está construyendo y **DS** sigue en camino.*

Referencias Bibliográficas

- 1. Programa de Emprendimientos Sociales de Salud Mental , 2007.Resolución 893 /07 GCBA (Bs. As)

- 2. Romero Ayuso, Dulce, Moruno Millares Pedro, 2003.”Terapia Ocupacional Teoría y Técnicas” Ed. Masson (Barcelona) Páginas 387 - 390

Desarrollo de la conciliación del sueño

Aprendizaje temprano de la autorregulación del alerta en los primeros años de vida

Autor: Leive, Maria Lorena

Correo electrónico: loreleive@hotmail.com

Resumen:

El trabajo presenta un análisis teórico de la evolución de co-ocupación en ocupación de la conciliación del sueño en los primeros años de vida. Hace hincapié en la autorregulación del alerta como habilidad principal para el niño. Esta habilidad sienta sus bases y proyección a futuro en el procesamiento sensorial e impacta en el desempeño ocupacional presente y futuro del mismo.

El proceso de consolidación de la conciliación como ocupación es evolutivo, sincrónico, orquestado con las demás ocupaciones cotidianas, gradual en tiempo y espacio, flexible, y dependiente de la implicancia del cuidador en dicho proceso.

El aporte con este trabajo a Ciencias de la Ocupación e Integración Sensorial constituye el marco inicial de elaboración de abordajes para niños con dificultades en la transición del alerta y su consecuente impacto en el desempeño ocupacional cotidiano y a futuro.

Palabras claves: sueño, conciliación, autorregulación, alerta, co-ocupación.

Desarrollo de la conciliación del sueño

Aprendizaje temprano de la autorregulación del alerta en los primeros años de vida

El siguiente trabajo se desprende de un proyecto de investigación que tiene por finalidad la construcción de un instrumento de evaluación para Terapia Ocupacional de la conciliación del sueño. Dada la falta de conocimiento en nuestra profesión del desarrollo típico de la conciliación, es que se inicia un estudio para la descripción de la misma a partir del análisis de observaciones durante el desempeño de la ocupación, evaluación del desarrollo de los niños y entrevistas a los padres.

Este trabajo teórico tendrá como objetivo brindar un aporte a la Teoría de Integración Sensorial y a Ciencias de la Ocupación, a partir de la descripción de la conciliación del sueño como un proceso de construcción de una ocupación significativa en los primeros años de vida del niño.

El sueño es una actividad vital, restauradora de recursos energéticos reducidos, necesaria para la salud mental y física del individuo (1,2,3). La conciliación del sueño, paso previo al sueño, constituye una ocupación por estar impregnada de tareas en las que el niño se implica (1) reduciendo voluntariamente su nivel de alerta, acompañando así la inducción fisiológica de sus sistemas internos hacia el sueño.

La conciliación nace como una co - ocupación entre el cuidador primario, el cual para este trabajo se tomará principalmente a la madre, y el niño. Luego se irá consolidando en ese niño como una ocupación. Este proceso gradual y evolutivo refleja, como otras actividades propias de las primeras etapas de vida, que el niño requiere de la asistencia del adulto en la transición de una completa dependencia a una última independencia y de las habilidades de ese niño para adquirir competencia en este proceso. (4,5)

Ante la dificultad en la conciliación, se pone en riesgo la habilidad principal que la conciliación conlleva, que es la autorregulación frente a la transición en el alerta. Los niños que tienen esta dificultad, suelen tener también problemas en calmarse a sí mismos, así como sostener transiciones de una actividad a otra que impliquen un cambio en su alerta (6,7,8,9)

La autorregulación, contempla según Williams y Anzalone (9) a cuatro sistemas básicos: acción, atencional, emocional y el de alerta. De la sincronía en la interacción de estos sistemas dependerá el éxito de la adquisición de la independencia en la ocupación de conciliación del sueño. El niño precisará de integridad biológica para iniciar los procesos oscilatorios de su ritmo sueño y vigilia, pero será la capacidad de procesamiento sensorial que ocupa el centro del modelo de autorregulación, la que irá adecuando este ritmo al contexto socioambiental. La particularidad de este procesamiento en cada niño, es el que le dará un estilo propio a su modo de construcción y desempeño ocupacional cotidiano (10). Por ende, en cuanto a la conciliación del sueño, le dará características particulares en las estrategias de regulación del alerta que utilice por sí mismo o bien que reciba de su madre.

La organización del ciclo sueño – vigilia, provee la estructura temporo espacial necesaria que permite el inicial marco para la organización de las experiencias sensoriales que el niño recibe y procesa cotidianamente (11) y la posterior orquestación de ocupaciones en tiempo y espacio (12).

La organización particular de la conciliación tendrá una impronta muy importante en el desempeño ocupacional en cuanto a la regulación del alerta, asentando esta habilidad las bases necesarias para la interacción del individuo a futuro con el mundo que lo rodea. Esta interacción lo constituye el desempeño ocupacional (13).

La madre o bien el cuidador primario, será el marco referente. Tendrá la tarea de sincronizar los tiempos internos del niño con el tiempo social (4,11), favoreciendo así su adaptación temporal (14). El mayor desafío de la madre será el de poder descifrar y desafiar el procesamiento sensorial del niño promoviendo respuestas adaptativas que evolucionen la actividad con propósito (8,9,15) y la consecuente construcción y orquestación de las ocupaciones (4,16,17). Por otra parte deberá realizar una progresiva desvinculación de la tarea, para dar paso al desempeño del niño.

Uno de los principales logros de la díada en el proceso, será la posibilidad de la madre y en especial del niño, de tener flexibilidad frente a los cambios que la vida cotidiana impone. Esto permite que la habilidad de transición en los estados de alerta se fortalezca y flexibilice, logrando un amplio repertorio de respuestas adaptativas en el niño.

El ambiente que rodea al niño y a la madre será un factor imprescindible para la construcción de la ocupación de conciliación. El entorno social será de vital sostén para la madre y aportará el marco de referencia principalmente temporal, expresado en la orquestación de ocupaciones cotidianas (4,18,19). El entorno físico aporta todas las variables ambientales como ser los ciclos de luz y oscuridad (2), o la diferenciación de espacios que promuevan la estructuración de ocupaciones diferenciadas y orquestadas (4).

En conclusión, el estudio del desarrollo de la ocupación de conciliación de sueño constituye un importante aporte a la Teoría de Integración Sensorial y a Ciencias de la Ocupación dado que permite conocer de qué manera el niño se implica en el proceso de adquisición de la habilidad de transición de un estado de alerta a otro.

Será de vital importancia a futuro, describir las etapas en este desarrollo evolutivo, a fin de poder planificar estrategias de intervención en Terapia Ocupacional que se basen en el estudio del proceso de construcción de la ocupación de conciliación del sueño en los primeros años de vida del niño.

Referencias Bibliográficas:

1. Platón, Ma. José Ramos (Ed.), 1996. "Sueño y Procesos Cognitivos". Editorial Síntesis. (España)
2. Loughlin G.M., Carroll J.L., Marcus C.L. (Ed), 2000. "Sleep and Breathing in Children: A Developmental Approach". Marcel Dekker .(New York)
3. Howell, D., & Pierce, D., 2000. Exploring the forgotten restorative dimension of occupation: quilting and quilt use. *J. Occ Sci*; **7**, 2:68-73
4. Esdaile, Susan A., Olson, Judith A., 2004. "Mothering Occupations. Challenge, Agency and Participation" (Philadelphia) F.A. Davis
5. Zemke, R. & Clark, F. (Eds.), 1996. "Occupational Science: The evolving discipline". F.A. Davis. (Philadelphia)
6. Zero to Three, 1994. "Diagnostic classification 0-3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders in infancy and early childhood ". National Center for Infants, Toddlers and Families, (Washington)
7. Gomez, C.R., Baird, S., Jung, L.A., 2004. Regulatory Disorder Identification, Diagnosis, and Intervention Planinning. *Infants and Young Children*. **17**,4: 327-339.
8. DeGangi,G., 2000. "Pediatric Disorders of Regulation in Affect and Behavior: A Therapist's Guide to Assessment and Treatment". Academic Press. (San Diego,CA)
9. Williamson, G. G., Anzalone, M. E., 2001. "Sensory Integration and Self-Regulation in Infants and Toddlers: Helping very young children interact with their environment". Zero to Three. (Washington,DC).
10. Dunn, W., 2001. The sensations of everyday life: empirical, theoretical, and pragmatic considerations. *Am. J. Occ Ther*. **55**, 6: 608-620.
11. Feldman, R., 2006. From biological rhythms to social rhythms : Physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental Psychology*.**42**,1: 175-188
12. Roley S.; Blanche E.; Schaaf R., 2001. "Understanding the nature of sensory integration with diverse populations". *Therapy Skill Builders*. (San Antonio, TX)
13. Christiansen, Ch., Baum, C., 2005. "Occupational Therapy, Performance, Participation and Well Being". Slack ED. (Thorofare, NJ)
14. Kielhofner, G., 1977. Temporal adaptation: a conceptual framework for occupational therapy. *Am. J. Occ Ther*, **32**, 637-645.
15. Ayres, A. J., 1972. "Sensory integration and learning disorders". Western Psychological Services. (Los Angeles)
16. Zemke, R. & Clark, F. (Eds.), 1996. "Occupational Science: The evolving discipline". F.A. Davis. (Philadelphia)
17. Primeau, L.A., Clark, F., Pierce, D., 1989. Occupational Science alone has looked upon occupation: Future applications of occupational science to the health care needs of parents and children. *Occupational Therapy in Health Care*. **6**,4:19-32.
18. Larson, E. A., 2000. The orchestration of occupation: The dance of mothers. *Am. J. Occ Ther*, **54**: 269 – 280
19. Larson, E.A. & Zemke, R., 2003. Lives: The Social Coordination of Occupation. *J. Occ Sci* , **10**, 2: 80-89.

Este trabajo ha sido presentado en el II Congreso Latinoamericano y I Congreso Argentino de Integración Sensorial, en Octubre del 2009. Será reproducido en el Congreso Argentino de Terapia Ocupacional 2011, en forma parcial.

Desnaturalizar la vida cotidiana

Autor: T.O. Andrea Susana Monzón

Correo Electrónico: contemon@arnet.com.ar

Resumen:

Sin desconocer la indiscutida relevancia clínica que las actividades de la vida diaria representan para los terapeutas ocupacionales, este trabajo se aleja de visiones instrumentales para proponer una invitación a desnaturalizar la cotidianidad.

Objetivo:

Desenredar la trama invisibilizada del diario vivir para comprender que las cosas pueden ser hechas de otras maneras e interpelar nuestra vida como una construcción sociocultural, articulando lo micro y lo macro, la subjetividad individual con estructuras objetivas.

Material/ Método:

En base a conceptualizaciones que aportan pensadores como Marqués, Lefebvre, Lindón, Shütz, Heller, Montesinos, se articula alrededor del término AVD una reflexión donde dialoga lo particular y lo compartido; saberes y prácticas que resignifican acciones en una realidad histórico social que marca cómo pensamos, amamos, vivimos.

Resultados:

En este escenario de reproducción social donde coexisten el sujeto social y el sujeto individual, las contingencias individuales y sociales resquebrajan la habitualidad y determinan una situación de crisis.

Conclusiones:

Lo cotidiano, como escenario de ruptura, además de pérdida puede devenir en cambio. Una reflexión que exceda lo instrumental permitirá que, como articuladores sociales, enfoquemos nuestras prácticas en pos de una realidad portadora de nuevas formas de subjetividad individual y social.

Desnaturalizar la vida cotidiana

En los últimos años, la función docente me ha permitido volver a pensar junto a los estudiantes de terapia ocupacional la riqueza del concepto Actividades de la Vida Diaria. Lejos de definiciones, clasificaciones y su indiscutida relevancia clínica, descritas en la bibliografía de nuestra disciplina, este trabajo replica la misma invitación de las aulas: desnaturalizar la cotidianidad.

Aunque simplemente me refiero a pensar que las cosas pueden ser hechas de distintas maneras, resulta una tarea difícil desprenderme de mi predominio femenino, urbano, de clase media, inmersa en un universo cultural que incita al consumo de bienes materiales, para situarme en los innumerables detalles que conforman mi modo de vida y la de aquellos con quienes comparto mis andares.

La dimensión subjetiva cobra relevancia en una dimensión cultural donde múltiples formas de vida con su especificidad en el actuar y pensar se articulan en prácticas sociales. Otros haceres diferentes a los míos me muestran "el carácter no natural de las maneras de vivir"(1)

Nacemos, crecemos, a veces nos reproducimos e indefectiblemente morimos. Más allá de condicionamientos biológicos, actos como cuidar de otros, dormir, trasladarnos, comer, adquirieren distintas configuraciones según las "circunstancias sociales en las que somos educados, maleducados, hechos y desechos"(2)

Lo cotidiano se expresa en acciones tipificadas y legitimadas que conllevan realidad y verdad. Ocurre en la esfera de lo real para una subjetividad que lo vivencia y allí, las actividades son vividas como lo normal, lo común, lo obvio, lo corriente, lo rutinario, lo repetido, lo trivial, lo conocido, lo que fluye, y mientras sucede no hace falta interrogarnos. El pragmatismo de lo diario diluye las preguntas sobre el porqué de las cosas.

La vida diaria, ese "conjunto de valores, orientaciones, actitudes, expectativas (...) normas, conductas y prácticas sociales" (3) es reproducido en distintos espacios (familia, trabajo, escuela).

Entre la experiencia individual y los códigos sociales se configura un proceso comunicativo, donde los sujetos resignifican sentidos sociales a través de su hacer cotidiano. Allí nuestra vida social se produce y reproduce, dando sentido a la existencia y su complejidad tanto por cotidiano y como por social, nos lleva a articular lo micro y lo macro, la subjetividad individual con las estructuras objetivas.

Desenredar la trama de la cotidianidad permite interpelar nuestra vida como una construcción sociocultural donde cada detalle se organiza en “estructuras, en normas sociales, en reglas, en costumbres, que las condicionan en su naturaleza como en su encadenamiento secuencial” (4)

Transcurre estructurada en el tiempo y en el espacio, con ritmos que regulan la vida de cada actor social que pone en juego sus saberes, construyendo un mundo intersubjetivo de sentido común “que existía mucho antes de nuestro nacimiento, experimentado e interpretado por otros (...) ahora está dado por nuestra experiencia e interpretación. Toda interpretación de este mundo se basa en un acervo de experiencias anteriores a él, nuestras propias experiencias y las que nos han transmitido nuestros padres y maestros”(5)

En este escenario de reproducción social coexisten el sujeto social y el sujeto individual garantizando la continuidad de la cultura. La vida cotidiana es el “conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social”(6). Ocurre tanto en la esfera pública como en la privada, con hombres y mujeres comunes que constituyen sociedades.

En nuestras historias de vida, espontáneas e ingenuas, dialogan lo particular y lo compartido, la construcción de saberes y prácticas que dan sentido a nuestras acciones en una realidad histórico social que marca cómo pensamos, amamos, vivimos.

Tanto contingencias personales (un hecho traumático, la aparición de una enfermedad) como cambios sociales, políticos o económicos, impactan en la organización de la vida diaria. La secuencia lógica conocida en su habitualidad se resquebraja desequilibrando el sistema y poniéndonos ante una crisis individual, grupal o social. Expulsados del terreno conocido lo que era trivial se visibiliza en un nuevo escenario de ruptura, que podría devenir en pérdida pero también en cambio, en posibilidad, en espacio para innovar.

Momento en que el cotidiano silencioso e inadvertido se convierte en objeto de reflexión, donde irrumpen muchas preguntas y pocas respuestas.

Algunas referidas a lo que necesitamos, tal vez a lo que deseamos, más allá de la reproducción automática de nuestra cotidianidad. Poder verla, analizarla, sentirla, criticarla y por qué no, modelarla para hacerla más congruente, libre, espontánea, abre un horizonte de posibilidades a la

espera de nuestra acción, en situaciones que se alejen de la linealidad de la rutina y den paso a la creatividad.

Aunque nuestro tejido de acciones y conocimientos, de tiempos y espacios, perpetúan los rituales que garantizan la continuidad del orden instituido, cabe preguntarnos si como terapeutas ocupacionales podemos trabajar en pos de resignificar las actividades de la vida diaria. Porque aunque la historicidad existe antes y después de nosotros, también formamos parte de ella y podemos modificarla desde nuestro diario vivir.

Los invito a mirar y pensar en eso que es “lo humilde y lo sólido, lo que se da por supuesto, aquello cuyas partes y fragmentos se encadenan en un empleo de tiempo. Es lo que no lleva fecha, es lo insignificante; ocupa y preocupa y, sin embargo, no tiene necesidad de ser dicho” (7) Si lo cotidiano además de pérdida puede generar cambios, una reflexión que exceda lo instrumental permitirá que, como articuladores sociales, enfoquemos nuestras prácticas en pos de una realidad portadora de nuevas formas de subjetividad individual y social.

Referencias bibliográficas

- (1)(2) MÁRQUEZ, Vincent. 1982. “No es natural. Para una sociología de la vida cotidiana” Anagrama (Barcelona) p. 27
- (3) MONTESINOS, Rafael. 1996. “Vida Cotidiana, familia y masculinidad” en *Sociológica* año 11, num. 13 (Vida cotidiana, sentido común. Enfoques teóricos y aproximaciones empíricas), mayo-agosto, p 191
- (4) SHÜTZ, Alfred. 1959. “El problema de la realidad social” Amorrortu (Buenos Aires) p.198
- (5) LINDÓN VILLORIA, Alicia. 1999. “De la trama de la cotidianeidad a los modos de vida urbanos. El Valle de Chalco” El Colegio de México (México) p. 31
- (6) HELLER, Agnes. 1977. “Sociología de la vida cotidiana” Península (Barcelona) p. 20
- (7) LEFEBVRE, Henry. 1969. “La vida cotidiana en el mundo moderno” Alianza Editorial (Madrid) p. 36

Desorden de Modulación Sensorial y Desorden de Procesamiento Auditivo, en una población de niños escolarizados, de bajos recursos socio-económicos.

Autores: Natalia Leoni

Ma. Luz Belcastro

Silvia Mastroianni Pinto

Ricardo Marengo

Sol Meotto

Servicio de Terapia Ocupacional, Servicio de Fonoaudiología y Departamento de Otorrinolaringología y Alteraciones de la Comunicación.

Correo Electrónico: nleoni@fleni.org.ar

Resumen del trabajo:

Objetivo: El propósito de este trabajo es examinar una población de niños de una escuela estatal del cono urbano bonaerense, de bajos recursos socio-económicos, para conocer la incidencia de niños con Desorden de Modulación Sensorial y la incidencia de niños con Desorden de Procesamiento Auditivo, así como también la comorbilidad de ambas alteraciones y su implicancia en el rendimiento escolar.

Método: 58 niños, de ambos sexos, de 9 y 10 años de edad, recibieron el Perfil Sensorial Breve, un screening auditivo y de Procesamiento Auditivo (PA). Se tomaron datos oficiales del rendimiento escolar.

Resultados: 19 niños mostraron dos desvíos estándar en el Perfil Sensorial Breve y 18 niños mostraron alteración en el screening de PA. 7 niños mostraron ambas alteraciones, y 2 de ellos mostraron pobre rendimiento escolar. Se observa mayor incidencia en niños varones que en mujeres, en ambas alteraciones.

Consideraciones finales: Es significativa la incidencia de niños con desorden de Modulación Sensorial como así también con alteración de procesamiento auditivo en esta población examinada. La relación entre ambas alteraciones y el pobre rendimiento escolar no arroja datos significativos, por lo que futuras investigaciones son necesarias para profundizar la misma.

“Palabras Claves”: niños escolarizados, bajos recursos socioeconómicos, desorden de modulación sensorial, desorden de procesamiento auditivo, rendimiento escolar.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción

Este trabajo se llevó a cabo en el marco de FLENI, en forma colaborativa entre los servicios de Terapia Ocupacional (CETNA), el Servicio de Fonoaudiología (CETNA) y el Servicio de Otorrinolaringología y Alteraciones de la Comunicación. La población de niños que participó corresponde a la Escuela Provincial N° 14, de Escobar (D.G.C.yE. del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires) de 4to y 5to grado de escuela primaria.

Objetivo

El objetivo del trabajo fue conocer la prevalencia de niños con Déficit de Modulación Sensorial y la prevalencia de niños con Déficit de Procesamiento Auditivo, así como también la comorbilidad de ambas alteraciones y su implicancia en el rendimiento escolar, en una población de niños de escuela estatal del Conurbano Bonaerense, de bajos recursos socio-económicos.

Metodología

Cincuenta y ocho niños, de ambos sexos, de 9, 10 y 11 años de edad (Gráficos 1 y 2), recibieron el Perfil Sensorial Breve (Winnie Dunn, 1999; McIntosh et al., 1999), un screening audiológico periférico y de Procesamiento Auditivo (Central). Este último incluye 4 pruebas: Identificación de sonidos, Secuencia sonoras, Secuencias verbales y Localización de sonidos. Se tomaron datos oficiales del rendimiento escolar de los niños.

Resultados

Los hallazgos indican que el 32,7% (19 niños) de los participantes (n=58) mostraron menos de 2 desvíos estándar por debajo de la media con respecto a la muestra de estandarización en el puntaje total del Perfil Sensorial Breve (Gráfico 3).

De las mujeres evaluadas (n=41) el 26,8% (11 niñas) presentó déficit en el procesamiento sensorial y, de los varones evaluados (n=17) el 47 % (8 niños), observados en el Gráfico 3.

Las secciones de Procesamiento sensorial del Perfil Sensorial Breve que muestran mayor porcentaje con Diferencia Definitiva en este grupo de niños (n=19) son: Hipo-responsivo / Busca Sensación 78,9 % y Filtro Auditivo 84,2 % (Ver Gráfico 4).

De estos 19 niños con Déficit de Modulación Sensorial, 7 mostraron Pobre Rendimiento Escolar, lo cual se observa en el Gráfico 5.

Los hallazgos indican que el 31% (18 niños) de los participantes (n=58) mostraron al menos un error en el screening de Procesamiento Auditivo, dando como resultado Déficit de Procesamiento Auditivo (DPA). De las mujeres evaluadas (n=41) el 29,2% (12 niñas) presentó déficit en el procesamiento auditivo y, de los varones evaluados (n=17) el 35,2 % (6 niños). Estos datos son presentados en el Gráfico 6.

De las cuatro pruebas, Secuencias Sonoras y Verbales son las que arrojaron mayor cantidad de niños con errores (Ver Gráfico 7).

El Gráfico 8 muestra que del total de estos niños con DPA (n=18), 4 mostraron Pobre Rendimiento Escolar.

Finalmente, del total de la muestra, 7 niños mostraron Déficit de Modulación Sensorial y Déficit en el Procesamiento Auditivo, y 2 de ellos presentó Bajo Rendimiento Escolar, lo cual puede observarse en el Gráfico 9.

Conclusiones

Encontramos una llamativa prevalencia de niños con Déficit de Modulación Sensorial como así también con Déficit de Procesamiento Auditivo en la población estudiada.

Las mayoría de los déficit en la modulación sensorial se registraron en las secciones de Hipo-responsivo / Buscador de sensaciones y Filtro auditivo, coincidiendo con la bibliografía consultada.

Con respecto a los déficits de procesamiento auditivo se encontraron mayores dificultades en las habilidades de secuencias tanto sonoras como verbales.

Es más notable la prevalencia de niños con pobre rendimiento escolar en la población que presentó Déficit de Modulación Sensorial, que en los que mostró Déficit del Procesamiento Auditivo. En la relación entre ambas alteraciones y el pobre rendimiento escolar no se observaron diferencias relevantes, por lo que futuras investigaciones son necesarias para profundizar la misma.

Coincidiendo con la bibliografía revisada y considerando la cantidad de niños y niñas de la muestra, se observa mayor prevalencia en varones que en mujeres, en ambas alteraciones.

Discusión

Consideramos que tanto el nivel socio económico como cultural bajo de la población estudiada puede estar influyendo en los resultados por lo cual resultaría útil replicar este estudio en poblaciones diferentes y muestra de mayor tamaño.

Niños que han experimentado deprivación ambiental durante su primera infancia (ambientes físicos empobrecidos, escasa atención individualizada) muestran mayor prevalencia de desordenes de modulación sensorial, como lo muestran los niños en este estudio. La búsqueda sensorial y la dificultad para filtrar información auditiva encontrada en estos niños podrían relacionarse a estas condiciones (secundarias a factores contextuales principalmente).

Gráficos:

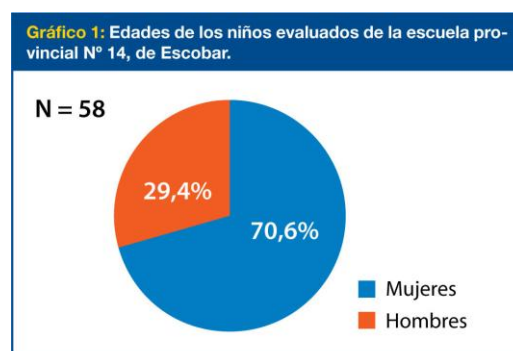


Gráfico 2: Cantidad de Mujeres y de varones del total de los niños evaluados de la escuela provincial N° 14, de Escobar.

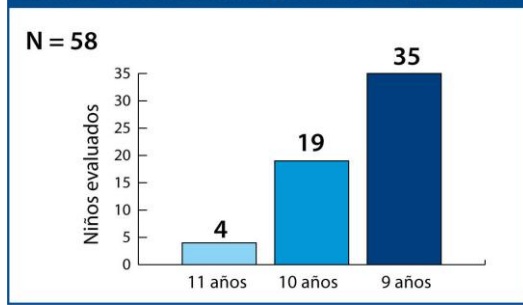


Gráfico 3: Prevalencia de Déficit de Modulación Sensorial (DMS) en los niños evaluados de la escuela provincial N° 14, de Escobar.

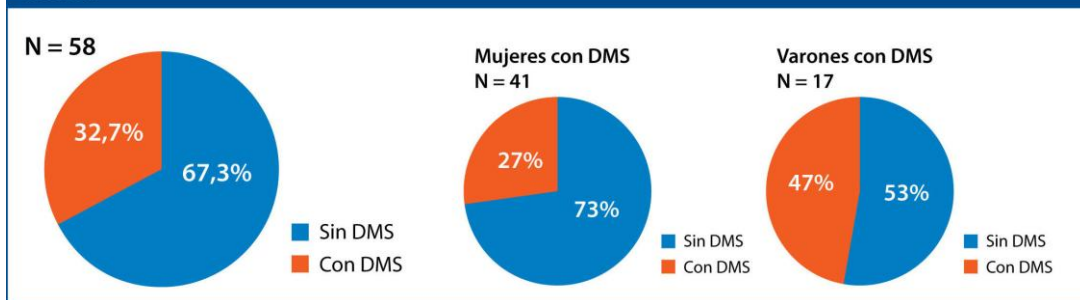


Gráfico 4: Prevalencia de Diferencia Definitiva por SECCION, de los niños con Diferencia Definitiva Total, en el Perfil Sensorial Breve.

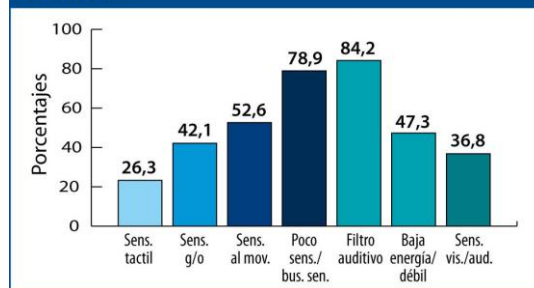


Gráfico 5: Rendimiento Escolar de los niños evaluados de la escuela provincial N° 14, de Escobar, sin DMS y con DMS.

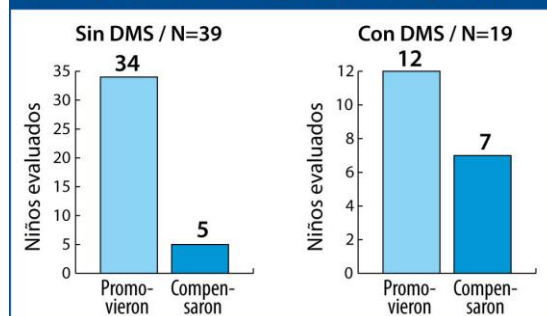


Gráfico 6: Prevalencia de Déficit de Procesamiento Auditivo (DPA) en los niños evaluados de la escuela provincial N° 14, de Escobar.

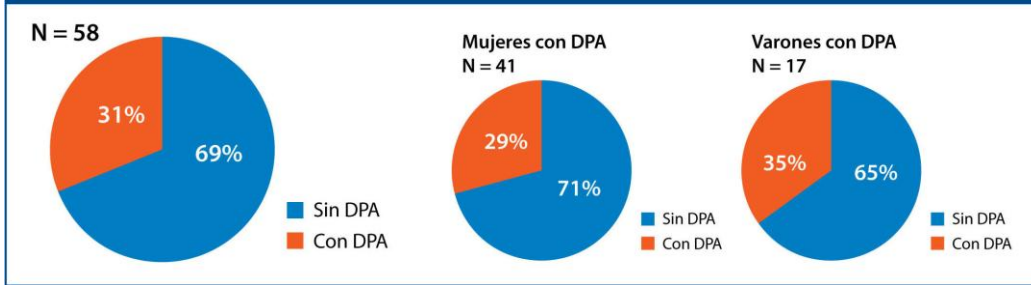


Gráfico 7: Prevalencia de error en las distintas pruebas de los niños que mostraron Déficit de Procesamiento Auditivo.

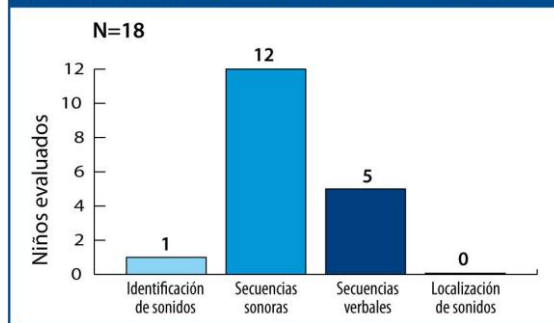


Gráfico 8: Rendimiento Escolar de los niños evaluados de la escuela provincial N° 14, de Escobar, sin DPA y con DPA.

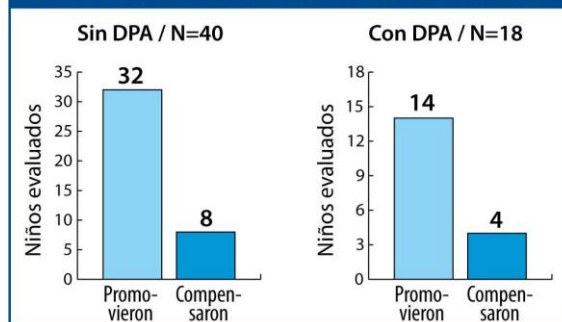
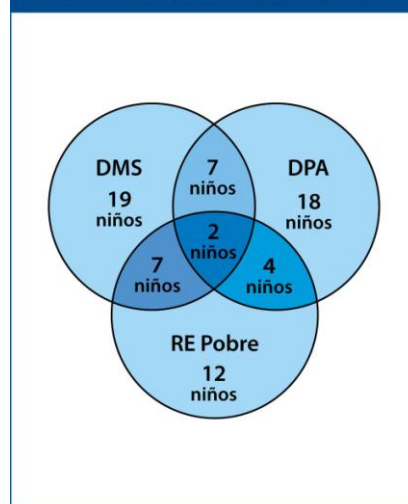


Gráfico 9: Prevalencia de niños que presentaron Déficit de Modulación Sensorial y Déficit de Procesamiento Auditivo y su implicancia en el rendimiento Escolar, de los niños evaluados de la escuela provincial N° 14, de Escobar.



Referencias Bibliográficas:

- Burleigh, J., McIntosh, K., Thompson, M. (2002). Central Auditory Processing Disorders. In Bundy, Lane & Murray, 2002, "Sensory Integration, Theory and Practice". F.A. Davis Company (Philadelphia). 2nd Edition.
- Cermak, Sh. (2001). The Effects of Deprivation on Processing, Play and Praxis. S. Smith-Roley, E. Blanche, & R. C. Schaaf (Eds.), "Understanding the nature of sensory integration with diverse populations" (pp. 385-408). Los Angeles: Harcourt.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), OMS, OPS. 2001.
- Dunn, W. (1999). "The Sensory Profile: User`s Manual". San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Miller, L. J., Reisman, J., McIntosh, D., & Simon, J. (2001). An ecological model of sensory modulation. S. Smith-Roley, E. Blanche, & R. C. Schaaf (Eds.), "Understanding the nature of sensory integration with diverse populations" (pp. 57-82). Los Angeles: Harcourt. VER
- Tallal, R. 1976. Rapid auditory processing in normal and disordered language development. J. of Speech and Hearing Research.
- Tomchek, S. D., & Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile. American Journal of Occupational Therapy, 61, 190-200.

Agradecimientos:

Agradecemos la colaboración de: Lic. Dolores Breide, Lic. Monica De Pascuale, Lic. Ma. Paz de la Torre, Lic. Clarisa Pastorino, Dip. Mariana López Martín e integrantes del Servicio de Terapia Ocupacional del CETNA, Fleni, Sede Escobar por su apoyo y participación en diferentes etapas del proyecto.

Nota: este trabajo ha sido presentado como poster en el II Congreso Latinoamericano de Integración Sensorial y I Congreso Argentino de Integración Sensorial, Octubre 2009.

Desordenes Musculoesqueléticos de Miembro Superior y Satisfacción Laboral en asesores telefónicos de Call Center.

Autores: Prendes, Maria Eugenia

Camussi, Paula

Ciano, Julieta

Correo electrónico: eugeniaprendes@hotmail.com

Resumen:

Objetivo

Determinar qué relación existe entre Desórdenes Musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en miembros superiores (DMRT) y Satisfacción Laboral (SL) en asesores telefónicos de un Call Center de la ciudad de Mar del Plata.

Material y métodos

Se realizó un estudio exploratorio-descripto. La muestra fue de 100 trabajadores de un call center, con más de 1 año de antigüedad, entre 18 y 35 años de edad.

Para identificar **DMRT** se utilizó una **evaluación** integrada por los ítems: a) Inspección visual en búsqueda de signos objetivos, b) Cuestionario estructurado, para indagar acerca de signos subjetivos, y c) Pruebas Especiales y/o Test Provocativos.

La variable **SL** se midió a través de un cuestionario estructurado, a partir de la percepción de los trabajadores acerca de los factores psicosociales inherentes al puesto.

Resultados

Un 28% de los asesores telefónicos presentó **DMRT**. Se halló que los signos y síntomas que aparecieron con mayor frecuencia fueron subjetivos: disminución subjetiva de fuerza, rigidez y edema matinal, dolor y parestesias.

La sintomatología de los **DMRT** de acuerdo a los resultados se manifestó de forma variada, siendo que en un mismo asesor se presentaron signos y síntomas relacionados a diversas afecciones y/o patologías.

Del total de los asesores telefónicos un 51% manifestó insatisfacción laboral. Si bien se observó que **el mayor porcentaje** de los asesores telefónicos que presentaron **DMRT** manifestaron **insatisfacción laboral, no se encuentra relación estadística entre la presencia de DMRT y el grado de SL en asesores telefónicos.**

Conclusión

La Satisfacción Laboral *podría contribuir*, junto a otros factores, a la aparición de Desórdenes Musculoesqueléticos en asesores telefónicos de Call Center.

El **alto porcentaje de población joven afectada con Desordenes Musculoesqueléticos** nos lleva a reflexionar acerca de las limitaciones futuras que podría tener una persona que recién inicia su vida laboral, si dichos DMRT no son detectados y tratados precozmente.

Introducción

En la década de los noventa se dio a nivel mundial un cambio histórico, la globalización y con esto una revolución tecnológica fundamentalmente en la actividad de las telecomunicaciones y la informática.

En la Argentina comienza el auge de los Call Center, principales fuentes de trabajo para la población de estudiantes universitarios y jóvenes de nuestro país. Con el surgimiento de los mismos aparecen patologías asociadas al puesto.

Surge en nosotros la inquietud de investigar esta temática a partir de observar el alto porcentaje de ausentismo por enfermedad en esta población, siendo trabajadores jóvenes.

En cuanto al estado actual, según revisiones del NIOSH; Instituto Nacional de Seguridad e Higiene Laboral de Estados Unidos, un importante número de estudios sugieren asociaciones entre niveles bajos de satisfacción en el trabajo y desordenes musculoesqueléticos. A nivel mundial Sauter & Swanson desarrollaron el **Modelo Ecológico**, para dar fundamento teórico a dichas asociaciones. En nuestro país en un estudio dirigido por el Dr. Neffa sobre Telegestión se estudio la percepción de los operadores frente a su trabajo.

Los Desordenes Musculoesqueléticos “son enfermedades y lesiones que afectan el sistema musculoesquelético, el sistema nervioso periférico y el sistema neurovascular que son causadas o agravadas por exposición ocupacional a riesgos ergonómicos” (1). (NIOSH)

Los DMRT son la causa de **discapacidad** de los trabajadores en la mayoría de las ocupaciones que conllevan el uso de la mano. Por lo tanto detectar factores de riesgo ofrece una base para una posible intervención temprana, para un cambio en el puesto de trabajo o bien reducir el riesgo.

La **Satisfacción Laboral** es la actitud de la persona frente a su propio trabajo, basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla del mismo; contribuyen a su determinación tanto las características del puesto como la percepciones que tiene el trabajador de cómo éstas “deberían ser”. (2)

Dentro de las teorías de Satisfacción Laboral se encuentra la “**Teoría bifactorial de la satisfacción**” de **Herzberg**, la cual está orientada a buscar factores que causan tanto la

satisfacción como la insatisfacción en el trabajo.

Mientras los mecanismos etiológicos son poco entendidos se está incrementando la evidencia de que la Satisfacción Laboral juega un rol importante en el desarrollo de los desórdenes musculoesqueléticos. (NIOSH)

Sauter y Swanson presentan el **Modelo Ecológico** de desórdenes musculoesqueléticos de trabajo en computadora para dar explicación a la relación entre **Satisfacción laboral** y estos desórdenes. Este modelo refleja la complejidad y la naturaleza multifactorial del problema.

De acuerdo a este, los desórdenes musculoesqueléticos pueden ser delineados tanto por: la naturaleza de la tecnología del trabajo, las demandas físicas y la organización del trabajo; como también por factores individuales tanto físicos como psicológicos; los cuales determinan el nivel de esfuerzo biomecánica y psicológico; y así desarrollar sintomatología. (3)

Aspectos metodológicos de la investigación

Se realizó un estudio exploratorio-descripto.

La población fueron asesores telefónicos de un Call Center de la ciudad de Mar del Plata.

La selección de la muestra del trabajo fue realizada por muestreo no probabilístico accidental o por conveniencia. La misma estuvo conformada por 100 asesores telefónicos de un Call Center de la ciudad de Mar del Plata, cuyas edades se hallaron comprendidas entre 18 y 35 años.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

Todos los asesores telefónicos, sin distinción de sexo ni edad.

Asesores telefónicos con un año o más de antigüedad en el puesto.

Criterios de exclusión:

Asesores telefónicos que presentan patologías traumáticas o metabólicas, actuales o previas, que pudiesen ser productoras de alteraciones en miembros superiores.

Diseño Metodológico

Este trabajo de investigación corresponde a un tipo de estudio **exploratorio-descriptivo**, de corte transversal ya que caracteriza el estado de las variables en un único momento. El diseño de investigación es de tipo **no experimental**.

“Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes”.¹ Esta investigación, la cual determinará la relación que existe entre Desórdenes Musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en miembros superiores y Satisfacción Laboral en asesores telefónicos, es de tipo **exploratoria** ya que no se registraron antecedentes de estudios similares en el campo de Terapia Ocupacional y en la ciudad de Mar del Plata.

“La investigación descriptiva busca especificar propiedades características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”.² Esta investigación corresponde a un estudio **descriptivo** ya que pretende caracterizar en forma sistemática las variables estudiadas, describiendo aspectos de la realidad, y produciendo nuevos conocimientos.

Técnicas de recolección de datos

Para identificar **Desordenes Musculoesqueléticos** se utilizó una **evaluación** integrada por los ítems: a)Inspección visual en búsqueda de signos objetivos, b)Cuestionario estructurado, para indagar a cerca de signos subjetivos, y c)Pruebas Especiales y/o Test Provocativos.

La variable **Satisfacción Laboral** se midió a través de un cuestionario estructurado, a partir de la percepción de los trabajadores acerca de los factores psicosociales inherentes al puesto.

Conclusiones

Se identificó que el 28% de los asesores telefónicos presentó Desórdenes Musculoesqueléticos. (Gráfico N° I)

Coincidimos con numerosas investigaciones que demuestran que los asesores telefónicos de Call Center se encuentran en riesgo de sufrir Desórdenes Musculoesqueléticos

Se halló que los signos y síntomas que aparecieron con mayor frecuencia fueron los subjetivos: edema matinal, disminución subjetiva de fuerza, rigidez matinal y parestesias; y los sensitivos: aparición de parestesias y dolor a partir de test provocativos.

En nuestra investigación no se manifestaron indicadores de lesión de fibras motoras como hipotrofia, signo de Froment y prueba de Intrínsecos, ya que esto indicaría patología instalada siendo la presencia de patología criterio de exclusión de la muestra.

¹ Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado Carlos; Baptista Lucio Pilar. *Metodología de la Investigación*. Tercera Edición. McGraw-Hill Interamericana. México, 2003. Capítulo 5; Pág.115.

² *Ibíd.* Pág.119.

Se observó que la aparición de signos y síntomas en general no responden a patologías específicas como podrían ser Síndrome de Túnel Carpiano, Enfermedad DeQuervain, Epicondilitis, Síndrome de Túnel Cubital, etc.

La sintomatología de los Desórdenes Musculoesqueléticos de acuerdo a los resultados de nuestra investigación se manifestó de forma variada, siendo que en un mismo asesor se presentaron signos y síntomas relacionados a diversas afecciones y/o patologías.

Del total de los asesores telefónicos un alto porcentaje 51% manifestó insatisfacción laboral, un 33% satisfacción laboral, y un 16% indiferencia laboral. (Gráfico N°II)

Los factores que producen **insatisfacción** tienen que ver tanto con aspectos físicos y ambientales como iluminación, temperatura, ruido, etc.; como también con aspectos psicológicos y organizacionales como reconocimiento social, motivación, etc.

Cabe destacar que los factores que generan mayor **insatisfacción** son: Presión de tiempo 71% y Esfuerzo de atención y concentración 65%.

Los indicadores con mayor grado de **satisfacción** fueron: la relación con los pares y superiores, la Cooperación; y Jornada laboral, flexibilidad horaria y descanso semanal.

Los mismos son importantes a tener en cuenta a la hora de una posible intervención en materia de prevención.

Se observó que **el mayor porcentaje** de los asesores telefónicos que presentaron Desórdenes Musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en miembros superiores manifestaron **insatisfacción laboral**. (Gráfico N°III)

Se determinó que no existe relación estadística entre las variables DMRT y SL, concluyendo en consecuencia que la relación entre las mismas es de carácter independiente.

Discusión

La patogénesis de los Desórdenes Musculoesqueléticos relacionados con el trabajo no ha sido completamente desarrollada. Si bien los factores de riesgo ergonómicos como posturas, fuerza, movimientos repetitivos, etc., pueden ser identificados en un puesto de trabajo, existen otros factores que intervienen en el desarrollo de estos desórdenes, los cuales han sido motivo de múltiples estudios e investigaciones.

En las últimas décadas se comenzó a analizar la relación entre Desórdenes Musculoesqueléticos y Satisfacción Laboral. Se han ido desarrollando modelos teóricos para dar explicación y sustento teórico a la mencionada relación. Los ejemplos más destacados son Bongers 1993, y Sauter y Swanson 1996 con el modelo ecológico de Desórdenes Musculoesqueléticos en trabajo en computadora. Estos modelos reflejan la complejidad y la naturaleza multifactorial del problema.

Si bien las variables de la presente investigación Desórdenes Musculoesqueléticos y Satisfacción Laboral son independientes; concluimos que:

La Satisfacción laboral, está dada tanto por las características del puesto - CyMAT - como por las percepciones que tiene el propio trabajador de cómo estas “deberían ser”. La diversidad de factores que surgen de las CyMAT da lugar a la carga global del trabajo provocando efectos sobre la salud física, psíquica y cognitiva del trabajador. El grado de Satisfacción Laboral es parte de la carga global de trabajo.

Como expresa la OMS en la definición de salud “...la salud depende de las condiciones de trabajo”. La Satisfacción Laboral *podría contribuir*, junto a otros factores, a la aparición de Desórdenes Musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en miembros superiores en asesores telefónicos de Call Center. Coincidiendo con el estudio llevado a cabo por Hales (1994) con empleados de telecomunicaciones, el cual concluyó que el medio ambiente psicosocial podría contribuir a la aparición de desórdenes en miembros superiores, a pesar de que el ambiente psicosocial no determina la aparición de desórdenes.

El Call Center se presenta en la Argentina como una de las primeras salidas laborales de los jóvenes, cuando inician su vida productiva, lo que tendría que forjar en ellos hábitos de trabajo y brindarles una primer experiencia satisfactoria que va a repercutir en su futuro desarrollo profesional y laboral. Sin embargo de acuerdo a esta investigación el trabajo no es vivido de esta forma, es notorio el alto grado de asesores que se encuentran insatisfechos con relación al puesto. Se observó que no se encuentran motivados ante la tarea que realizan, que la presión de tiempo, atención y concentración requerida para la misma genera alto grado de insatisfacción. A pesar de esto cabe destacar lo importante que es el factor humano en el área laboral y puntualmente en el

puesto de asesor dado que tanto las relaciones con los pares, los superiores y la cooperación fueron altamente satisfactorios para los asesores.

El alto porcentaje de población joven afectada con Desórdenes Musculoesqueléticos nos lleva a reflexionar acerca de las limitaciones futuras que podría tener una persona que recién inicia su vida laboral, si tales desórdenes no son detectados precozmente y tratados de manera exitosa para el regreso saludable al trabajo.

Nuestra Propuesta es la Promoción de Salud en ámbitos laborales, lo que posibilita Identificar factores de riesgo en el puesto. A través de una evaluación periódica realizar detección temprana de signos y síntomas, posibilitando una intervención precoz, y disminuir el riesgo a desarrollar DMR. Existe la necesidad en nuestro país de desarrollar métodos estandarizados de medición para la detección de factores de riesgo, sobre todo para factores psicosociales y Satisfacción Laboral, que puedan ser aplicados de manera universal. De esta manera se podrían realizar investigaciones comparando distintos puestos, organizaciones, o poblaciones.

Siendo este un estudio de tipo exploratorio, se dejan abiertos múltiples interrogantes para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). "Cumulative Trauma Disorders in the Workplace. Bibliography." U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Publicación No. 95-119. Cincinnati, Ohio. Septiembre, 1995. Pág. 20

(2) Sauter, Steven L. y Swanson Naomi. "Efectos crónicos de la Salud, Trastornos musculoesqueléticos". En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Parte V, Capítulo 34: Factores Psicosociales y de Organización. Directores del capítulo Steven L. Sauter, Lawrence R. Murphy, Joseph J. Hurrell y Lennart Levi. OIT Organización Internacional del Trabajo. Tercera edición, 2001. Pág. 34.72

(3) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT NTP 394: "Satisfacción laboral: escala general de satisfacción". Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales de España. <http://www.mtas.es>

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, D.; Bacigalupo, G; De Falco, R. *Hacia un acercamiento epidemiológico en Desordenes por Trauma Acumulativo*. Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1999.

- Armstrong T.J., Latko W.A. *Physical Stressors: thier characterization, Assesment, and relationship with Physical Work Requirements*. En: *Repetitive Motion Disorders of the Upper Extremity*.

Gordon, Stephen. Edited by The American Academy of the Orthopaedics Surgeons Symposium. First Edition, 1995.

- Baker, Nancy A. and Redfern Mark S. *Developing an observational instrument to evaluate personal computer keyboarding style*. En: Applied Ergonomics, Volume 36, Issue 3. Mayo, 2005. <http://www.cdc.gov/niosh/niosh20026221> (Consulta 25/04/06)
- Calafiore, C.; Guillian, I.C. *Factores de Riesgo en Operadores de Entrada de Datos*. Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1999.
- Cailliet, Rene. *Síndromes dolorosos. Mano*. Segunda edición. Editorial El manual moderno, SA. México D.F., 1983.
- Dejours Christophe. *Trabajo y Desgaste Mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Área de estudio e investigación en ciencias sociales del trabajo (SECYT). Edit. Humanitas, Bs. As. 1990.
- Fustinioni, O. y Cols. *Semiología del Sistema Nervioso*. Editorial El Ateneo. 12ª edición. Buenos Aires, 1991.
- Gonzalez de la Flor; et al. *Factores psicosociales en el trabajo y sus repercusiones sobre los trabajadores*. Proyecto de investigación financiado por el F.I.S. Póster presentado en el **XV Congreso Nacional de la SESLAP (Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública. San Sebastián. Junio 2005.** <http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xvcongreso/xvcongresos.htm> (Consulta 04/2006)
- Gomollón García, Ana. *Estudio de los Factores Psicosociales en la Sección de Trámite de Informes de Cotización de la Dirección Provincial del INSS de Guipúzcoa*. <http://www.seslap.com/seslap/html/icontinuada/premios/estudiosPsicosociales>.
- Hales; et al. *Musculoskeletal Disorders among Visual Display Terminal Users in a Telecommunications Company*. En: Ergonomics. October, 1994; 37(10): 1603-1621. <http://www.cdc.gov/niosh/niosh20023808> (Consulta 25/04/06).
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado Carlos; Baptista Lucio Pilar. *Metodología de la Investigación*. Tercera Edición. McGraw-Hill Interamericana. México, 2003.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT *NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción*. Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales de España. <http://www.mtas.es> (Consulta 10/05/06).
- Karsh B. T. and Smith M. J. *Theoretical issues in understanding work-related musculoskeletal disorders causation*. En: Theoretical issues in Ergonomics Science. Vol. 7, N° 1. Enero, 2006. <http://taylorandfrancis.metapres.com> (consulta 16/05/06).
- Lahera Matilde y Góngora Yerro Juan José. *Factores Psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo*. Gobierno de Navarra. Instituto Navarro de Salud Laboral, 2002. <http://www.cfnavarra.es/insl/doc/FactoresPsicosociales>. (Consulta 05/2006).
- Lima, Roberto. *Síndromes de Entrampamiento Nervioso en Miembro Superior*. Editorial Salvat Editores, División Médica. Argentina, 1988.
- Magee, David J. *Ortopedia*. Segunda Edición. Edición Interamericana Mc. Graw-Hill. México, 1994.
- Moran, Christine A. *Fisioterapia de la mano*. Editorial JIMS S.A. Buenos Aires, 1990.
- Natal, María Cecilia. *Cooperativas y Satisfacción Laboral*. Informe Final, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Junio 2003.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Cumulative Trauma Disorders in the Workplace*. Bibliography. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Publicación No. 95-119. Cincinnati, Ohio. Septiembre, 1995.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Effects of an ergonomic intervention for computer work*. Febrero, 2005. <http://www.cdc.gov/niosh/niosh20026221> (Consulta 25/04/06).
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Elements of Ergonomics Programs*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Publication n° 97-117. Cincinnati, Ohio. Marzo, 1997.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. A critical Review of Epidemiologic Evidence for work-Related Musculoskeletal Disorders of Neck, Upper Extremity, and Low Back*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Second Printing. Publicación n° 97-141. Cincinnati, Ohio. Julio, 1997.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Musculoskeletal Disorders Among VDT Operators*. Junio, 2001: 1-82. <http://www.cdc.gov/niosh/niosh20023723> (Consulta 25/04/06).
- Neffa, Julio César; et al. *Telegestión y su impacto en la salud de los trabajadores*. Asociación Trabajo y Sociedad. Programa de Investigaciones Económicas en Tecnología, Trabajo y Empleo (PIETTE) del CEIL-PIETTE CONICET, FOEESITRA. Argentina. Junio, 2001.
- Neffa, Julio César. “¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva.” Área de estudio e investigación en Ciencias Sociales del trabajo (SECYT) Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CONICET). CREDAL – Unidad Asociada 111 al Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1988.

- OIT Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Parte V, Capitulo 34: Factores Psicosociales y de Organización. Directores del capítulo Steven L. Sauter, Lawrence R. Murphy, Joseph J. Hurrell y Lennart Levi. Tercera edición, 2001. Pág. 34 a 72.
- OIT. *Introducción al estudio del trabajo*. Capítulo 5: condiciones y medio ambiente de trabajo. Ginebra. 4º edición, 1996.
- Oxarango Fabián. *Satisfacción Laboral en trabajadores no docentes de la Universidad Nacional de Mar del Plata*. Informe Final, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Octubre 2003.
- Ramos Vertiz, A.J. *Traumatología y ortopedia*. Segunda edición. Editorial Atlante S.R.L. Buenos Aires, 2000.
- Robina Ramírez, Rafael. *Condicionantes sociolaborales de los empleados públicos: Motivación y satisfacción laboral en la Administración Regional Extremeña*. Edita: Universidad de Extremadura Servicio de Publicaciones/ Pizarro, Cáceres 10071. <http://www.pcid.es/public.htm> (Consulta 10/05/06).
- Rosecrance Juan C. *Desórdenes musculoesqueléticos de la extremidad superior: Asociación ocupacional y un modelo para la prevención*. Departamento de Ph.D. de la medicina preventiva y salud ambiental la universidad de Iowa 156 I.R.E.H. Campus Iowa City. CEJOEM 1998. www.cvmbs.colostate.edu/erhs/faculty/rosecrance/j_rosecrance.ht (Consulta mayo 2006)
- Sauter, Steven L. y Swanson Naomi. Efectos crónicos de la Salud, Trastornos musculoesqueléticos. En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Parte V, Capitulo 34: Factores Psicosociales y de Organización. Directores del capítulo Steven L. Sauter, Lawrence R. Murphy, Joseph J. Hurrell y Lennart Levi. OIT Organización Internacional del Trabajo. Tercera edición, 2001.

VI. AGRADECIMIENTOS:

Lic. Rosanna De Falco,

Mg. Lic. Norma Gordillo,

Lic. Laura Di Clemente,

Por su asesoramiento y colaboración en esta investigación.

VII. NOTA:

El presente trabajo fue presentado como Trabajo Libre con Opción a Premio en el XII Congreso Argentino de Terapia de la Mano, dentro del XXXV Congreso Argentino de Cirugía de la Mano, realizado en Mar del Plata, del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2009.

VIII. GRÁFICOS

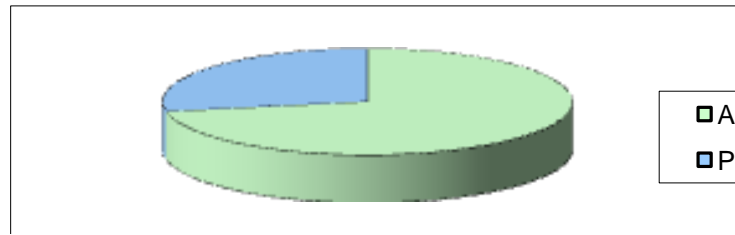


Gráfico N°I: Desórdenes Musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en miembros superiores en asesores telefónicos de un Call Center de la ciudad de Mar del Plata en el período de noviembre - diciembre del 2006

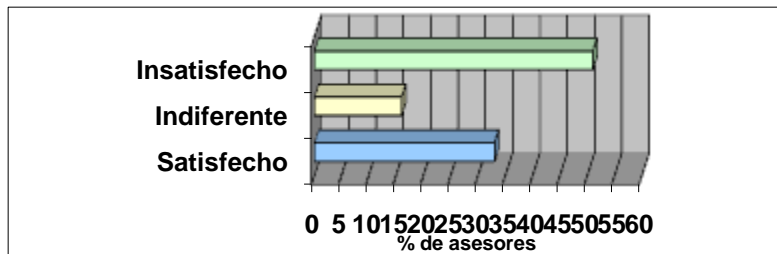


Gráfico N°II: Satisfacción Laboral en asesores telefónicos de un Call Center de la ciudad de Mar del Plata en el período de noviembre - diciembre del 2006.

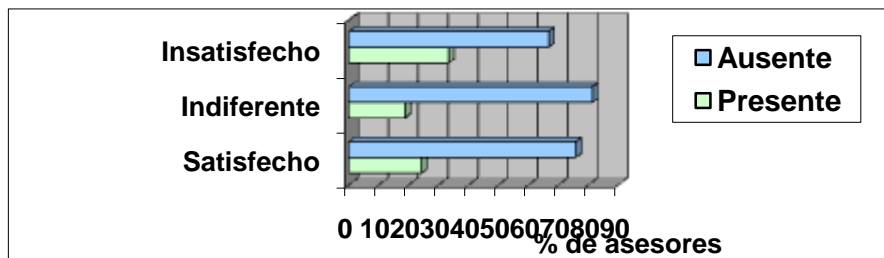


Gráfico N°III: Desórdenes Musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en miembros superiores según Satisfacción Laboral en asesores telefónicos de un Call Center de la ciudad de Mar del Plata en el período de noviembre - diciembre del 2006.

Dimensión política y dilemas organizativos en los Emprendimientos Sociales en Salud

Autores: Lic. Sandra Spampinato

Lic. Daniela Testa.

Correo electrónico: sandraspampinato@yahoo.com.ar

danitestu@yahoo.com.ar

Resumen

En el contexto de nuestro país y de la ciudad de Buenos Aires, la noción de empresa social apareció a fines de los noventa, en un contexto neoliberal de agravamiento de las condiciones de exclusión y marginalidad. Su espíritu se ha expresado en diferentes experiencias que adoptaron distintas modalidades a lo largo del tiempo. El Emprendimiento Social en Salud (ESS) es una de ellas. Se posiciona como una alternativa frente a los procesos de vulnerabilidad y de exclusión psicosocial. Esta perspectiva no puede ser contemplada sin considerar la dimensión política, presente en todas las entidades sociales, en sus estructuras de poder y en los valores puestos en juego en relación a las desigualdades sociales.

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de algunos de los dilemas organizativos que hemos identificado a partir de nuestro ejercicio profesional y que se desprenden de la dimensión política de los ESS. Es nuestra intención realizar un aporte sobre este tema, teniendo en cuenta que tanto la ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (N° 448, 28/07/00) y la ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657, 25/11/10), incluyen estos dispositivos entre las prestaciones.

Dimensión política y dilemas organizativos en los Emprendimientos Sociales en Salud

En el contexto de nuestro país y de la ciudad de Buenos Aires, la noción de empresa social tomó fuerza a fines de los años noventa, en un contexto de políticas neoliberales y de agravamiento de las condiciones de exclusión y marginalidad. Su espíritu se ha expresado en diferentes experiencias que adoptaron distintas modalidades a lo largo del tiempo; el Emprendimiento Social en Salud (ESS) es una de ellas. Este dispositivo de atención en salud mental se posiciona como una alternativa frente a los procesos de vulnerabilidad y de exclusión psicosocial. Propone itinerarios terapéuticos que parten de considerar la complejidad de los sujetos involucrados, propiciando las condiciones subjetivas y materiales para viabilizar la circulación social. ⁽¹⁾

Considerar la dimensión política, presente en todas las entidades sociales, en sus estructuras de poder y en los valores puestos en juego en relación a las desigualdades sociales, nos permite incorporar como eje de análisis la noción de dilemas organizativos. Tales dilemas manifiestan la yuxtaposición de diferentes esferas de poder y de acción, y corren el velo de las contradicciones que se presentan en el marco de las prácticas. ⁽²⁾

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de algunos de los dilemas organizativos que hemos identificado a partir de nuestro ejercicio profesional, y que se desprenden de la dimensión política de los ESS. Es nuestra intención realizar un aporte sobre este tema, teniendo en cuenta que tanto la ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (N° 448, 28/07/00) y la ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657, 25/11/10), incluyen estos dispositivos entre las prestaciones.

Nuestra primera aproximación al concepto de ESS estuvo ligada a la idea de empresa social, considerada como una estrategia que tendía puentes entre mundos inconciliables: el mercado y la asistencia, lo social y lo económico, lo público y lo privado. Esta lógica, de tendido de puentes, implica sectores u espacios sociales desde/hacia los que se transita, y la intencionalidad de pasar de uno a otro de acuerdo a la valoración de los mismos.

Sin embargo, la dinámica que proponen los ESS –con sus particularidades y límites - nos conduce a considerar lo social desde “...su dimensión relacional, es decir, considerando que su esencia es la trama de relaciones que se teje ante cada suceso o proceso, caracterizada por una dinámica entre actores que va más allá de los acuerdos entre los grupos hegemónicos de poderes constituidos, y se ve interesado por presencias institucionales “civiles” que la “sociedad” pone en funcionamiento como dispositivo de poder, simbólico o real.” ⁽³⁾

Pensamos a los ESS como soportes institucionales, que más que tender puentes entre mundos o sectores supuestamente separados, plantean lógicas de relaciones diversas que buscan ampliar el marco del instituido más allá de los núcleos hegemónicos. En este sentido, entonces, lo que se pone en juego son diversos actores con sus particulares marcos de comprensión, valores y recursos de poder, que hacen posible pensar a los sujetos y a las experiencias micro como actores capaces de influir en los procesos de transformación.

Dilemas

Los ESS se desarrollan desde hace más de 10 años en los hospitales de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Desde el año 2004 están enmarcados en el Programa de Emprendimientos Sociales (resolución 893/07) dependiente de la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad. Aún no cuentan con presupuesto propio y se sostienen a partir de diferentes subsidios que se gestionan en función de oportunidades políticas coyunturales.

En este contexto y en el devenir de estos dispositivos, se generan tensiones que proponemos analizar a través de los siguientes dilemas organizativos que expresan posiciones dicotómicas en diferentes dimensiones y niveles:

-Subsidio vs. autosustentabilidad: la aspiración de alcanzar la sustentabilidad y la rentabilidad económica se pone en tensión con la “modalidad del subsidio” que han tenido que adoptar los emprendimientos para su supervivencia. Ante la retirada del Estado en su función de garantizar el acceso a los derechos económicos, políticos y sociales, la intención de inaugurar un camino para superar las prácticas de lógica asistencialista quedó atada a la aspiración de autosustentabilidad, transformándose muchas de las veces en una meta inalcanzable.

-El reconocimiento vs. el aislamiento: la necesidad de reconocimiento del otro culturalmente hegemónico es un aspecto central en los tratamientos en salud mental. En el caso de los ESS la calidad de los productos lleva consigo un mensaje que cuestiona los valores asignados a los “locos e incapaces” que va más allá de la lógica productivista del trabajo. (4) En este sentido dos serían los riesgos posibles: primero, terminar acentuando las desigualdades a través de la adopción de una identidad reducida a una pertenencia estigmatizante. Segundo, que el “ser merecedor” del reconocimiento frente a la mirada del otro, quede sujeto a demostrar cierto grado de eficiencia y habilidad pertenecientes al paradigma normalizador.

-La identidad del asistido objeto de lo social vs. la identidad de ciudadano sujeto de lo social

La tradición asistencialista -basada en el criterio discrecional del que da sin obligación y del que recibe sin derecho- aún pervive en el discurso y las prácticas de las políticas sociales y convive, a la vez, con el criterio de ciudadanía, que establece derechos y obligaciones. Concebir al beneficiario como objeto de una política implica la idea de un beneficiario tipo, quien es socorrido por una medida estandarizada, y al Estado como distribuidor de subsidios y administrador de reglas. En cambio pensar en un sujeto de lo social, implica concebir la política social como aquella capaz de proveer a cada uno los medios adecuados para *“modificar el curso de su vida, superar una ruptura, prever un problema”*. (5) La tensión entre las políticas universales de acceso a los derechos de ciudadanía y las políticas focalizadas que contribuyen a la superación de desigualdades, cobra mayor visibilidad en el caso de las personas con padecimiento mental.

Cierre

Como lo demuestran las iniciativas sostenidas a lo largo de 10 años, las terapistas ocupacionales que coordinamos los ESS no hemos permanecido ajenas al mandato de garantizar un modo de asistencia acorde a los derechos humanos y de ciudadanía, aún antes que la ley lo escribiera.

La noción de dilemas organizativos resulta también útil al momento de reflexionar acerca de las contradicciones que influyen en nuestra posición como agentes estatales de salud. Contradicción explicada por Bordieu haciendo referencia a la mano izquierda y a la mano derecha del Estado.

En tal sentido, señala que, la mano izquierda del Estado está representada por los agentes estatales del sistema de salud, de educación y de asistencia social que proveen servicios directos. La mano derecha, preocupada por los asuntos financieros está representada en las instancias y organismos públicos y privados que regulan los presupuestos y el financiamiento de las políticas sociales. La mano izquierda cree que la mano derecha no sabe o no quiere saber nada de lo que ella hace; mientras la mano derecha ignora lo que hace la mano izquierda, sabiendo que aquella es la que amortigua el conflicto y enfrenta las consecuencias sociales de las limitaciones presupuestarias. (6)

De este modo, y en este caso, los terapistas ocupacionales del sistema de salud, *“atravesados por las contradicciones del Estado, que muchas veces viven como dramas personales [...] hacen propias las contradicciones entre las misiones, a menudo desmesuradas que se les confían, particularmente en materia de empleo y vivienda, y los medios, casi siempre irrisorios, que se les entregan.”* (7)

Como hemos visto, la dimensión política expresada en los dilemas organizativos nos conduce a asumir que para ampliar el marco de lo instituido y las prácticas relacionadas con los derechos y la ciudadanía, es necesario navegar en las contradicciones y tensiones del sistema y, sobre todo, nos plantea como desafío indispensable sabernos y pensarnos conscientes de que *todo hacer es político*.

Referencias Bibliográficas

¹Narváez, Silvia- Spampinato, Sandra.-Testa, Daniela, 1999. *De in-certidumbre y posibilidades*, en “Terapia Ocupacional. Trabajo y Comunidad”. Serie 3- Compilaciones, C.O.L.T.O.A. (Buenos Aires), p.82.

² Wilkis, A. 2004. *Las revistas de la calle. Nuevas experiencias en el campo de las asistencia a los Sin techo y desempleados. Un estudio de caso sobre la empresa social Hecho en Buenos Aires*, en “Caminos Solidarios de la economía Argentina. Redes innovadoras para la integración”. Forni, Floreal (Comp), Ciccus (Buenos Aires).

³ García, Oscar. *La razón a voluntad. La Sociedad Civil como proceso y sus organizaciones como actores*. UNSAM, en prensa, 2010

⁴ Fraser, Nancy. 2000. *Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento*. New Left Review, N° 4.

⁵ Rosanvallon, Pierre, 1995. “La Nueva Cuestión Social”. Manantial. (Buenos Aires).

⁶ Bourdieu, Pierre. 1999. “La miseria del mundo”. Fondo de Cultura Económica, (Buenos Aires) p. 164.

⁷ Bourdieu, Pierre. Op cit.

“Diseño y producción de material didáctico multimedia para la enseñanza de Terapia Ocupacional”

Autor: Demiryi María de los Milagros

Varela Claudia Natalí

Correo electrónico: avenida@arnetbiz.com.ar

Resumen

Se presenta un material didáctico multimedia para la enseñanza de Terapia Ocupacional. El contenido central tratado es: *“Áreas de desarrollo profesional de Terapia Ocupacional”*. Su diseño y producción se desarrolló en el marco de una experiencia de pasantía docente de la asignatura Práctica Profesional I. Los cambios producidos en la profesión, el desarrollo particular a nivel local y latinoamericano, junto con las transformaciones y posibilidades que brindan las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, así como la ausencia de recursos didácticos de este tipo, son las razones que motorizaron la iniciativa. Sustentada en los aportes de teorías del aprendizaje, la didáctica, la comunicación, la semiótica, la tecnología educativa, el diseño multimedial y los cuerpos teóricos de la disciplina.

El material posee organización hipertextual de la información y utiliza recursos multimedia: texto, sonido, imagen, música. Para la selección de información, se han priorizado las producciones locales y de Latinoamérica, en soporte digital. El tratamiento del contenido central en relación con otros temas generativos, desde diferentes perspectivas teóricas (integración curricular), variadas formas de resolución y contextualizado, le confieren el carácter de recurso flexible, abierto y actualizado. Posibilitan el acceso no lineal a los contenidos a través de vincular nodos semánticos, generando una inmersión perceptual que articula múltiples canales sensoriales, con modalidad dual, selectiva y dialógica. Su disponibilidad en CD-Rom garantiza mayor accesibilidad y permite utilizarlo sin necesidad de conexión permanente. Se acompaña de una Guía Didáctica para docentes.

“Diseño y producción de material didáctico multimedia para la enseñanza de
Terapia Ocupacional”

- **Introducción:** El presente trabajo fue elaborado en el marco de una Pasantía en Docencia para alumnos, cuyo tema *“Áreas de desarrollo profesional de Terapia Ocupacional”*, corresponde a un contenido curricular de la asignatura Práctica Profesional I. La decisión de producir un material didáctico de apoyo a las actividades de enseñanza y de aprendizaje, obedece a la detección de una vacancia de producción propia sobre el tema, sumado a la cantidad y envergadura de los cambios acontecidos en los últimos años que obligan a la actualización; la potencialidad generativa que posee el tema y las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías para su elaboración. La experiencia profesional acumulada expresada en particular, en las producciones de terapeutas ocupacionales de Latinoamérica, se ha recuperado en la producción de este recurso didáctico, constituyendo a la vez, un aporte a la identidad profesional

Por su parte, la enseñanza superior proporciona un marco idóneo para utilizar aplicaciones hipermedia en el aprendizaje, tal como señala Salinas (1998).

- **Desarrollo. Fundamentación**

Los materiales didácticos, constitutivos de toda propuesta pedagógica, forman parte de un sistema complejo y son puntos de confluencia de las perspectivas pedagógica, didáctica y tecnológica; por lo que se sostienen en los aportes de teorías del aprendizaje, la didáctica, la comunicación, la semiótica, la tecnología educativa y el diseño multimedial, para el caso que nos ocupa. Junto con los cuerpos teóricos de la disciplina.

Desde la concepción del aprendizaje significativo de Ausubel, D. y por descubrimiento de Bruner, J., junto con los enfoques constructivistas y socio-constructivistas (Piaget, J. y Vigotsky), se construyeron los pilares del sustento teórico de esta experiencia. Acudiendo también a la teoría del “diálogo didáctico mediado” de García Areito (2006), los aportes de Area Moreira, M. (2004), respecto al material como expresión del proyecto pedagógico, el esquema comunicacional de Kerbart-Orecchione, C. (2003) y el enfoque bajtiniano sobre los géneros discursivos.

El crecimiento y desarrollo profesional en distintas partes del mundo, y la evolución en la producción de conocimientos de la disciplina, han impactado en las áreas de desempeño profesional de Terapia Ocupacional, provocando su ampliación y diversidad. La intervención y el abordaje en cada área específica, requiere entre otras cuestiones, el conocimiento y comprensión de los escenarios y principios del quehacer profesional.

Características: El material posee organización hipertextual de la información y utiliza recursos multimedia: texto, sonido, imagen, música. Para la selección de información, se han priorizado las producciones locales y de Latinoamérica, en soporte digital. El contenido central: Áreas de Desarrollo Profesional, se desarrolla en relación con otros temas generativos: instituciones, marcos normativos, teoría y práctica de TO, seleccionados por su potencial integrador.

Éstos son presentados desde diferentes perspectivas teóricas (integración curricular), variadas formas de resolución y situados en contextos auténticos y reales. Son abiertos en su desarrollo, a modo de propiciar la flexibilidad cognitiva, y la recuperación de conocimientos y experiencias previas. Estructurados en tres niveles de tratamiento: de lo general a lo particular, de lo teórico a lo práctico; de lo global a lo local.

Las estrategias didácticas utilizadas, mediatizan la interacción entre los alumnos y con los problemas del campo disciplinar de manera viva. Generan motivación e interés, motorizando aprendizajes significativos y comprensivos. La multiplicidad de significaciones, reflexiones y propuestas sobre la profesión y las intervenciones posibles que favorece, anticipan los escenarios y situaciones propios del desempeño profesional y contribuyen a la ubicación del alumno. Posibilitan el acceso no lineal a los contenidos a través de vincular nodos semánticos, generando una inmersión perceptual que articula múltiples canales sensoriales, con modalidad dual, selectiva y dialógica. Su disponibilidad en CD-Rom garantiza mayor accesibilidad y permite utilizarlo sin necesidad de conexión permanente. Se acompaña de una Guía Didáctica para docentes.

Conclusiones: El principal aporte es que docentes y alumnos disponen de un material amplio, integrador, actualizado, accesible y propio de nuestra realidad, para apoyar los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Constituye un recurso didáctico para las asignaturas que tratan los contenidos mencionados. (Práctica Profesional I, II, III, IV, V y VI; Psicología Social, Sociología). Aspira a propiciar el pensamiento crítico y el compromiso profesional con los problemas sociales de nuestra realidad.

Se inicia ahora la fase de aplicación y evaluación del material didáctico, que permitirá producir las evidencias respecto de sus cualidades y limitaciones, brindando la base para su revisión y mejoramiento.

Referencias bibliográficas:

- Area Moreira, M. 2004. Los medios y las tecnologías en la educación. Pirámide. (Madrid). 122-123.
- 2007. “Los materiales educativos: Origen y futuro”, en: IV Congreso Nacional de Imagen y Pedagogía, (Veracruz, México). Disponible en: http://conimagen.dgme.sep.gob.mx/memorias/ma_conferencia.doc
- Ausubel, D; Novak, J.; y Hanesian, H. 1983. Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo. Trillas. (México).
- Bajtin, M.M. 1982. Estética de la creación verbal. Edic. Siglo XXI. (México).
- Bruner, J.J. 2000. Nuevas Tecnologías y Sociedad de la Información. Educación: escenarios de futuro. Serie Documentos. N° 16. Preal. (Chile)
- ----- 2001. Globalización y el futuro de la educación: tendencias, desafíos, estrategias. Documento de apoyo, Séptima Reunión del Comité Regional Intergubernamental del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe. UNESCO.
- García Areito, M. 2008. “Diálogo didáctico mediado”. Edit. BENED. Publicaciones on line. Disponible en: <http://www.uned.es/catedraunesco-ead/publicaciones.html>
- Kerbrat- Orecchioni, C. 1986. “La problemática de la enunciación”, en: *La enunciación. De la subjetividad en el lenguaje*”. Edicial. (Argentina). 4-21.
- Salinas, J. 1998. Hipertexto e hipermedia en la enseñanza universitaria. Disponible en: <http://www.cpd.us.es/sav/pixelbit/art12.htm>
- Vigotsky, L. 1991. Obras escogidas I. Visor. (Madrid).
- Vonèche, J, Triphon, A. 2000. “Piaget Vigotsky: La Génesis”. Edit. Paidós. (Argentina)

“Diseño y producción de material didáctico multimedia para la enseñanza de Terapia Ocupacional”

Autor: Demiryi María de los Milagros

Varela Claudia Natalí

Correo electrónico: avenida@arnetbiz.com.ar

Resumen

Se presenta un material didáctico multimedia para la enseñanza de Terapia Ocupacional. El contenido central tratado es: *“Áreas de desarrollo profesional de Terapia Ocupacional”*. Su diseño y producción se desarrolló en el marco de una experiencia de pasantía docente de la asignatura Práctica Profesional I. Los cambios producidos en la profesión, el desarrollo particular a nivel local y latinoamericano, junto con las transformaciones y posibilidades que brindan las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, así como la ausencia de recursos didácticos de este tipo, son las razones que motorizaron la iniciativa. Sustentada en los aportes de teorías del aprendizaje, la didáctica, la comunicación, la semiótica, la tecnología educativa, el diseño multimedial y los cuerpos teóricos de la disciplina.

El material posee organización hipertextual de la información y utiliza recursos multimedia: texto, sonido, imagen, música. Para la selección de información, se han priorizado las producciones locales y de Latinoamérica, en soporte digital. El tratamiento del contenido central en relación con otros temas generativos, desde diferentes perspectivas teóricas (integración curricular), variadas formas de resolución y contextualizado, le confieren el carácter de recurso flexible, abierto y actualizado. Posibilitan el acceso no lineal a los contenidos a través de vincular nodos semánticos, generando una inmersión perceptual que articula múltiples canales sensoriales, con modalidad dual, selectiva y dialógica. Su disponibilidad en CD-Rom garantiza mayor accesibilidad y permite utilizarlo sin necesidad de conexión permanente. Se acompaña de una Guía Didáctica para docentes.

“Diseño y producción de material didáctico multimedia para la enseñanza de
Terapia Ocupacional”

- **Introducción:** El presente trabajo fue elaborado en el marco de una Pasantía en Docencia para alumnos, cuyo tema *“Áreas de desarrollo profesional de Terapia Ocupacional”*, corresponde a un contenido curricular de la asignatura Práctica Profesional I. La decisión de producir un material didáctico de apoyo a las actividades de enseñanza y de aprendizaje, obedece a la detección de una vacancia de producción propia sobre el tema, sumado a la cantidad y envergadura de los cambios acontecidos en los últimos años que obligan a la actualización; la potencialidad generativa que posee el tema y las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías para su elaboración. La experiencia profesional acumulada expresada en particular, en las producciones de terapeutas ocupacionales de Latinoamérica, se ha recuperado en la producción de este recurso didáctico, constituyendo a la vez, un aporte a la identidad profesional

Por su parte, la enseñanza superior proporciona un marco idóneo para utilizar aplicaciones hipermedia en el aprendizaje, tal como señala Salinas (1998).

- **Desarrollo. Fundamentación**

Los materiales didácticos, constitutivos de toda propuesta pedagógica, forman parte de un sistema complejo y son puntos de confluencia de las perspectivas pedagógica, didáctica y tecnológica; por lo que se sostienen en los aportes de teorías del aprendizaje, la didáctica, la comunicación, la semiótica, la tecnología educativa y el diseño multimedial, para el caso que nos ocupa. Junto con los cuerpos teóricos de la disciplina.

Desde la concepción del aprendizaje significativo de Ausubel, D. y por descubrimiento de Bruner, J., junto con los enfoques constructivistas y socio-constructivistas (Piaget, J. y Vigotsky), se construyeron los pilares del sustento teórico de esta experiencia. Acudiendo también a la teoría del “diálogo didáctico mediado” de García Areito (2006), los aportes de Area Moreira, M. (2004), respecto al material como expresión del proyecto pedagógico, el esquema comunicacional de Kerbart-Orecchione, C. (2003) y el enfoque bajtiniano sobre los géneros discursivos.

El crecimiento y desarrollo profesional en distintas partes del mundo, y la evolución en la producción de conocimientos de la disciplina, han impactado en las áreas de desempeño profesional de Terapia Ocupacional, provocando su ampliación y diversidad. La intervención y el abordaje en cada área específica, requiere entre otras cuestiones, el conocimiento y comprensión de los escenarios y principios del quehacer profesional.

Características: El material posee organización hipertextual de la información y utiliza recursos multimedia: texto, sonido, imagen, música. Para la selección de información, se han priorizado las producciones locales y de Latinoamérica, en soporte digital. El contenido central: Áreas de Desarrollo Profesional, se desarrolla en relación con otros temas generativos: instituciones, marcos normativos, teoría y práctica de TO, seleccionados por su potencial integrador.

Éstos son presentados desde diferentes perspectivas teóricas (integración curricular), variadas formas de resolución y situados en contextos auténticos y reales. Son abiertos en su desarrollo, a modo de propiciar la flexibilidad cognitiva, y la recuperación de conocimientos y experiencias previas. Estructurados en tres niveles de tratamiento: de lo general a lo particular, de lo teórico a lo práctico; de lo global a lo local.

Las estrategias didácticas utilizadas, mediatizan la interacción entre los alumnos y con los problemas del campo disciplinar de manera viva. Generan motivación e interés, motorizando aprendizajes significativos y comprensivos. La multiplicidad de significaciones, reflexiones y propuestas sobre la profesión y las intervenciones posibles que favorece, anticipan los escenarios y situaciones propios del desempeño profesional y contribuyen a la ubicación del alumno. Posibilitan el acceso no lineal a los contenidos a través de vincular nodos semánticos, generando una inmersión perceptual que articula múltiples canales sensoriales, con modalidad dual, selectiva y dialógica. Su disponibilidad en CD-Rom garantiza mayor accesibilidad y permite utilizarlo sin necesidad de conexión permanente. Se acompaña de una Guía Didáctica para docentes.

Conclusiones: El principal aporte es que docentes y alumnos disponen de un material amplio, integrador, actualizado, accesible y propio de nuestra realidad, para apoyar los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Constituye un recurso didáctico para las asignaturas que tratan los contenidos mencionados. (Práctica Profesional I, II, III, IV, V y VI; Psicología Social, Sociología). Aspira a propiciar el pensamiento crítico y el compromiso profesional con los problemas sociales de nuestra realidad.

Se inicia ahora la fase de aplicación y evaluación del material didáctico, que permitirá producir las evidencias respecto de sus cualidades y limitaciones, brindando la base para su revisión y mejoramiento.

Referencias bibliográficas:

- Area Moreira, M. 2004. Los medios y las tecnologías en la educación. Pirámide. (Madrid). 122-123.
- 2007. “Los materiales educativos: Origen y futuro”, en: IV Congreso Nacional de Imagen y Pedagogía, (Veracruz, México). Disponible en: http://conimagen.dgme.sep.gob.mx/memorias/ma_conferencia.doc
- Ausubel, D; Novak, J.; y Hanesian, H. 1983. Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo. Trillas. (México).
- Bajtin, M.M. 1982. Estética de la creación verbal. Edic. Siglo XXI. (México).
- Bruner, J.J. 2000. Nuevas Tecnologías y Sociedad de la Información. Educación: escenarios de futuro. Serie Documentos. N° 16. Preal. (Chile)
- ----- 2001. Globalización y el futuro de la educación: tendencias, desafíos, estrategias. Documento de apoyo, Séptima Reunión del Comité Regional Intergubernamental del Proyecto Principal de Educación en América Latina y el Caribe. UNESCO.
- García Areito, M. 2008. “Diálogo didáctico mediado”. Edit. BENED. Publicaciones on line. Disponible en: <http://www.uned.es/catedraunesco-ead/publicaciones.html>
- Kerbrat- Orecchioni, C. 1986. “La problemática de la enunciación”, en: *La enunciación. De la subjetividad en el lenguaje*”. Edicial. (Argentina). 4-21.
- Salinas, J. 1998. Hipertexto e hipermedia en la enseñanza universitaria. Disponible en: <http://www.cpd.us.es/sav/pixelbit/art12.htm>
- Vigotsky, L. 1991. Obras escogidas I. Visor. (Madrid).
- Vonèche, J, Triphon, A. 2000. “Piaget Vigotsky: La Génesis”. Edit. Paidós. (Argentina)

EFFECTOS DE LA APLICACIÓN DE TAPING NEUROMUSCULAR EN EL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL. REVISION DE TRES CASOS CLINICOS

Autoras: Lic. Anderson, Mariela
Lic. Fiorino, Adriana
Lic. Giloni, Yanina

Correo electrónico: andersonmariela@yahoo.com.ar

Resumen:

Objetivos: El propósito de esta presentación es compartir las experiencias de la incorporación de la aplicación de TNM en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Método: Se describen 3 casos clínicos de pacientes que realizan su rehabilitación en la Clínica Basilea.

Resultados: Se observó mejoría significativa en el desempeño de las habilidades motoras de los pacientes en los 3 casos.

Conclusiones: La incorporación de TNM al tratamiento de Terapia Ocupacional contribuye al incremento de las habilidades para el desempeño de las ocupaciones en las cuales el individuo participa, mejorando su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El Taping Neuromuscular (TNM) es una nueva herramienta que se presenta en la práctica diaria de los Terapeutas Ocupacionales. La manera en que este método influye sobre las estructuras musculares, articulares y linfáticas, facilita la función y optimiza el proceso de recuperación.

Según distintas investigaciones, el uso de TNM en conjunto con las terapias regulares puede influenciar favorablemente a los receptores cutáneos del sistema sensoriomotor resultando en consecuencia en un incremento del control voluntario y coordinación del miembro superior.

El objetivo de esta presentación, es mostrar los efectos de la incorporación de TNM al tratamiento de Terapia Ocupacional.

MÉTODO

A continuación se detallan tres casos clínicos, de pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación en la Clínica Basilea, en los cuales se empleó TNM dentro del tratamiento de Terapia Ocupacional.

DESARROLLO

CASO 1. M.S.

M. S. es un paciente masculino, estudiante, de 19 años de edad, con diagnóstico de lesión medular (Asia A), secuela de luxa fractura C6-C7 por caída de altura sufrida en mayo de 2009 y fractura de muñeca izquierda. Presenta nivel sensitivo C8-T1 y nivel motor C7

Evaluación Inicial:

Perfil Ocupacional: M. realiza actividad deportiva competitiva en silla de ruedas, actividades de juego (playstation), ejecución de instrumento musical de percusión y cursa el último año de la escuela secundaria. Utiliza adaptación para la escritura. Participa de actividades religiosas y comunitarias. Es independiente en las AVD (alimentación, arreglo personal, vestido, transferencias con tabla y es supervisado para baño). Es capaz de realizar auto cateterismo.

Análisis de la Ejecución Ocupacional: A la evaluación el paciente presenta cuadriplejía, con valores musculares correspondientes al nivel de lesión. Logra extensión de codo y muñeca. Presenta debilidad muscular a predominio izquierdo. No presenta valores musculares en mano. Logra prensión por tenodesis.

Presenta en mano izquierda una postura de dedos en flexión, carencia de valores musculares en oposición de pulgar y fatiga de músculos extensores de muñeca, que interfieren en el desempeño de algunas actividades como la colocación de los guantes, la manipulación de las ruedas, la toma de objetos pequeños, el manejo del joystick y percusión de un instrumento musical.

Intervención

Como parte del tratamiento de Terapia Ocupacional se planifica la incorporación de la aplicación de TNM, con el objetivo de posicionar en extensión los dedos de la mano izquierda, incrementar el componente de rotación de la oposición del pulgar izquierdo y brindar estímulo propioceptivo constante a los extensores de muñeca izquierda. Para ello se realiza aplicación con técnica de corrección funcional en extensores de muñeca, extensores de dedos y oposición de pulgar.

Como resultado de la intervención, M. muestra mayor eficacia en la prensión término lateral, mejorando la manipulación de objetos pequeños, logra disminuir el tiempo empleado para colocarse los guantes y logra una correcta ejecución del instrumento de percusión y la utilización del joystick para los videojuegos en forma más eficiente..

CASO 2. J. P.

J. P. es un paciente masculino, de 65 años de edad, con diagnóstico de ACV (isquemia en mesencéfalo, protuberancia y tálamo)

Evaluación Inicial:

Perfil Ocupacional: J. Vive con su señora. Tiene dos hijas y dos nietos. Trabaja realizando mantenimiento eléctrico, esta en proceso de jubilarse. Disfruta de realizar las actividades del hogar.

Análisis de la Ejecución Ocupacional: J. presenta hemiplejía izquierda.

A la evaluación inicial del MSD se observa subluxación de hombro, con pérdida de la estabilidad escapular, escápula alada, alteración en el ritmo escápulo-torácico y escápulo-humeral, cabeza humeral descendida y rotada internamente a causa de acortamiento pectoral. Presenta tono muscular anormal (Ashwort: 0), sensibilidad táctil, superficial y profunda alterada, rango de movimiento pasivo conservado.

No se observan dificultades en las funciones cognitivas y perceptivas.

En relación a su desempeño ocupacional J. es dependiente.

Intervención:

Se realiza tratamiento de Terapia Ocupacional desde un enfoque restaurativo, orientado a mejorar la función motora. Como parte del tratamiento se planifica la incorporación de la aplicación de TNM, con el objetivo de brindar alineación articular en la cintura escapular a fin de lograr mayor simetría, brindar estímulo propioceptivo a las estructuras de sostén de la articulación glenohumeral a fin de facilitar el equilibrio biomecánico, y a los músculos coaptadores del hombro para incrementar la activación muscular logrando de este modo disminuir la diastasis y mejorar la función motora del miembro afectado.

Se realiza aplicación muscular relajante en pectoral mayor y tonificante en deltoides (con técnica de potenciación), aplicación de corrección mecánica y aplicación ligamentaria para reposicionar la articulación escapulo-humeral, brindando alineación biomecánica y estabilizando la cabeza del húmero.

Cada aplicación es mantenida durante tres días y repetida al quinto día.

Como resultado de la intervención se observa que la incorporación del TNM al tratamiento ha contribuido a la disminución de la diastasis de la articulación glenohumeral, así como a la relajación pectoral y a la activación del músculo deltoides, en todos sus fascículos.

A lo largo del tratamiento el paciente ha mejorado la función motora y la integración del miembro afectado en las ocupaciones que comienza a desempeñar.

CASO 3 J.C.

J. C. es un paciente de 42 años de edad, derivado a Terapia Ocupacional con diagnóstico de cuadriplejía por lesión medular nivel C5-C6, causada por accidente de tránsito.

Evaluación Inicial:

Perfil Ocupacional: J. C. es padre de dos hijos y abuelo de un nieto. Hasta el accidente trabajaba en un laboratorio farmacológico. Disfruta de actividades de tiempo libre como salidas con su hijo menor al cine, de la lectura y realizar paseos.

Análisis de la Ejecución Ocupacional: A la evaluación inicial muestra una postura de tronco en flexión dorsal y extensión cervical. Los miembros superiores se encuentran en abducción y rotación interna de hombros, flexión de codos, antebrazos en supinación, y muñecas en extensión. La postura de antebrazos en supinación provoca la extensión de las muñecas, lo cual dificulta el uso de los miembros superiores para el desempeño de las actividades como alimentación, escritura, uso de computadora.

A la evaluación inicial, el paciente es dependiente en las actividades diarias, aunque capaz de dirigir su cuidado.

Intervención:

Se trabaja con J. desde un enfoque de tipo restaurativo a fin de mejorar la función motora de MMSS y favorecer su participación en las ocupaciones.

Al mismo tiempo, desde un enfoque de tipo compensatorio, se indican inicialmente ortesis estabilizadoras de muñeca en material termoplástico y desrotadores blandos en neoprene para facilitar la posición de pronación, y permitir, de esta manera, la colocación de dispositivos de asistencia para el desarrollo de las actividades. Se utilizan mangos universales para la actividad de alimentación, para el manejo de la computadora y la escritura manual. Se realizan además, adaptaciones en los comandos de la silla de ruedas motorizada para que el paciente fuera capaz de propulsarla.

Los desrotadores blandos permiten mantener la postura de pronación durante el desempeño de las actividades, sin embargo, la posición de supinación permanece al retirarlos.

En una segunda etapa de tratamiento se opta por la utilización de TNM con el propósito de posicionar en pronación ambos MMSS, brindar estímulo propioceptivo constante a los pronadores de antebrazo en ambos MMSS, y brindar estabilidad a la muñeca. Se realizan aplicaciones musculares para estimular la musculatura extensora de muñeca, ligamentarias para brindar estabilidad en las muñecas y de corrección funcional para posicionar los antebrazos en pronación.

La utilización del Taping neuromuscular posibilitó el fortalecimiento de los pronadores de antebrazo, permitiendo posicionar a ambos MMSS en pronación y mantener dicha postura al eliminar el Taping, facilitó también el fortalecimiento de la extensión de las muñecas, lo cual permitió más adelante que el paciente lograra prensiones con patrón de tenodesis con mano izquierda.

A partir de este momento se suspende el uso de ortesis estabilizadoras de muñeca y desrotadores de antebrazo.

Como resultado del tratamiento, en la actualidad el paciente es capaz de mantener sus MMSS en postura de pronación, posición más adecuada para el desempeño de las actividades, logra prensión con patrón tenodésico con mano izquierda, pudiendo tomar y soltar objetos pequeños. Sin la utilización de ortesis es capaz de participar en la alimentación con la utilización de un tenedor adaptado, puede comer con los dedos y tomar de un vaso pequeño, logra escritura manual con adaptación, utiliza su computadora en forma independiente, maneja su silla de ruedas motorizada en diferentes terrenos con obstáculos en forma independiente y participa en actividades de ocio y tiempo libre en la comunidad.

CONCLUSIÓN

En los tres casos presentados se observa que la incorporación de TNM al tratamiento de Terapia Ocupacional, ha contribuido a mejorar las habilidades motoras de los individuos facilitando su participación en las actividades cotidianas.

De esta manera, se le brinda al paciente la oportunidad para una plena participación en aquellas ocupaciones con las que ha decidido comprometerse, mejorando su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Audrey Yasukawa, Payal Patel, Charles Sisung (2006) “Pilot Study: Investigating the Effects of Kinesio Taping® in an Acute Pediatric Rehabilitation Setting”. American Journal of Occupational Therapy. , **Volume 60**, Number 1. Pág. 104-110
- Ewa Jaraczewska and Carol Long (2006) “Kinesio® Taping in Stroke: Improving Functional Use of the Upper Extremity in Hemiplegia” Top Stroke Rehabil **13(3)**:Pág. 31–42. www.thomasland.com
- Jiu-Jenq Lin,* Cheng-Ju Hung, Pey-Lin Yang (2011) “The effects of scapular taping on electromyographic muscle activity and proprioception feedback in healthy shoulders” Journal of Orthopaedic Research. Pág. 53-57.
- Josya Simonsma J. 2007 “TNM Manual” Editorial Aneid Press. 2da. Edición. (Portugal.)
- Peter Miller, Peter Osmotherly, (Does Scapula Taping Facilitate Recovery for Shoulder Impingement Symptoms? A Pilot Randomized Controlled Trial). The journal of manual & manipulative therapy. **Volume 17 n number 1** Pág. 6-13

EL IMPACTO DE LA SEROLOGÍA POSITIVA EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE INDIVIDUOS CON EL VIRUS VIH

Autores: **Antonucci Clarissa Barros**

Henrique Adalberto Romualdo Pereira

Ribeiro Esther Mazzini

Soares Rosângela Rocha

Correo Electrónico: clarissaantonucrosangelasoares@faminas.edu.br, rci@hotmail.com,
adalbertofaminasto@yahoo.com.br, esthermazzini@pop.com.br.

RESUMEN

De acuerdo con el Ministerio de la Salud (2006), la Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) viene siendo un problema de salud pública, donde a cada día hemos visto segundo las informaciones recibidas por los medios de comunicación millares de nuevos casos surgiendo. La presente búsqueda buscó captar el impacto de la descubierta de la serología positiva en el cotidiano de los individuos infectados. La búsqueda de campo fue realizada en la ciudad de Muriaé – Minas Gerais / Brasil, en 4 (cuatro) individuos VIH positivo, siendo 3 masculinos y 1 femenino. En el discurso de los entrevistados observamos que las alteraciones cotidianas ocurrieron en la mudanza de la rutina y en el ámbito profesional, visto que en el inicio ocurren los síntomas iniciales de la enfermedad. Debido a muchos tratamientos, eso además de afectar el desempeño laboral, el estrés y el desgaste de tener que ir a varios médicos traen alteraciones no solamente en el físico del individuo, mas en todo su cuerpo. La sociedad tiene miedo de la SIDA, tiene miedo de una supuesta contaminación. Ella aún divide las personas en grupos de riesgos, seleccionando cuales tipos y clases son las más probables a la contaminación. La presente búsqueda, que fue de carácter exploratorio, también tuvo como objetivo, la profundización y descubiertas sobre el tema.

INTRODUCCIÓN

AIDS es la sigla en inglés del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Es causada por el VIH, virus que ataca las células de defensa de nuestro cuerpo. Con el sistema inmunológico comprometido, el organismo se queda más vulnerable a diversas enfermedades, un simple resfriado o infecciones más graves como tuberculosis y cáncer. El propio tratamiento de esas enfermedades, llamadas oportunistas, se queda perjudicado. Según el Departamento de DST del Ministerio de la Salud, la SIDA es la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Una persona puede pasar muchos años con el virus sin presentar síntoma algún.

El VIH/SIDA de acuerdo con Paiva (2000), nos puso delante de algunas de las dimensiones más básicas, y al mismo tiempo más desconocidas, de la existencia humana. La SIDA trajo a la claridad, los fantasmas construidos en el imaginario social sobre la sexualidad y muerte, sobre el desfiguramiento y el enflaquecimiento físico, la vulnerabilidad y el riesgo visto en el rostro del otro. Más de que cualquier otra enfermedad en la era moderna, la SIDA reveló la relación de los individuos, aún no resuelta, con la diferencia y el diferente.

Aseguran Medeiros y Queiroz (2002), que el surgimiento de la SIDA fue marcado por reacciones de segregación y discriminación, en parte por la desinformación y, principalmente, pelo hecho de haber atingido, en los primeros años de la epidemia, minorías tradicionalmente excluidas como los homosexuales usuarios de drogas inyectables y prostitutas. También las formas agresivas de la enfermedad, llevando óbitos prematuros después de sufrimientos intensos, propiciaron una inevitable relación de la SIDA con la finitud, colaborando para el fortalecimiento de prejuicio.

De acuerdo con Kern (2002), el miedo del abrazo, del mirar amigo y del aprieto de mano, aún impiden que muchos sujetos se acerquen del individuo con VIH positivo. Esto repercute en el cotidiano de esas personas como negación de la socialización, originando un traumático estigma social en que el individuo VIH positivo se siente marcado en su identidad. Con eso, la persona que tiene VIH/SIDA generalmente trae una historia permeada de miedo, de sufrimiento y de pánico. Las pierdas que éste vivencia acaban creando una representación de ser aislado en medio a un contexto

social que, en sí sólo, es excluyente y discriminador. Paulilo (1999) escribe que la SIDA evoca imágenes de combate, donde los enfermos estarían en la línea de frente.

Según Aggleton y Parker (2001), ninguna otra epidemia manifestó la figura de desorden insidiosa, omnipresente y devastadora. El virus es maligno, antes de atacar por dentro, él ya devasta las relaciones sociales y el desempeño ocupacional del sujeto que hospeda y el es difícil de ser combatido.

Para Pedretti y Early (2005) el desempeño ocupacional se refiere a la capacidad de ejecutar tareas que posibilitan el desempeño de papeles ocupacionales de manera satisfactoria y apropiada para la etapa de desarrollo, cultura y ambiente del individuo. Los papeles ocupacionales se desarrollan en conjunto con las ocupaciones que el individuo desempeña en la sociedad. Entre estas están los papeles de estudiante, padre o madre, ama de casa, empleador, trabajador voluntario o jubilado. Al recibir el diagnóstico de serología positiva, todo el cotidiano y desempeño ocupacional de ese individuo serán afectados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se trata de una búsqueda exploratoria, visto que su objetivo fue el esmero y descubiertas sobre el tema, envolviendo levantamiento bibliográfico, entrevista con personas que están viviendo el problema en común y posterior análisis de los datos colectados para la comprensión del asunto de acuerdo con Figueiredo (2007).

La búsqueda de campo fue realizada en la ciudad de Muriaé – Minas Gerais / Brasil, en 4 (cuatro) individuos VIH positivo, siendo 3 (tres) masculinos y 1(uno) femenino. Todos los entrevistados viven en la propia ciudad y forman parte del círculo de convivencia del entrevistador, y esos son los criterios de elección de los pesquisados.

El instrumento de encuesta usado, consistió en una entrevista en que, según Ludke (1986), la relación que se forma es de interacción, habiendo una atmósfera de influencia recíproca entre quién pregunta y quién contesta. La entrevista permite correcciones, aclaración y adaptaciones que la tornan eficaz en la obtención de las informaciones necesarias.

Para la realización de la colecta de datos fue solicitada la firma del Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido en conformidad con los principios éticos de

investigaciones científicas envolviendo seres humanos, juntamente con la explicación a los participantes de los objetivos del estudio. La búsqueda de campo fue realizada en el período de abril hasta mayo de 2010.

El análisis de los datos fueran balseados en la Análisis da Enunciación propuesta por Minayo (2007), que según el autor, considera la concepción da comunicación como un proceso, en busca de un sentido en el discurso del entrevistado, creando significados por medio de la análisis de las contradicciones, incoherencias y imperfecciones producidas en su habla, durante la entrevista abierta, se evidencia un discurso dinámico, siendo al mismo tiempo espontaneo e constreñido diantre de la situación en que se encuentran como emergencia inconsciente. Como en el caso de esos, está infectado por el virus VIH e los impactos decurrentes de la descubierta de la contaminación por el virus.

De acuerdo con Minayo (2007), ese análisis parte del principio que la estructura de la producción del habla se da en una triangulación entre entrevistado, su objetivo de discurso y entrevistador.

.ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

El termo P1, P2, P3 y P4 son abreviaturas usadas en la presentación y análisis de los resultados para indicar las personas entrevistadas, en el caso, cuando referirse a P1 será el participante uno y P2 el participante dos, y así sucesivamente, sin cambiar los respondientes.

En lo que dice respecto al tiempo que los entrevistados conviven con el VIH, cabe resaltar que esto interfiere directamente en las respuestas dadas durante la entrevista, porque el tiempo de convivencia con el virus está directamente ligado a la aceptación de la condición de la serología positiva. El entrevistado P2, indica en su discurso estar llevando una vida normal, pero con algunas restricciones, y relata estar en uno estado de aceptación de su condición de VIH positivo, porque consiguió formarse y dar continuidad al trabajo de voluntario con chicos. El entrevistado P3 también relata estar llevando una vida normal, él que convive con el VIH hace 7 años, ya vive todas las complicaciones, el que no porta VIH positivo y sí un portador de SIDA, porque él ya sufre con las complicaciones de la docena.

Al ser preguntados sobre las alteraciones cotidianas decurrentes de la descubierta de la serología positiva, se obtuvo las siguientes respuestas:

P1:“*El cambio de rutina. Es que a partir del momento que recibí el diagnóstico de VIH positivo, sólo práctico sexo con preservativo, no quiero infectar a otras personas. El problema es que me gusta de enamorar y en mi condición se queda complicado establecer relaciones*”.

P2:“*Cuando descubrí la enfermedad creí que mi vida había acabado. Querría parar con la facultad, alejarme de mis amigos, alejarme de mi trabajo voluntario con niños, querría estar aislado, pero después conversando con mi familia y reflejando sobre eso, descubrí que no vale la pena. Hoy soy formado, sigo en el trabajo voluntario y con los mismos amigos, a pesar de que ellos no saben lo que se pasa conmigo. En el ámbito profesional el comienzo fue complicado, debido a los síntomas iniciales de la enfermedad como fatiga al final da tarde, neumonía y gripas frecuentes. Eso es complicado, pero nada interfirió en mi trabajo en sí, pues seguí atendiendo las expectativas y cumpliendo con mis compromisos allá. El comienzo es complicado, pues agente siempre se cree que nunca acontece con la gente y que personas con VIH están con decreto de muerte*”.

P3:“*En el comienzo me quedé alejado del trabajo debido al tratamiento, tuve que hacer varios tratamientos de una vez, tomando mucha medicación. Estuve mucho en cama, pero hoy gracias a Dios estoy bien, veo la vida de otra forma, aprovecho cada instante, doy valor a cosas que dejamos pasar desapercibidas, desde el amanecer del día es una grande dádiva, vivo hasta mejor hoy*”.

P4:“*En la época toda mi vida cambió. Yo querría morir. Pero ahora llevo una vida normal*”.

Fue mencionado en las respuestas arriba, que las alteraciones cotidianas ocurrieron en el cambio de la rutina y segundo los entrevistados, el ámbito profesional también sufrió alteraciones, visto que en el inicio ocurren los síntomas iniciales de la enfermedad. Debido a muchos tratamientos, eso además de afectar el desempeño laboral, el estrés y el desgaste de haber que ir a varios médicos traen alteraciones no solamente al físico del individuo, pero a todo su cuerpo.

Al hablar sobre alteraciones cotidianas, el respondiente P2 sintió como si “su vida fuese acabar”, en su discurso él relata: “*Cuando descubrí la enfermedad creí que mi vida había acabado. Querría parar con la facultad, alejarme de mis amigos, alejarme de mi trabajo voluntario con niños, querría estar aislado (...)*”. Recibir el diagnóstico de VIH positivo aún es visto como sentencia de muerte. De acuerdo con Teixeira (1993), el VIH es una enfermedad de enorme impacto psicológico, que combina tres conceptos con elevada carga emocional: enfermedad incurable, muerte prematura y prácticas sexuales diversas. Eso genera miedo y pensamientos de muerte norlean la mente de los individuos infectados, todo eso por el hecho del VIH/SIDA aún estar asociado a las debilidades que en el inicio de la eclosión de la enfermedad los infectados por el virus presentaban, como debilidades físicas/debilidad en exceso, caída de cabello, erupciones en la piel y enfermedades oportunistas que acababan llevando el individuo a la muerte como surgimiento de tumores, tuberculosis, gripas, infecciones entre otras.

Durante el análisis fue percibido que hay una superación de vida en los entrevistados, pues a pesar del impacto de la enfermedad en el biopsicosocial, ellos demostraron cambios de hábitos y principalmente superación. El entrevistado P1 comenta que desde cuando recibió el diagnóstico de la serología positiva, sólo práctica sexo con preservativo por no querer contaminar otras personas. El respondiente P3 demuestra en su discurso superación y ganas de vivir: “*(...) aprovecho cada instante, doy valor a cosas que dejamos pasar desapercibidas, desde el amanecer del día es una grande dádiva (...)*”. Todo pensamiento de muerte y miedo decurrentes del inicio del diagnóstico son transformados en el transcurrir del tiempo por cualidad y valorización de la vida.

Fue observado que todos los entrevistados declararon que no sufrieron ningún tipo de prejuicio, por parte de nadie o pocas personas al saber su condición de VIH positivo. Eso se debe al hecho de que según Garcia (2008), el VIH/SIDA conlleva discriminación en los espacios públicos e instituciones privadas, genera hostilidad, segregación, exclusión y/o auto exclusión de quienes tienen su condición serológica revelada. Aunque el estigma y la epidemia sean de alcance mundial, existen formas específicas y contextualizadas de manifestaciones discriminatorias, de naturaleza individual o colectiva.

Sobre las experiencias vividas con o VIH/AIDS, observamos que ocurrieran sufrimientos en relación al diagnóstico de serología positiva, analizando los discursos de los entrevistados, podemos percibir claramente eso, como por ejemplo, el entrevistado P1 que en su discurso relata: “(...) cuando descubrí, me mundo cayó por 6 meses, fue muy difícil (...) tubo antojo de me matar instantáneamente” y el entrevistado P4: “(...) cuando descubrí pareció que el mundo cayó sobre min, en la hora mi medo era grande, pensé niquele momento que era una sentencia de muerte, para mí fue el peor día de mi vida(...)”. Observamos que todos tuvieron el pensamiento de muerte. De acuerdo con Grilo (2001), ese tipo de pensamiento é considerado normal, visto que el hecho de conocer el diagnóstico de serología positiva, docena para el cual no existe cura, lleva, habitualmente, la persona a se considerar a inevitabilidad del fin da vida. P5 “Nunca sufrí preconceito porque pocas personas saben sobre min. A única cosa que me recuerdo e sé que muchos vivencián es el medo inmediato de murrie”.

CONSIDERACIONES FINALES

La discriminación y el estigma que envuelve la serología positiva es algo que está presente en el ámbito social. Es preciso desafiarla y vencerla a través de esfuerzos de prevención y de asistencia a los individuos VIH positivo, este hecho sólo acontecerá a partir del momento que encararnos y aprendernos a trabajar con las cosas de las cuales tenemos miedo. La sociedad tiene miedo de la SIDA, tiene miedo de una supuesta contaminación. Ella aún divide las personas en grupos de riesgos, seleccionando cuales tipos y clases son más probables a la contaminación y hemos visto que las condiciones actuales nos apuntan que no hay más grupos de riesgos, o sea, todos los individuos están sujetos a contaminarse por el virus VHI.

Los servicios de salud, en especial la Terapia Ocupacional, poden contribuir con medidas para el enfrentamiento da confirmación diagnóstica do VIH. Tal enfrentamiento fundamenta-se en una realidad de que algunas personas ten una representación de la AIDS pautada no preconceito y en lo miedo causado por la discriminación de los propios funcionarios do estabelecimiento de salud. La defesa del segredo se justifica por el alto índice de desinformación da población en general y también de algunos trabajadores de la salud, que resulta en una desconfianza del paciente, y consecuentemente él omitirá su estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. 2005/2006 <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>> Acesso em 11 de junho de 2010.

Paiva V., 2000 “**Fazendo Arte com a Camisinha: Sexualidades Jovens em Tempos de AIDS**” Summus (São Paulo). 106-131

Medeiros R. A. e Queiroz M. F., 2002 “**O uso do direito pelo movimento social**” In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “O outro como um semelhante: direitos humanos e Aids” Brasília: Ministério da Saúde.

Kern F. A., 2002 “**Estratégias de fortalecimento no contexto da Aids**”. In: Serviço Social e Sociedade. N 72, ano XXII, São Paulo:Cortez, Nov 2002. PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0610370/CA.

Aggleton P. e Parker R., 2001 “**Estigma, discriminação e AIDS**” ABIA (Rio de Janeiro). 36-37

Pedretti L. W. e Early M. B., 2005 “**Terapia Ocupacional, capacidades Práticas para as Disfunções Físicas**”, ROCA (São Paulo) V., 955-958

Figueiredo N. M. A., 2007 “**Métodos e Metodologia Científica**”, São Caetano do Sul (São Paulo) II, 203-208

Ludke, M.; André, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens**. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1986.

Minayo, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007

Teixeira J. A., 1993 “**Psicologia de Saúde e Sida**” (Lisboa), 93-95.

Garcia, S.; Koyama, M. A. H. **GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS**. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998

e 2005. Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, suppl.1 [citado 2010-08-21], pp. 72-83 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102008000800010.

Grilo. A. M. **Temáticas centrais implicadas na vivencia da infecção por HIV/ SIDA.** Psicologia, Saúde e Doenças. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa, Portugal, 2001.

TÍTULO: El papel de la Terapia Ocupacional en el Consejo de Política Pública.

ALESSANDRA NASCIMENTO SOARES MARQUES¹

Correo electrónico:alessandramarques@ymail.com

Introducción

La inclusión y la construcción de un campo social de la terapia ocupacional en los Consejos de Políticas Públicas han contribuido a la realización de una “Nueva Orden Social”. La configuración del Consejo de Derechos ha estado construyéndose desde Constitución Federal de 1988ⁱ para llegar a una mejor comprensión de su verdadera misión, en cuanto a la planificación de la nueva filosofía y técnica jurídica.

Esta inclusión se define principalmente en las respuestas para satisfacer la demanda de interés público, puede ser visto como instrumento eficaz para la participación efectiva de la sociedad civil en la elaboración y gestión de las Políticas Públicas. Ésa contribución del terapeuta ocupacional se ha caracterizado principalmente a través de la elaboración y ejecución de los proyectos que se aprueben en el Consejo de Derechos, principalmente a través de La elaboración e implantación de proyectos que son aprobados en estos consejos, generando un contrato, establecido por la Ley 9790/99ⁱⁱ, establecido con el Tercer Sector.

En este sentido destacar cuatro de estos proyectos fueron aprobados y ejecutados en el período 2004 a 2010 en dos provincias de Brasil: Paraná, Goiás. Estos proyectos se han abierto estos campos para el funcionamiento de los programas municipales de terapia ocupacional aprobado por las provincias y los Consejos Municipales de los niños y adolescentes, beneficiando directamente a más de 200 personas y 150 familias indirectamente, de la comunidad en situación de riesgo personal y en el nivel socioeconómico.

Los recursos para la implantación, mantenimiento y evaluación de estos proyectos aprobados fueron fondos retirados de las Políticas Públicas y también estos recursos fueron donado por el área privada, debido a los incentivos fiscales. Por lo tanto, la contribución de la terapia ocupacional es fundamental para el proceso de cumplimiento de las directivas del “Nuevo Orden Social”, que figura en el Título VIII de nuestra Constitución de 1988, regulación por los sistemas orgánicos (Estatuto del Niño y del Adolescente; Ley de Directrices y Bases para La Educación, la Ley Orgánica de Asistencia Social) y las políticas nacionales.

¹ Máster en Sociedad, Tecnología y Medio Ambiente. Terapia Ocupacional. Especialista en Gestión para el Desarrollo Social; Salud Mental, Psicopatología y Psicoanálisis; Psicología del Trabajo; Actores Sociales para el Desarrollo Social; Proyecto de Desarrollo Social y Lucha contra la Violencia Doméstica. Asistencia en el desarrollo social de la Asociación Brasileña de Acción Social Cristiano- ABASC. Endereço: HM2 QD. 02, Lote 26 - Residencial Hugo de Moraes – Goiânia- Goiás - CEP: 74.573-387/ Contato: alessandramarques@ymail.com

Los proyectos aprobados en los Consejos de Derechos Sociales y la interacción con la Política Pública.

Bajo las directrices del nuevo orden social, o el modelo institucional-redistributivo, los Consejos de Derechos Humanos fue establecido en Brasil desde la Constitución Federal de 1988, funcionando como órganos colegiados. Estos consejos son responsables, en general, la formulación, supervisión y evaluación de políticas públicas a nivel federal, estatal y municipal.

Los cuatro proyectos: “*Familias Sociales, Proteger y Educa, Adecuando casas y Edificando Vidas y el Crecer*” que fueron aprobado en Consejo de Derechos del Niño y del Adolescente en el ámbito municipal. La estructura de los proyectos que contiene una propuesta para la planificación, ejecución y evaluación a través de indicadores (cuantitativos y cualitativos) de los servicios del programa para niños y adolescentes que están en riesgo de desarrollo personal y social en dos provincias de Brasil: Paraná y Goiás. Velar por el ejercicio de los derechos en virtud del Estatuto de la Infancia y la Adolescencia (ECA, los artículos 92 y 100)ⁱⁱⁱ con el foco en el "Plan Nacional para la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos del Niño, Adolescente a la convivencia familiar y en comunidad del Consejo Nacional de Niños y Adolescentes” (CONANDA, 2009)^{iv}.

Esta nueva propuesta "elige la familia como la unidad básica de acción social y no conciben los niños, niñas y adolescentes aislados de su contexto familiar y comunitario" (CONANDA, id, p.67). Estos proyectos haber relación directa con la Política Nacional de atendimento y protección de los niños y adolescentes, el ECA y la Ley Orgánica de Asistencia Social (LOAS, 1997)^v, que reglamenta los artículos 203 y 204 de la Constitución de 1988 reconoce la asistencia social como Política Pública, un derecho del ciudadano y deber del Estado, además de asegurar la universalización de los derechos sociales, y que tiene como objetivo "apoyar a los niños y adolescentes carentes", declarado en el artículo 2.

La LOAS es esencial para el establecimiento de este nuevo orden social, porque establece, entre sus directrices, la asistencia social se organizan en el sistema descentralizado y participativo. Este sistema ofrece una oportunidad: el reparto de poder efectivo, a través de los consejos y la definición de las competencias de las tres esferas de gobierno, la práctica de la participación ciudadana mediante el asesoramiento y la transferencia de responsabilidades para la realización de los servicios, programas y proyectos para los municipios, debidamente acompañada de la correspondiente transferencia de recursos, previa aprobación de los proyectos sociales.

Metodología

La metodología fue desarrollada por el área de Terapia Ocupacional en el ámbito social (MEDEIROS, 2003)^{vi}, a favor de acciones fundamentadas en los conocimientos socio antropológicos (BARROS, GHIRARDI, LOPES, 1999)^{vii}, teniendo en nuevos principios fundamentales, que son: la sustitución de la tendencia de propuestas de bienestar de carácter educativo y emancipador; prioridad al mantenimiento del vínculo con la familia y la comunidad. La metodología se caracteriza por tres cuadro:

Cuadro 1 - Evaluación de los objetivos específicos:

Objetivo	Acciones	Resultados Esperados		Período
		Cuantitativos	Cualitativa	
Objetivo específico 1	Implementación en 08 "Casas Lares".	60 abrigamientos al año con asistencia completa; Reinserción del 100% de la red educativa; El tratamiento en el médico, dental y psicoterapéutico 100%.	Mejora en la calidad de vida de los protegidos; Prevención de enfermedades físicas y mentales; Prevención de la institucionalización.	De 01 meses a 36 meses.
Objetivo específico 2	Proporcionar a través del trabajador social, terapeuta ocupacional, psicólogo de servicio y apoyo técnico para la familia consanguínea.	60 visitas mensuales. Actualización del proceso de desarrollo socio-legal del 100%.	Información para la elaboración del informe en la familia y la sociedad; Mantenimiento de los lazos familiares; El conocimiento sobre el Estatuto de la Niñez y la Adolescencia y los problemas socio-legales.	De 01 meses a 36 meses.
Objetivo específico 3	Ministrar 03 módulos integrados de formación profesional.	De capacitación laboral para 100% del equipo; Realización de reunión de un grupo cada quince días con las madres del equipo social y técnico para revisar los procedimientos internos.	Actualizar la información para abordar las cuestiones relacionadas con la sexualidad; Conocimientos relacionados con el ECA.	-Desde 01 meses a 36 meses.
Objetivo específico 4	Proporcionar actividades educativas, deportivas, recreativas y actividades culturales.	Programa extracurricular para 100% por lo menos tres veces a la semana.	Experiencias sensoriales y las experiencias lúdicas y placenteras; Mejora en el lenguaje corporal, la coordinación motora y el ritmo; Mejora de la autoestima y la capacidad para hacer frente a la frustración;	De 02 meses a 36 meses.

Fuente: Elaborado por el autor.

Cuadro 2 - Proceso de evaluación:

Objetivo	Actividad	Indicadores de Progreso	Medios de Verificación	Compruebe período
Objetivo específico 1	De vivienda al año medida de protección en forma de "casa-lares" en el sistema de pueblo de 60 niños y adolescentes.	Número de efectivos protegido durante doce meses; Número de su reinserción efectiva en la red educativa, el número de frecuencias, el rendimiento y resultados de las pruebas. Número de atención eficaz en el número de médicos, dentales y psicoterapéuticos, y el de las especialidades disponibles para la atención.	Informe del médico, dental y de la psicoterapia; Informe de la asistencia de los legales y socio-ubicado; Evaluación de la atención prestada por los niños, niñas y adolescentes.	Mensuales
Objetivo específico 2	Atendimiento indirecto para familiares consanguíneos.	Número efectivo de las visitas a la residencia de las familias consanguíneas; Número de efectivos procesos jurídicos completado.	Informe de los servicios de atención social, terapia ocupacional y psicología; Informe sobre la situación social y jurídica y socioeconómica.	Mensuales
Objetivo específico 3	Proporcionar anualmente 03 módulos integrados para la formación del equipo técnico.	Número efectivo de los módulos realizados; Número efectivo de profesionales formados por módulo; Frecuencia índice.	Informe de frecuencia en los módulos; Escrito por la evaluación final de cada módulo; Evaluación por el equipo técnico.	Trimestrales (El primer módulo comenzará en 02 meses, 04 meses en el módulo de la segunda y tercera se iniciará en el mes 06).
Objetivo específico 4	Asistencia para el período fuera de la escuela.	Número efectivo de atendimiento realizadas a la semana durante el periodo extracurricular Índice de frecuencias mensual de la vivienda en las actividades propuestas; Índice de frecuencia mensual de los voluntarios en las actividades realizadas.	Asistencia informe; Evaluación del desarrollo de la percepción cognitiva y motora sensorial; La evaluación de las habilidades sociales (comunicación verbal, la interacción del grupo).	Bimestral

Fuente: Elaborado por el autor.

Cuadro 3 - Evaluación del impacto:

Objetivo Específico	Indicadores de Impacto	Meios de Verificação	Período de verificação
1. Implementar la medida de protección para cumplir con el total anual de 60 niños y adolescentes que fueron victimados por la violencia domestica.	- Aumentar el número de niños y adolescentes que pasaron por la medida de protección que se dio la bienvenida en la "casa-lares"; - La elevación de la calidad de vida de los niños y adolescentes que fueron recibido por la "Casa-Lares"; - Aumentar el número de adopciones, el retorno de la familia y la inserción en una familia sustituta.	- Informe de la coordinación del programa; - Informe de indicadores de seguimiento y evaluación de la calidad de vida.	Mensuales Anuales
2. Asistir al total anual de 150 personas que forman parte de la consanguinidad;	- Aumentar el número de atención a la familia consanguínea (psicólogo, terapeuta ocupacional y un trabajador social); -Aumentar el número de niños con estatus legal definido; - Aumentar el número de niños con el mantenimiento de la relación con la familia consanguínea de la red.	- Informe socio jurídico; - Informe sobre la situación socioeconómica;	Semestral
3. Desarrollar actividades de formación vinculados a la formación de una metodología de trabajo educativo en la "casa-lares";	- Aumentar el número de profesionales capacitados para trabajar con una medida de protección a los niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica; - Mejorar las competencias profesionales del personal técnico.	- Informe del desempeño profesional en el proyectos; - Informe de seguimiento y autoevaluación del equipo técnico;	Trimestrales Anuales
4. Desarrollar actividades que hacen posible un espacio creativo con las experiencias recreativas y culturales que promueven el desarrollo intelectual, emocional y social de 60 niños y adolescentes que corren el riesgo de efectos personales y sociales.	- Aumentar el número de niños y adolescentes beneficiados con la actividad no en la escuela; - El aumento de la cualificación en la atención integral de los niños y adolescentes protegidos; - Mejora del rendimiento y neuropsicosocial culturales de los niños y adolescentes protegidos.	- Informe de ejecución de los programas; - Informe de apoyo social;	Trimestrales Anuales

Fuente: Elaborado por el autor.

Resultados

Los resultados de estos proyectos fueron: campo abierto para la Terapia Ocupacional en el contexto social; la asistencia directa anual de 200 niños y adolescentes en modalidad de “Casas-Lares” (ECA, los artículos 92 y 93); atendimento indirecto de 150 personas que forman parte de red consanguíneos de los niños y adolescentes abrigados; recursos a través de incentivos fiscales con la aprobación de proyectos sociales para proporcionar recursos públicos direccionados para garantizar el derecho de los niños y adolescentes, específicamente por la medida de protección.

Conclusión

Los proyectos sociales desarrollados en el área de Terapia Ocupacional y aprobados en los Consejos de Derechos, después de ser implantados se vuelven un canal permanente de comunicación e información para implementación, monitoramiento y evaluación de las Políticas Públicas direccionadas a la medida de protección para niños y adolescentes.

A través de esta “Nuevo Orden Social” que surge los proyectos sociales elaborados por el área de la terapia ocupacional en contextos sociales. Con el objetivo general de realizar de la efectividad de la participación de la comunidad en los canales legalizados, institucionalmente reconocido, con competencias definidas en estatuto legítimo, con el objetivo de realizar: acciones intersectoriales, la implementación y el control social de políticas públicas de sectores o de defensa de derechos de seguimientos específicos.

Por lo tanto podemos decir que los proyectos preparados por el área de Terapia Ocupacional para desarrollar programas e investigaciones encaminadas a la realización de las Políticas Públicas es una exigencia de nuestro tiempo, donde el cambio social es rápido, profundo, global y universal.

ⁱ BRASIL. *Constituição da Republica Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de out. 1988. São Paulo: Atlas, 1999.

ⁱⁱ BRASIL. *Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências*. Lei 9790 de 23 de março de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, de 24 de março. 1999.

ⁱⁱⁱ BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – Lei 8.069 de 13 de julho de 1990* (publ. no Diário Oficial da União, de 16 de jul. 1990) Ed. do Conselho Municipal Dos Direitos da Criança e do Adolescente de Curitiba.

^{iv} BRASIL. *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Brasília: CONANDA, 2009.

^v BRASIL. *LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LOAS* (Lei 8.742), de 7 de dezembro de 1993 - Brasília: MPAS, 1997.

^{vi} MEDEIROS, M. H. R. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Carlos: EdUFSCAR, 2003.

^{vii} BARROS D. D., GHIRARDI, M. I. G., LOPES, R. E. *Terapia Ocupacional e a sociedade*. São Paulo: *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 1999, v. 10, n. 2/3, p. 71-76.

*El perfil de los académicos de la carrera Terapia Ocupacional del Centro Universitario
Franciscano – UNIFRA*

*Daniela Tonús; Lucielem Chequim da Silva; Samanta Juliana dos Santos Vitt; Silvani Vargas
Vieira; Vanessa Medeiros Pinto; Vera Lucy Costa de Barcellos*

Centro Universitário Franciscano

Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Rua Silva Jardim, 1175, (55) 3025 1202,

*danielatonus@unifra.br, lcqueim@gmail.com, veralucy@unifra.br, silvani_to@yahoo.com.br,
nessa_mpinto@hotmail.com, samantavitt@gmail.com*

RESUMEN

El presente artículo es resultado de la inquietud del cuerpo docente del curso de Terapia Ocupacional del Centro Universitario- UNIFRA, a partir de la concepción de los académicos de la institución frente al objeto de estudio de la profesión.

Teniendo en vista la preocupación, cuanto a docentes, de estar formando terapeutas ocupacionales esclarecidos y concientes de la especificidad de la profesión, del núcleo de conocimiento a que pertenecen. Por medio de un levantamiento junto a los académicos del curso, con el objetivo de: identificar la percepción de los discentes en relación a la profesión; mapear las áreas de interés de actuación profesional; identificar como los discentes definen Terapia Ocupacional y diseñar el perfil de los estudiantes. La colecta de datos fue realizada durante una actividad del Curso de Terapia Ocupacional del Centro Universitario Franciscano. Esta actividad tuvo como finalidad la recepción a los académicos y presentarles las acciones desarrolladas por el curso. La metodología adoptada para este artículo fue cuantitativo y cualitativo.

El instrumento utilizado para la colecta de los datos fue un cuestionario con cinco preguntas abiertas, además de los datos de identificación. El número de participantes envueltos en la pesquisa fueron ochenta académicos, resaltando que no se obtuvo la participación de todos en la colecta de los datos. A partir de los resultados obtenidos fue posible elaborar y desarrollar un plano de acción que garante a los académicos el estudio profundo del objeto de estudio de la profesión.

INTRODUCCIÓN

La imagen de determinada profesión o grupo profesional es de suma importancia para su reconocimiento ante las demás clases y la sociedad en general.

Para que esa imagen se constituya es necesario que todos los profesionales pertenezcan a ella, así como los estudiantes del área tengan clareza de su especificidad, su objeto de estudio. La terapia Ocupacional es una profesión que viene destacándose en las últimas décadas y ganando su reconocimiento a través de la valorización de su hacer, de las pesquisas en el área, de las producciones bibliográficas lanzadas y de la abertura de nuevos cursos de graduación.

Teniendo en vista la preocupación cuanto a docentes, de formar terapeutas ocupacionales esclarecidos y conscientes de la especificidad de la profesión, del núcleo de conocimiento a que pertenecen, surge la idea de coleccionar datos a respecto de la visión de los estudiantes de Terapia Ocupacional en relación a la profesión. A partir de los resultados obtenidos es posible elaborar y desarrollar un plan de acción que garantice a los académicos el estudio profundo de su objetivo.

Por medio de un levantamiento junto a los académicos del curso, con el objetivo de: identificar la percepción de los discentes en relación a la profesión; mapear las áreas de interés de actuación profesional; identificar como los discentes definen Terapia Ocupacional; elaborar el perfil de los estudiantes. La colecta de datos fue realizada durante una actividad del Curso de Terapia Ocupacional del Centro Universitario Franciscano. Esta actividad tiene como finalidad recibir a los académicos y presentarles las acciones desarrolladas por el curso.

Es imprescindible que profesionales y académicos discutan asuntos relacionados a la formación profesional, a la especificidad de la profesión, profundizar el conocimiento a cerca de los campos y núcleos de actuación. De esta forma, es posible contribuir con el crecimiento y valorización de la Terapia Ocupacional, así como para el conocimiento técnico y científico del área.

METODOLOGIA

ESTRATEGIA METODOLOGICA

La metodología adoptada para este estudio fue cuantitativo y cualitativo, visto que, busca analizar y comprender el significado de un fenómeno, trabajando a partir de la comprensión. Interpretación y entendimiento de los datos obtenidos de la realidad humana a través de su subjetividad. También, permite cuantificar los datos de identificación de cada participante. El instrumento utilizado para la colecta de los datos fue un cuestionario con cinco preguntas abiertas, además de los datos de identificación. Los participantes de la pesquisa son académicos del curso de Terapia Ocupacional de una institución de Enseñanza Superior particular, de la ciudad de Santa Maria, Río Grande do Sul. Los datos fueron recolectados en la primera semana del mes de marzo del 2010. La muestra de la pesquisa esta compuesta por ochenta académicos, resaltando que no se obtuvo la participación de todos en la colecta de los datos. Los datos fueron explorados a través del proceso de análisis de contenido, en nivel semántico. Este proceso analiza el contenido de las respuestas de los participantes, con la intención de producir una descripción objetiva y sistemática de las mismas (1). Las categorías analizadas cualitativamente fueron: conocimiento, elección profesional, concepto, campos de actuación, características profesionales para la profesión. En el transcurso del análisis surgieron sub. Categorías que serán descritas en la discusión de los resultados. En el análisis cuantitativo fueron calculados los porcentajes de: edad, sexo, local de origen, origen de la enseñanza media y semestre.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados abajo descriptos y analizados retratan la opinión de los académicos cuanto a factores relevantes de la profesión por ellos elegidas así como, informaciones de la condición socioeconómica de los mismos.

Perfil de los Académicos

Los participantes de la pesquisa fueron identificados a partir de su edad con un porcentaje de 62.5% con edad entre veinte y treinta años. De acuerdo con (2), en pesquisa realizada junto a concursantes el factor de edad esta relacionado a las condiciones de mayor éxito en la carrera, o sea cuanto mas jóvenes mayores las probalidades de reconocimiento en la profesión y hasta en el propio examen para facultad. Los índices relacionados a procedencia de los académicos revelan que 51.25% de los participantes son provenientes de municipios vecinos y 48.75% son procedentes de Santa Maria.

Otro dato relevante se refiere a la escuela de origen de enseñanza media donde 61.15% de los académicos son de escuelas públicas y 27.5% de escuelas privadas, siendo que 11.25% no respondieron. La predominancia de alumnos que estudiaron en escuelas públicas demuestra la realidad socioeconómica brasilera, principalmente en lo que se refiere a educación. Con relación al sexo predominante de los académicos se evidencia que 95.0% de los académicos son del sexo femenino y 5.0% del sexo masculino. Otras pesquisas como la de (3), se destaca la predominancia del sexo femenino en el curso de Terapia Ocupacional, refiriéndose a este dato como algo histórico desde la constitución de la profesión. A partir de estos datos es posible trazar un perfil de los académicos que ingresan y concluyen el curso de Terapia Ocupacional del centro Universitario Franciscano, destacándose así características relevantes durante su trayectoria académica.

Conocimiento cuanto a la profesión- un camino de inquietudes

A partir de los datos recolectados durante la pesquisa se puede percibir que la mayoría de los alumnos, 37.5% tomo conocimiento del curso y de la profesión por medio de informaciones de amigos, compañeros de trabajo y familiares y 28.75% por la Internet a partir de pesquisas y en el site del Centro Universitario – UNIFRA. De esa forma se destaca que la profesión todavía merece atención especial cuanto a su divulgación ante la sociedad. A pesar de ser un curso existente en el Brasil hace prácticamente cuarenta años, reglamentada por la ley n° 938/69, todavía se depara con cuestionamientos cuanto a la identidad de la profesión, objeto de estudio y áreas de actuación. Así, la Terapia Ocupacional como las demás profesiones se viene solidificando, buscando la cientificidad por medio de pesquisas y practicas innovadoras.

Elección profesional.

Los alumnos mostraron que la identificación por la profesión fue determinante en la elección del curso, siendo 51.25% de las respuestas referentes al perfil e identidad con las características de la profesión. Los encontrados en esta pesquisa van de encuentro con las consideraciones de (4), donde afirman que las motivaciones para la Terapia Ocupacional son relacionadas con: “las afinidades del estudiante con el cuidar la clientela, los recursos/instrumentos de trabajo profesional que ellos reconocen en su proceso personal” (p.4)

De acuerdo con (3), la pesquisa se torna fundamental y se configura como factor relevante para la formación de terapeutas ocupacionales, visto que, la comprensión de este futuro profesional en cuanto a su formación, su papel, identidad, se tornan fundamentales para que este pueda comprender su papel ante la sociedad y del mercado de trabajo.

Conceptuando la Terapia Ocupacional

La terapia Ocupacional es una profesión del área de la salud que tradicionalmente actúa en el campo de rehabilitación y en ese proceso el terapeuta ocupacional hace uso del hacer humano, a través de las actividades de la vida práctica y cotidiana de la población atendida. Muchas de las respuestas obtenidas en esa cuestión demuestran que el inicio de la profesión todavía tiene influencia, una vez que siendo mayor el número de alumnos que citan la rehabilitación física como factor más relevante de la terapia ocupacional. La actividad, la función, ocupación el hacer humano...” es la profesión que actúa en las necesidades de la vida diaria del individuo (AVD) y (AVP) trabaja directamente con la actividad, el hacer, la ocupación..el ser ...”

Bajo esa perspectiva, la Terapia Ocupacional esta estrechamente vinculada a las diferentes concepciones del hacer humano, incorporadas las estrategias de rehabilitación, en la atención a los enfermos mentales o psiquiátricos y en las instituciones de rehabilitación a los incapacitados físicos.

Campos de Actuación y sus interfaces

Se identifican cinco campos mas citados por los académicos siendo ellos: hospital, clínica, escuela, comunidad y empresa. Se cree, que estos campos fueron referidos debido al hecho de ofrecer mayor empleabilidad y por poseer, desde el inicio de la profesión hasta el momento, campos de mayor inserción profesional. Los datos revelados por medio de la pesquisa destacan la opinión de los académicos a partir de sus experiencias en campos identificados durante las prácticas y pasantías supervisadas, evidenciando y reafirmando la necesidad de actividades innovadoras, contemplando su formación generalista.

Características del profesional Terapeuta Ocupacional

En la opinión de los académicos, en lo que se refiere a los adjetivos citados con mayor frecuencia surgieron palabras como: amor, cariño, cuidado, paciencia, creatividad, ética, conocimiento, dedicación. Tales adjetivos identifican el profesional destacando el perfil maternal de este, así como, la necesidad de los preceptos básicos de todo profesional competente y comprometido. El Terapeuta Ocupacional interviene junto a personas deficientes, excluidas, victima de grupos vulnerables o que requiere tales características para que de hecho pueda contemplar los requisitos de actuar en las más diversificadas y complejas áreas.

CONCLUSIÓN

El presente artículo buscó identificar la percepción de los discentes con relación a la profesión; mapear las áreas de interés de actuación profesional ; identificar como los discentes definen Terapia Ocupacional y trazar el perfil de los estudiantes . La pesquisa presentó abordaje cuantitativa y cualitativa. El análisis de los datos evidencio, la Terapia Ocupacional como las demás profesiones vienen solidificando, buscando la cientificidad por medio de pesquisas y practicas innovadoras.

Con todo, en cuanto docentes del curso de Terapia Ocupacional del Centro Universitario Franciscano- UNIFRA , creemos que en este momento, la firmeza para el encaminamiento y la continuidad de los trabajos, se dirijan al fortalecimiento y la consolidación de laTerapia

Ocupacional en el escenario de formación de estos académicos. Con esto, se resalta que los objetivos deseados inicialmente en la pesquisa fueron alcanzados, teniendo las dudas esclarecidas y la reflexión acerca de la contribución del terapeuta ocupacional presentado.

REFERÊNCIAS

(1) *Martin W Bauer e George Gaskell, 2003. “Pesquisa Qualitativa Com Texto, Imagem e Som: um manual prático”. Vozes (Petrópolis – RJ): V.1-516*

(2) *Jefferson Ildefonso da Silva e Lúcia Imamura de Lima, 1999. Perfil dos candidatos ao vestibular da Universidade Federal de Uberlândia. Revista Educação e Filosofia. 13 (25). 155-169.*

(3) *Cezar Daniel Cruz, 2003. Investigação Científica na terapia ocupacional: visões e perspectivas dos discentes no contexto brasileiro. Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCAR 1, 11: 1-17*

(4) *Alessandra Cavalcanti e Claudia Galvão, 2007. “Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática.” Koogan (Rio de Janeiro) I. 1-531*

“El rol de Terapia Ocupacional como parte de la gestión del desarrollo del territorio y el trabajo autogestionado.”

Autor: Serra Cecilia A.

Robledo Inés M. T.

Correo electrónico: ceciliaserra@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo lo llevamos adelante formando parte de un Equipo Técnico junto a Trabajadores Sociales en la Dirección de Desarrollo Territorial y Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe.

Objetivo: Consolidar equipos técnicos y áreas de trabajo que favorezcan la inclusión social de las personas y sus grupos familiares a través del trabajo autogestionado.

Nuestro rol consiste en reconocer, acompañar y capacitar a equipos técnicos y referentes de Municipios y Comunas a fin de que ellos mismos, promuevan la inclusión social de los grupos familiares más vulnerados del tejido social, reconociendo el trabajo desde una perspectiva social, educativa y productiva.

Trabajamos con el técnico para que este pueda reconocer e identificar el territorio y a su vez, pensar el desarrollo del mismo, generando capacidad instalada, y oportunidades de inclusión. Espacios vinculantes que favorezcan la articulación entre las condiciones de vulnerabilidad social de los grupos familiares de los emprendedores, el abordaje de sus diferentes problemáticas, las condiciones necesarias de apropiación de técnicas y conocimientos para la producción, las características regionales productivas y la apertura a nuevos mercados integrados en cadenas de valor.

Como parte del desarrollo del territorio se promociona y favorece el desarrollo de las redes sociales, con el fin de instalar, en el mismo, actividades que favorezcan el desempeño del trabajo y el crecimiento productivo del territorio, mejorando la calidad de vida de las personas y la sustentabilidad de los emprendimientos.

El desempeño de un trabajo autónomo permite a las personas pensarse en un proyecto de vida, en un contexto ocupacional de la vida cotidiana, ejerciendo roles propios del trabajo, que conllevan a incluirlo en su comunidad a través del acceso a la ciudadanía plena.

La Terapia Ocupacional en este ámbito, permite cambios en las prácticas profesionales y en la implementación de nuevas políticas sociales.

El rol de Terapia Ocupacional como parte de la gestión del desarrollo del territorio y el trabajo autogestionado.

El presente trabajo que queremos compartir con ustedes, se basa en la experiencia de nuestra práctica profesional en la Dirección de Desarrollo Territorial y Economía Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe; como parte del equipo técnico de dicha Dirección junto a trabajadores sociales.

Dentro de las políticas públicas de descentralización, la provincia se dividió en 5 Nodos o regiones, centrando nuestra práctica en dos de ellas: Región 1 Nodo Reconquista; región 3 Nodo Santa Fe.

Teniendo como objetivos:

- La inclusión de familias con derechos vulnerados, como el punto de encuentro de las intervenciones sociales, acompañando su desarrollo y abriendo la posibilidad de que todos sus integrantes, puedan ampliar su proyecto de vida.
- Favorecer el desarrollo del trabajo autónomo, promoviendo la asociatividad, la autogestión y la sustentabilidad.
- Incluir a las personas desocupadas en emprendimientos productivos.
- Consolidar equipos técnicos y áreas de trabajo que consideren en igual sentido los aspectos socio, educativos y productivos de los emprendimientos, mirando el desarrollo del territorio.
- Construcción de dispositivos territoriales de derivación de grupos familiares.

Como Terapeutas Ocupacionales nuestra práctica profesional nos llevo a tener en cuenta para el análisis y la intervención, los contextos, los procesos históricos, culturales, como así también las dimensiones técnicas y políticas que se atraviesan en un mismo territorio.

Es así, como nuestra intervención se basa en reconocer, acompañar, capacitar a equipos técnicos y referentes de Municipios y Comunas a fin de que ellos mismos puedan detectar familias y/o personas, ofreciendo la oportunidad de generar su propio trabajo a través de emprendimientos productivos.

Primeramente, nos abocamos a la búsqueda del o los referentes territoriales; pudiendo ser una persona o un grupo de personas profesionales o idónea/as, que tengan conocimiento del territorio, de sus actores, sus instituciones, que participan de las

diferentes actividades dentro del mismo, y con conocimiento también, de la región. Pero a la vez, y tan importante como lo anterior, con la capacidad de relacionarse con la población, y en especial las familias de emprendedores.

Cuando hablamos de familias, nos referimos a familias que en su vida cotidiana presentan situaciones de vulnerabilidad en algunos de sus derechos, y que por su motivación y modo de subsistencia afrontan y resuelven sus problemas de una manera diferente.

Los equipos o referentes tienen que poder identificar y recuperar los saberes y oficios de y con las familias o personas emprendedoras; las destrezas, capacidades y habilidades que ellas tienen, promoviendo el trabajo en grupo, la asociatividad, participación, el encuentro, con valores cooperativos, para así llegar a acciones comunes en la búsqueda de resolución de problemas y de ayuda mutua en situaciones cotidianas.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los emprendimientos nacen de una necesidad, hoy el principal desafío radica en generar un contexto de oportunidades para favorecerlo y facilitar su desarrollo. Es por ello que se torna indispensable potenciar las redes sociales, favoreciendo el entramado que dará sostén al proceso de desarrollo e integración de los emprendimientos en el territorio.

La Terapia Ocupacional en equipos de gestión de política sociales es gestora de otros equipos, transformando su profesión en una práctica interdisciplinaria, ya que utiliza los recursos propios para generar nuevos conocimientos e intervenciones en diferentes contextos.

En el vínculo de la persona con su trabajo se promueve el bienestar de las mismas, potenciándolos dentro de su comunidad y relacionándolos con su territorio, reconociendo su propio potencial a través de esta ocupación, la que adquiere especial significación según su contexto, siendo un importante factor de inclusión.

El territorio con su contexto social, cultural y económico contribuye a que las personas puedan ser participes activas de su desarrollo, influenciando y siendo influenciados por el mismo. Como resultado de ello se da un proceso transformador del contexto, del territorio y de sus integrantes, generando nuevas representaciones y valores sociales, modificando las formas de resolver obstáculos y condiciones de su propio proyecto de vida y de su comunidad.

Resultados Cuantitativos

Estos surgen de nuestro trabajo como parte de un equipo interdisciplinario que se lleva a cabo desde el año 2008, particularmente en las regiones de Reconquista y Santa Fe.

Año	Equipos Técnicos	Familias Incluidas
2009	17	556
2010	18	568

En el año 2009 se trabajo con 17equipos técnicos de 17 localidades incluyendo a 556 familias – emprendedores. Durante el año 2010 se trabajo con 18 localidades incluyendo a 568 familias – emprendedores. Cabe aclarar que durante el 2009 en la región Santa Fe se trabajo con 11 equipos técnicos que incluyeron a 260 familias y en la región Reconquista 6 equipos que incluyeron 296 familias. Así mismo, en el año 2010 en la región Santa Fe, se trabajo con 7 equipos incluyendo a 231 familias y en la región Reconquista se trabajo con 10 equipos incluyendo a 337 familias.

Conclusión:

El desempeño de un trabajo autónomo permite a las personas pensarse en un proyecto de vida, en un contexto ocupacional de la vida cotidiana, ejerciendo roles propios del trabajo, que conllevan a incluirlo en su comunidad a través del acceso a la ciudadanía plena.

La Terapia Ocupacional en este ámbito, permite cambios en las prácticas profesionales y en la implementación de nuevas políticas sociales.

Como Terapeutas Ocupacionales ejercemos un rol de gestión dentro de una Dirección, que nos permite llevar adelante políticas sociales, que implican nuevas formas de intervenir: como parte de un equipo interdisciplinario, la formación de equipos con otros pares; la intervención en nuevos contextos, como el desarrollo de los territorios como un todo, generando oportunidades de participación, de ejercicio y desarrollo ocupacional concretos. Siendo esto un proceso transformador para cada uno de los participantes y los territorios.

“El Terapeuta Ocupacional es un agente político, ya que su práctica tiene penetración en las diferentes capas de la población, engendrando y transmitiendo concepciones y valores sobre el objeto de su accionar: el Hombre y el trabajo.”¹

Bibliografía:

- Arrázola M. Analissie. <http://producciónintelectual.nur.edu/archivos/emprededurismo>.
- Buarque S. 1999. “Metodología de planeamiento do Desenvolvimento local, municipal, sustentable”. IICA, Recife, Brasil.
- CEPAL. 2001. “Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de Políticas para Latinoamérica a Inicios del Siglo XXI.”
- Kielhofner Gary. 2004. “Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación.” 3º Edición. Editorial Médica Panamericana. Bs As.
- Kronenberg F., Simó Algado S., Pollard N., 2006. “Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del Espíritu de Supervivientes”. Bs. As. – Madrid. Ed. Medica Panamericana.
- Rocha Medeiros, Ma. Heloisa. 2008. “Terapia Ocupacional. Un Enfoque epistemológico y social”. Ediciones UNL.

¹ Rocha Medeiros, Ma. Eloisa. Año 2008. *Terapia Ocupacional. Un Enfoque epistemológico y social*. Ediciones UNL. Cap. 3. Pag. 55.

TÍTULO DEL TRABAJO: “El trabajo precario como cuestión epidemiológica”

Lic. en Terapia Ocupacional Chaura, Luis Ernesto

lechaura@hotmail.com

Resumen:

Introducción:

El derrumbe de la Mina de San José (Chile) ha sido considerado un hecho epidemiológico con sufrimiento humano en el padecer de los trabajadores históricamente y en el presente.

Objetivos:

Analizar la complejidad de la situación actual de los trabajadores de la minería chilena, los factores que los afectan y los procesos de salud–enfermedad y muerte que viven en lo cotidiano. Visualizar las contribuciones de la Terapia Ocupacional como ciencia social, crítica y reflexiva en el campo de Salud Mental Comunitaria.

Método:

El análisis y lectura crítica acerca de los factores relacionados a la salud mental que no han sido considerados relevantes en la actualidad en el marco de nuestra América Latina donde se habla de riesgos laborales, menospreciando a este campo de acción.

Resultados:

Para favorecer el bienestar de las personas y mejorar la calidad de vida de los trabajadores de empleos desprotegidos, se requiere el aporte de la Terapia Ocupacional en el campo de la Salud Mental Comunitaria en los procesos de atención inexplorados aún.

Podemos identificar que unas de las causas del derrumbe de la mina de San José fue producido por la presión del sistema neoliberal por importarle la producción máxima de capital, que actúa con mecanismos directos y fuertes que habilitan la afectación del ser humano no sujeto a derecho.

Conclusiones:

Es necesario un posicionamiento ético- político de los Terapistas Ocupacionales, para poder tener la capacidad crítica frente a los procesos de salud -enfermedad del ser humano por el atravesamiento de los sistemas económicos en el que estamos insertos y como inciden en todas las dimensiones de la ocupación humana y en su modo de vivir.

Las vidas de las 33 personas tendrán un antes y un después a este hecho que transfiguro sus vidas para siempre.

scientificacongreso@atopba.org.ar
www.atopba.org.ar

Las grandes catástrofes siempre son recordadas a lo largo del tiempo, y más si tienen un final “feliz” direccionado por medios de comunicación, intereses políticos y de corporaciones económicas. Sin duda el acontecimiento de la mina de San José en Chile ha sido considerado un hecho histórico y aceptado mundialmente como un hecho epidemiológico, con sufrimiento humano en el padecer de los trabajadores históricamente y en el presente.

La idea de este trabajo es acercarnos al análisis del entramado complejo entre la relación de la ocupación ser minero, el contexto en el cual está inserto y el posicionamiento de la Terapia Ocupacional, para repensar subjetivamente las prácticas contemporáneas de Salud Mental Comunitaria aplicadas en el ámbito laboral.

El campo de la Salud Mental Comunitaria y la participación de la Terapia Ocupacional

La Salud Mental Comunitaria está integrado por actores que responden a prácticas de diversas formación. En un espacio social donde conviven diversos representantes, en relación a una problemática. Dicho campo está caracterizado por tener bordes difusos y está determinado por múltiples y alternativos mecanismos para la construcción.

Dentro de este, existen modelos de atención, que se basan en principios de cómo comprender y abordar los problemas en salud mental (teorías), las disciplinas que participan de la intervención y los tipos de prácticas que se implementan por consiguiente.

Este acontecimiento de los trabajadores de la minería, ha planteado la discusión de pensar y reflexionar la praxis de los actores en cuestión con respecto a este evento y debatir a que lógica responde el modelo de atención en salud mental y el momento de construcción del proceso subjetividad-disciplinariedad. (Intra-inter-trans)

¿Cómo pensamos el objeto de transformación en Salud Mental Comunitaria? A partir de este interrogante podemos partir de la realidad que está ligada y atravesada por múltiples factores que inciden directamente sobre la situación de los trabajadores de la minería. Algunos indicadores pesquisados corresponden y están ligados a políticas de estado, aspectos socio – históricos económicos, poca determinación de legislación orientadas a enfoques derechos de trabajadores, de identificación de colectivos sociales afectados, factores psicosociales que los aquejan y el rol de los trabajadores de salud mental, y de cómo se implican políticamente en estas situaciones que suceden en lo cotidiano de ocupaciones que atentan contra el trabajo decente.

scientificacongreso@atopba.org.ar
www.atopba.org.ar

Según Saraceno (2001) hay que tener precaución en realizar la operación simplista de sumar aspectos psicológicos, biológicos y sociales para poder comprender los factores relacionados con la salud mental de las personas.

Requiere de un posicionamiento crítico de identificación propia pero también de reconocimiento hacia el otro, como forma de proceso de construcción colectiva en un espacio sin fronteras, donde las disciplinas se encuentran y dialogan democráticamente con el objetivo de ubicar a las personas como “productores de sentido”. Este evento permite reflexionar acerca de los aportes de la Terapia Ocupacional pueda incluirse a esta construcción colectiva; si se han tomado los aspectos históricos ocupacionales de los mineros, sus inquietudes, preocupaciones y necesidades cotidianas, como así también las capacidades de desempeño y las diferentes formas de resiliencia de afrontar sus vidas antes, durante y después de este hecho.

América Latina y riesgos del trabajo:

Cuando nos referimos a riesgos laborales, dentro de la minería existe una marcada posición intencionada de direccionarlos casi siempre o que están abocados a riesgos de carácter neuro-esqueleticos o relativos al movimiento (amputaciones, traumatismos, etc.), inmunológicos, respiratorios como la silicosis, afecciones de la piel y de funciones sensoriales como la visión debido al contacto permanente ante de polvos y la audición por la contaminación sonora permanente de equipos de excavación y transporte de materiales. Sin tomar en cuenta los factores psicosociales que se dan en simultáneo junto a los demás siniestros que padecen los trabajadores del ámbito minero. Los riesgos del trabajo del minero en América Latina siguen obedeciendo lógicas de mercado, tanto por acción incompleta o por la misma omisión, al descuido de las vidas humanas y la ausencia de los Estados como reguladores de las políticas económicas, financieras, políticas, empleo, seguridad social etc. Los riesgos laborales en el campo de la salud mental no han sido considerados relevantes en la actualidad y siguen siendo menospreciados. Uno de los indicadores de esto son las experiencias de trabajo esclavo de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial en los países de América del Sur, en ámbitos de la agricultura, ganadería, construcción, minería, maderera, pesca, trata de personas etc., son indicadores que avalan este tipo de prácticas desprestigian al ser humano, despojándolo de todo derecho.

Para ubicar la función de los trabajadores de la salud, entre ellos a los Terapistas Ocupacionales

scientificacongreso@atopba.org.ar
www.atopba.org.ar

tomamos el concepto de “catarsis” orientado a la dimensión política el cual postula Gramsci (1975), cuando el hombre afirma su libertad en relación a las estructuras sociales revelando que a pesar de estar condicionado por las estructuras (políticas, económicas, sociales etc.), al mismo tiempo es capaz de utilizar esos conocimientos de las estructuras para el fundamento de una praxis autónoma, creación de nuevas estructuras o de generar nuevas iniciativas.

Reflexiones:

Podemos identificar que la causa principal del derrumbe de la mina de San José, no es más que meramente la presión del sistema de producción neoliberal, que actúa con mecanismos directos y fuertes que habilitan al desprestigio al ser humano, donde lo único que importa es la producción de capital a todo costo. El “trabajo decente”¹ es una de las deudas pendientes a conseguir y legitimar en América Latina para favorecer los procesos de promoción, prevención y recuperación en salud mental, por lo tanto son tan esenciales como parte de condición humana. Es necesario un posicionamiento ético- político de los Terapistas Ocupacionales como trabajadores de la salud, para poder tener la capacidad crítica frente a los procesos de salud - enfermedad del ser humano, dado el atravesamiento de los sistemas económicos en el que estamos insertos que inciden en todas las dimensiones de la ocupación humana y en su modo de vivir. Es necesaria intervenciones psicosociales, que apunten a una mejor calidad de vida de las personas, bienestar y el ejercicio pleno de los derechos humanos, sin perder de vista las características de los trabajadores con respecto a su cotidianidad; identificando conocimientos, intereses, sensaciones, preocupaciones, rituales, necesidades, capacidades de desempeño, entorno cultural, histórico, social-comunitario etc. sirviendo de ayuda para iniciar una construcción colectiva de una subjetividad comunitaria basada en el ejercicio pleno de ciudadanía, trabajo intersectorial articulado que favorecerá la participación en ocupaciones significativas saludables. Retomo una frase de Salvador Allende donde refiere “La historia es nuestra y la hacen los pueblos”, pero por el momento tiene como protagonista exclusivo en primer plano, el “**hacer y deshacer**” del sistema económico actual.

¹ Trabajo decente: Concepto en construcción de la OIT, de carácter integrativo y profundo en relación a la condiciones de trabajo(productivo y seguro, respeto de los derechos laborales, ingresos adecuados, protección social, dialogo social, libertad sindical, negociación colectiva y participación)

Bibliografía:

- Arias, M P , 2010, Le Monde Diplomatique , disponible online: <http://www.accionag.cl/wp-content/uploads/2010/10/6-7-M-Pascual3.pdf> Consultado: 7 de Noviembre del 2010
- Caputo O., Galarce G., Trabajo precario en el cobre chileno: Codelco (I), Junio 2007, disponible online: http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/caputoo/caputolo0050.pdf Consultado: 15 de Noviembre del 2010.
- Clara M. 2010, Material de la Cátedra Epidemiología en Salud Mental Comunitaria, Capítulo I Introducción a la Epidemiología Social, Universidad Nacional de Lanús.
- De la Aldea E, Subjetividad heroica, El salvador ante la catástrofe, material de la cátedra promoción comunitaria de la maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
- Coutinho, C., 2000 “Gramsci, el marxismo y las ciencias sociales” en Borianni E, Montañó C. Metodología y Servicio Social. Editorial Cortez (San Pablo) I. 171-196.
- Galeano, E., 2010, La Venas Abiertas de América Latina, Editorial Siglo XXI, I , 28-33
http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso_peru/Documentos%20aportados%20por%20los%20participantes/Factores%20Psicosociales%20y%20Salud%20Mental%20en%20el%20Trabajo.pdf Consultado 20 de Febrero del 2011.
- Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional. 2002. Ámbito de Competencia y Proceso.
- Martínez, M., 2006, BBC Mundo, Chile, Pinochet y la economía, disponible online: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/business/barometro_economico/newsid_6189000/6189773.stm Consultado: 10 de Noviembre del 2010.
- Martínez, M., 2006, BBC Mundo, Chile y el "oro rojo", disponible online: http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/business/barometro_economico/newsid_5252000/5252410.stm Consultado el 20 de Noviembre del 2010.
- Max Neef, M., 1994, Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones, Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay.
- Moreno M., Carrión M., Perez G., Saraz Lozano S., 2006, “Los factores psicosociales en el trabajo” en Factores psicosociales y salud mental en el trabajo, Universidad de Guadalajara, México, 66-81. Disponible online:
- Organización Internacional del Trabajo, OIT, 2010, Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación, disponible online: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf Consultado 25 de Enero del 2011.

scientificacongreso@atopba.org.ar
www.atopba.org.ar

- Organización Internacional del Trabajo, OIT, C29 Convenio sobre el trabajo forzoso (1930) disponible online: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C029> Consultado 15 de Noviembre del 2010.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT, Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional; definición del trabajo decente. disponible online: http://www.oit.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/rct/35rct/doc_ref/doc1/i.htm Consultado 2 de Diciembre del 2010.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT, Convenio 176 de la OIT con respecto a la seguridad y salud en las minas (1995) disponible online: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C176> Consultado 4 de Noviembre 2011.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT, Ratificación del convenio 176 OIT con respecto a la seguridad y salud en las minas, disponible online: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/ratifcs.pl?C176> Consultado 3 de Noviembre del 2010.
- Parra, M., Organización Internacional del Trabajo, OIT Chile, Conceptos Básicos en Salud Laboral, disponible online: <http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf> Consultado 4 Marzo del 2011.
- United States Geological Survey (USGS) 2009. Producción mundial de cobre en el mundo, disponible online: <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/commodity/copper/mcs-2010-coppe.pdf> Consultado 3 de Diciembre del 2010.
- Saraceno B. (2001) OMS, La ciudadanía como forma de tolerancia.

Agradecimientos:

Se agradece la colaboración de la Lic. Mirta Clara, que aportó datos e información que permitieron dar direccionalidad al mismo.

Así también agradecer a la Lic. Elizabeth Gómez Mengelberg, que asesoró en cuestiones metodológicas del mismo.

scientificacongreso@atopba.org.ar
www.atopba.org.ar

Entre las culturas: jóvenes Guaraní entre el pueblo y la ciudad

Autores: Macedo, Maria Daniela Corrêa de Macedo
Garcia, Átala Lotti

Correo electrónico: mariadaniela@ccs.ufes.br

Resumen:

Este artículo describe las experiencias de los jóvenes guaraníes entre el pueblo y ciudad. Este trabajo es el resultado de un estudio titulado "Jóvenes entre culturas: itinerarios y las perspectivas de los jóvenes guaraníes entre el pueblo y la ciudad de Boa Vista Ubatuba. El objetivo fue comprender cómo la comunidad de doce jóvenes del pueblo de Boa Vista, situado en Ubatuba, litoral norte de São Paulo, Brasil, organiza las relaciones constituidas por la situación de intenso movimiento que caracteriza el sitio actual. Con ese pensamiento en las historias de los jóvenes y sus perspectivas sobre sus proyectos de vida, sus espacios sociales y sus múltiples identidades, que son los temas que desafían nuestra comprensión, junto con la necesidad de comprender las interacciones de los jóvenes guaraní Mbyá con la ciudad. La metodología utilizada para la investigación de campo tuvo el aporte de la etnografía, las entrevistas no estructuradas, guión de orientación para complementar el área temática, para el conocimiento y apuntalamiento de nuestro debate sobre el Guaraní..

Tenemos una lista de los estudios bibliográficos de las historias de vida de los jóvenes y vemos que cada cual estableció su estrategia y formularon sus diferentes vínculos para la construcción de sus redes, basado en experiencias particulares en tránsito entre la ciudad y aldea.

Los resultados en la educación y la salud permitió conocer las diferentes formas de relaciones y algunos espacios en que los jóvenes se mueven entre la ciudad y aldea, espacios identitarios por que los jóvenes transitan y hacen la reformulación de sus idearios y creando intermediación cultural. El tránsito y la articulación son facilitado por las diversas formas de intercambio de conocimientos, confrontación y redefinición de las identidades involucrados en el proceso. Hacer la escuela y los servicios de salud, obras de diferenciación y expresión de la diversidad.

Entre las culturas: jóvenes Guaraní entre el pueblo y la ciudad

Introducción

Questionar acerca de los problemas actuales de los jóvenes Guaraní comenzó con la actividad desarrollada por el Coordinador de Asuntos de la Mujer en la localidad de Boa Vista, en Ubatuba (SP), con los servicios de salud por la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) para implementación de la atención en Terapia Ocupacional en 2007. Durante estos papeles tienen muchas preguntas sobre las condiciones actuales de vida, particularmente entre los jóvenes en su movimiento entre los servicios de salud, escuelas y otros lugares de la ciudad. Procedentes de la investigación titulada: "Jóvenes entre culturas: itinerarios y las perspectivas de los jóvenes Guaraní entre el aldea Boa Vista y la ciudad de Ubatuba".

Los Guaraní representan en la actualidad la mayor población indígena que se encuentran en Brasil. De acuerdo con el Instituto Socio-Ambiental¹ son alrededor de 34.000 personas que se distribuyen por la extensión de seis estados - Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Sao Paulo, Río de Janeiro y Mato Grosso do Sul, 18 a 20.000 Kayowá, 8 a 10 000 Ñandeva y 5 a 6000 Mbyá ; también residen en Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay, con diferentes nombres. En Brasil, se dividen en subgrupos, los Guaraní-Ñandeva, los Guaraní-Kayowá y Guaraní-Mbyá (grupo históricamente situada en el sureste y el sur de Brasil), y presentan diferencias lingüísticas en los rituales, las costumbres, la organización política y religiosas (cf. ISA¹).

Con ese pensamiento en las historias de los jóvenes y sus perspectivas sobre sus proyectos de vida, sus espacios sociales y sus múltiples identidades, que son los temas que desafían nuestra comprensión, junto con la necesidad de comprender las interacciones de los jóvenes Guaraní Mbyá con la ciudad.

Desarrollo

En el estudio, hemos tratado de entender como doce jóvenes de la aldea comunidad de Boa Vista, ubicado en Ubatuba, litoral norte de São Paulo, Brasil, se organizan frente las relaciones constituidas por la situación de intenso movimiento que caracteriza el sitio actual. ¿Cuáles son las preocupaciones, temores y expectativas de esta población joven? Además de una preocupación subyacente que se deriva de la falta de reflexiones hechas en Terapia Ocupacional en las sociedades amerindias en Brasil, aunque hay profesionales que desarrollan acciones con ellos. Creemos que es importante que los profesionales comprendan la

complejidad del diálogo entre las personas que pasan por los procesos de socialización con el apoyo de diferentes lógicas y valores históricos.

Para esto describimos experiencias, carreras e historias de vida de los jóvenes Mbyá Guaraní - interlocutores en el momento de la transición en curso entre dos ethos, dos lógicas diferentes y las prácticas sociales. Así nos enteramos de las formas de las negociaciones, para familiarizarse con las rutas y el lugar natural en la ciudad, comprender, por otra parte, como la sociedad urbana responde a su presencia y sus demandas.

Dos estrategias simultáneas modularon la encuesta. La primera corresponde a la revisión bibliográfica, para el conocimiento y la fundación de nuestra discusión de los Guaraní. Se intentó identificar las publicaciones en Guaraní (en especial en la provincia de Sao Paulo), la investigación se refiere a las relaciones entre el mundo de las zonas del pueblo y urbano, ya sea con la discusión de las cuestiones relativas a los jóvenes. Se tomó un periodo dedicado al conocimiento y entendimiento acerca de la empresa basada en la juventud y el Guaraní. La segunda estrategia fue el énfasis en el trabajo de campo. La etnografía sirvió de base para el desarrollo de la investigación de campo. Tenemos una lista de los estudios bibliográficos las historias de vida de los jóvenes Guaraní de la Boa Vista, también se construye mediante la realización de entrevistas abiertas, desde el tema de guiones orientados a complementar el campo. Los momentos de las entrevistas se construyeron a lo largo de la investigación de campo y numerosas reuniones se llevaron a cabo como resultado de algunas grabaciones de audio. Sin embargo, la interacción entre el investigador y los jóvenes dieron estas reuniones, que se inició en la escuela, sino que se extienden por las calles de la ciudad, plazas, tiendas, visitas turísticas, pueblo y sus hogares.

La investigación es parte del análisis desde la perspectiva de un diálogo intercultural que, de acuerdo con Santos², no sólo el intercambio de conocimientos entre diferentes, sino entre las diferentes culturas, entre diferentes universos de sentido y, a menudo desproporcionados. El autor propone una hermenéutica como un medio para ampliar el carácter incompleto de reciprocidad máxima, a través de un diálogo que se lleva a cabo, con un pie en una cultura y otra (Santos²)

Nuestro enfoque en este estudio se acerca a los jóvenes en su mundo de relaciones, en los que, según Augé³, es en sí mismo la remodelación cada instante. El autor, en "Por una antropología de los mundos contemporáneos", dice que esta fue la gran paradoja del mundo contemporáneo con su diversidad de mundos. Para Augé³, al mundo a comunicarse unos con otros, cada uno con al menos una imagen de la otra, que (incluso con el habla distorsionada o ininteligible reelaborado) permita que nadie duda de la existencia de la otra. También de acuerdo con el

autor, la dificultad radica en el reconocimiento de la heterogeneidad de los mundos, tanto en la dimensión individual y social, y la primera es en cierto modo, un mundo en sí mismo, en los que el individuo mantiene una colección de referencia de la información política, económica y medios de comunicación. En segundo, las estructuras no son homogéneas. Por lo tanto, los valores de un mundo puede ser válida en otros mundos, pero teniendo en cuenta que sus miembros no comparten necesariamente los mismos valores. Por lo tanto, sólo pertenecen a un mundo en relación a algunos aspectos (Augé³). El gran problema es la crisis en las relaciones, por lo que la crisis de la alteridad. Nuestro estudio se encuentra en la encrucijada del campo de nuevos mundos donde se pierde el rastro de los antiguos sitios míticos (Augé³). Así que buscamos en algunas referencias a nuestra comprensión básica de estos nuevos espacios sociales.

Como resultado nos encontramos en la educación y la salud la oportunidad de aprender sobre las diferentes formas de relaciones y algunos espacios donde los jóvenes se mueven entre la ciudad y los espacios de identidad del pueblo en el que los jóvenes se mueven y giran hacia la mejora de sus ideales y para los que crear ámbitos de la mediación cultural. El tráfico y los enlaces están permitidas por las diversas formas de intercambio de conocimientos, la comparación y la redefinición de las identidades en cuestión. Conviértete en sitios de construcción de escuelas y servicios de salud, de la diferenciación y la expresión de la diversidad.

La educación consiste, a nuestro juicio, como un lugar de conexión entre los "mundos", que aún persiste en la discusión de metodologías y formas de actuar en "la educación indígena", el movimiento y los conceptos de las escuelas regulares entrar en los pueblos, aún en diferencias de composición en la educación. La conexión entre los "mundos" se ha ampliado, también, por la presencia de los servicios de salud en el aldea y el trabajo de los jóvenes como agentes y aliados de la salud, estimular el debate sobre las diferentes metodologías y conceptos de atención de la salud.

Conclusiones

Con las historias de los jóvenes, nos encontramos con que cada uno ha desarrollado su estrategia y elaborar sus vínculos diferentes para construir sus redes basadas en experiencias personales en tránsito entre la ciudad y el pueblo, mismo jóvenes del mismo pueblo y viviendo tan próximos. Como se destaca por Bondía⁴, la experiencia no es lo que sucede, pero lo que nos sucede, dos personas, todavía se enfrenta el mismo evento no son la misma experiencia, el evento es común, pero la experiencia es que cada uno de sus, único e imposible de alguna

manera a repetir, aunque también tenemos un análisis de lo colectivo, lo que amplía la comunidad, como el hecho de que la mayoría de los jóvenes tejen sus redes en la familia, la religión y el trabajo.

Según Barros et al. ⁵, la Terapia Ocupacional social deben contribuir a resolver las cuestiones planteadas por las contradicciones sociales y culturales. Y la intervención de la terapia ocupacional se constituye como una estrategia para la mediación de conflictos, a través de la incorporación de metodologías para la acción social, ya que hay conflictos en las relaciones entre individuos y grupos y los conflictos inherentes a la vida social, política y económica. (Barros et al. ⁵).

Se observó la dificultad en algunos diálogos interculturales entre los jóvenes y técnicos, tanto de la salud como la educación. Se trataría de ámbitos en que la terapia ocupacional puede intermediar y ayudar en el diseño de proyectos de vida. Percibese de los jóvenes la falta de personas para dialogar sobre cuestiones como la profesionalización, formación, entorno familiar, las relaciones familiares, abuso de alcohol y lo más importante, ayudar en la construcción de proyectos personales y comunitarios. Además de los proyectos relacionados con actividades de ocio y formación profesional, tan escasa em la realidad de estos jóvenes.

Referencias bibliográficas

1-ISA (Instituto Socio-Ambiental) [Internet]. Los pueblos indígenas en Brasil. 10 2003. Disponible en: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/quadro-geral>.

2- Santos, B S. Por una concepción multicultural de los derechos humanos. Revisión Crítica de Ciencias Sociales. 1997; (48): 23.

3- Augé, M. Por una antropología de los mundos contemporáneos. París, Bertrand Brasil, 1997.

4- Bondía, J L. Notas sobre la experiencia y el conocimiento de la experiencia. Conferencia pronunciada en el Primer Seminario Internacional de Educación de Campinas, en julio de 2001, traducido por Juan Wanderley Geraldi. Revista de Educación en enero / febrero / marzo / abril 2002; (19).

5- Barros, D D, Lopes, R E, Galheigo, S M. Terapia Ocupacional social: conceptos y perspectivas. En: Terapia Ocupacional en Brasil: fundamentos y perspectivas. São Paulo: Publicación del plexo de 2001.

Entrenamiento funcional: Obtención de logros cotidianos y mecanismos que median en la recuperación.

Autor: María Cecilia Torres

Alejandra Bentivoglio

Correo electrónico: mariacecilia.torres@yahoo.com

RESUMEN

Introducción

Es fundamental conocer los mecanismos Neuroplásticos que operan en la recuperación de los pacientes y continuar el análisis de lo observado en el tratamiento como parte de la construcción de una Práctica Basada en la Evidencia.

No se registran trabajos de Terapia Ocupacional que relacionen el Accidente Cerebro Vascular con un mecanismo de inhibición-excitación reversible, llamado Diasquisis . El trabajo se propone presentar el razonamiento clínico y afirmar la importancia de la intervención del TO en cuadros de disfunción.

Es posible desde la teoría hacer referencia a la diasquisis y describir un desequilibrio inhibición-excitación observable, que expone al paciente a un estado clínico que no responde al foco lesional.

El avance de las técnicas de neuroimagen funcional permiten hoy conocer que cualquier tipo de lesión que impacte sobre una sinapsis puede generar una depresión reversible de funciones en áreas conectadas anatómica o funcionalmente al área lesionada.

Esta tecnología, no presente en el contexto de salud pública donde nos desarrollamos como Terapeutas Ocupacionales, no acota la posibilidad de instrumentar a partir de la búsqueda teórica la reflexión clínica sobre la intervención

Durante el análisis de los logros obtenidos en el tratamiento la teoría funciona como una hipótesis en investigación, integrándose a un proceso reflexivo de los resultados obtenidos.

Objetivo

El objetivo del trabajo es exponer los resultados del tratamiento, presentar el tipo de abordaje dentro del contexto de la salud pública y establecer relaciones hipotéticas sobre el posible mecanismo neuroplástico implicado en las características del cuadro clínico y en su evolución.

Material

Presentación de un caso desde el razonamiento clínico implicado en la planificación terapéutica y en el análisis reflexivo sobre los logros obtenidos.

Resultados

Se instrumentó un tratamiento intensivo de 4 meses de duración. Se inicia con un puntaje de 10/100 en la escala de Barthel, se recaba 80/100 en el momento del alta terapéutica.

Los antecedentes del paciente, las características del abordaje y la recuperación de la funcionalidad, propician establecer una relación con la Diasquisis.

El avance en el conocimiento de los mecanismos neuroplásticos nos permite, como Terapeutas Ocupacionales desarrollar estrategias para incrementar los efectos del entrenamiento sobre la función en ACV.

Consideraciones finales

La relación entre ACV y Diasquisis en este caso clínico debe considerarse como una hipótesis en investigación, más este análisis abre la posibilidad de tener en cuenta los efectos de los mecanismos de inhibición- excitación en el momento de esclarecer el pronóstico funcional del paciente y de tomar la decisión de su inclusión en tratamiento.

- El trabajo incluye material visual que registra Pre-test-Post-test de mini-objetivos funcionales ,planteados en una sesión terapeutica.

“La experiencia ha demostrado que en todo paciente existe cierto potencial no reducido para una actividad de organización mas superior.La pregunta doble es como alcanzar ese potencial y en caso de hacerlo que explicación racional se le puede dar”

Berta Bobath

Introducción

La Institución en la que nos desempeñamos como Residentes del Servicio de Terapia Ocupacional, se funda en 1952 denominándose CERENIL.En 1976 comienza a depender del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, llamándose INAREPS.

Las patologías mas frecuentes que presentan los pacientes que atendemos en el Servicio son: Lesión medular (paraplejías, cuadriplejías), Traumatismo Craneoencefálico, Amputación (miembros superiores y/o miembros inferiores), Patología Reumatológica, Secuelas Postquirúrgicas, Secuelas de ACV, Mielomeningocele, Secuelas de Poliomiелitis, Enfermedades Degenerativas (Esclerosis Múltiple, ELA etc.)Síndromes Genéticos, Retraso Madurativo, etc.

El objetivo principal es la Rehabilitación integral del paciente discapacitado, brindando apoyo científico a la familia y realizando la educación comunitaria básica a la población ,concientizándola de su responsabilidad ante la discapacidad.

En este contexto institucional nos desarrollamos.

En este trabajo es nuestro interés exponer un caso clínico ,el cuál presentó una evolución que nos interrogó en el intento por describir como funcionó en este paciente el tratamiento instrumentado.

Afirmamos que esta etapa post tratamiento de análisis y descripción retrospectiva, debe ser considerada solamente como un momento de búsqueda de hipótesis en investigación que permitan explicar los hechos observados y comprender mas profundamente el funcionamiento del Sistema Nervioso Central.

Plasticidad Cerebral es el principio de organización que fundamenta la aplicación de programas de intervención terapéutica para la recuperación funcional.

El trabajo se propone describir la posición que asumimos como Terapistas Ocupacionales en el Área Física, presentando objetivos, técnicas y recortes del razonamiento clínico que guía el tratamiento.Inicia un análisis que destaca la importancia de conocer los mecanismos Neuroplásticos y de Restauración Funcional, siendo estos la base Neurobiológica que apoya y justifica la intervención en Terapia Ocupacional.

Descripción de caso clínico: Evaluación

Evaluación domiciliaria

El día 19/08/09 se realiza una visita domiciliaria, intervención fundamental en el tratamiento de Terapia Ocupacional, que forma parte de la modalidad de abordaje de la institución .

El paciente es un varón de 80 años de edad con diagnóstico de Hemiplejia facio-crural derecha secuela de ACV isquémico (fecha del trauma 10/06/09), es derivado del hospital de agudos con informe de TAC : región fronto parietal izquierda imagen hipodensa de 5 x 4 centímetros de diámetro con leve extinción caudal.

Resulta importante señalar que nuestra institución no realiza estudios de diagnóstico por imagen, los pacientes ingresan con estos estudios y frente a interurrencias clínicas que requieren la exploración son derivados al hospital de agudos.

El paciente permanece en cama ortopédica la mayor parte del día, la familia refiere requerir asistencia máxima en las Actividades de la Vida Diaria.

Se observa intenso dolor a la movilización pasiva del miembro superior afectado, Síndrome hombro-mano severo, Síndrome afásico y necesidad de asistencia máxima en AVD.

El paciente convive con su esposa de 80 años de edad, la cual presenta problemas auditivos y visuales.

El ambiente y el núcleo familiar se presentan no facilitadores para la rehabilitación del paciente, con lo cual el equipo interdisciplinario decide la modalidad de intervención de internación en el Instituto.

Se indican medidas de posicionamiento y de manejo del paciente para su asistencia en las AVD, hasta dicha instancia.

Ingreso a la Institución: Evaluación Inicial

El 1/09/09 el paciente ingresa a la Institución, es nuevamente evaluado por los Servicios de Rehabilitación. En la evaluación de Terapia Ocupacional se recaba:

- Miembro superior afectado pléjico-flácido (no se inicia ni provoca ningún movimiento)
- Severo dolor a la movilización pasiva del miembro superior afectado.
- Síndrome hombro-mano severo.
- Subluxación de hombro.
- Afasia mixta a predominio de expresión.

- Heminegligencia.
- Trastornos de la sensibilidad del lado afectado.
- Trastornos esfinterianos.
- Barthel 10/100: alimentación (5) arreglo personal (5).
- Ausencia de participación espontánea y facilitada en las AVD.

Intervención Terapéutica: Preparación-Función

En la planificación del tratamiento de Terapia Ocupacional es posible pensar a las acciones terapéuticas como lo observable de un proceso que se sostiene en el profundo análisis de los problemas funcionales del paciente. La búsqueda de soluciones que optimicen el nivel de independencia es el objetivo de nuestra tarea como Terapistas Ocupacionales.

El razonamiento clínico que guía la intervención terapéutica comprende al paciente en todas sus dimensiones: física, psíquica y socio-ambiental.

Esclarecer los objetivos a alcanzar y el orden de prioridades a trabajar en la sesión de Terapia Ocupacional, son momentos dinámicos y flexibles, sensibles al suceder del tratamiento y al deseo del paciente durante su evolución.

El análisis de lo recabado en la valoración funcional establece prioridades que guiarán las acciones terapéuticas. Es fundamental identificar los factores interactuantes que conforman el bloqueo en el desempeño funcional, identificar las causas permite introducir en el tratamiento los estímulos adecuados y revertir la evolución de un cuadro de déficits que se imponen a la Función.

Los Conceptos de Rehabilitación conforman la base en la que construimos una Práctica Basada en la Evidencia. Desde esta postura ética, es prioritario obtener en cada intervención terapéutica aquella respuesta del paciente que afirma que el razonamiento clínico que guía la planificación de la sesión, es correcto.

Trabajamos con el desafío justo para las capacidades del paciente buscando una respuesta funcional máxima que exprese su deseo.

La evaluación inicial del paciente expone un cuadro de dolor e inmovilidad en cama de aproximadamente 3 meses de evolución.

El cuadro se instala en un **círculo cerrado** de perpetuación de los síntomas. Términos sencillos describen como el dolor inmoviliza y la inmovilización produce dolor.

En continuidad con la forma de planificar cada sesión de Terapia Ocupacional, el tratamiento de este paciente se describe en dos momentos: Preparación y Función.

Preparación comprende la implementación de acciones previas necesarias para la facilitación de la función, es decir la estimulación de los tejidos para su óptima respuesta dentro de la construcción del repertorio funcional.

Todas aquellas intervenciones preparatorias para la función responderán a la hipótesis que explica las dificultades del paciente para llevar adelante sus actividades diarias.

Preparación para la función

Objetivos:

1. Reducir el dolor
2. Brindar posicionamiento adecuado
3. Facilitar movilidad en cama
4. Lograr sedestación segura y agradable

Planificar para el logro de los objetivos propuestos comprende un proceso de resolución de problemas permanente, estos son abordados en conjunto con el paciente y su familia. Las dificultades en la comunicación y comprensión de consignas durante el tratamiento del paciente afásico alcanzan altos desafíos.

Las alteraciones cognitivas y la heminegligencia requieren estrategias eficaces que faciliten la respuesta funcional deseada.

La comprensión del funcionamiento del Sistema Nervioso Central desde la Teoría de los Sistemas conforma la base científica de la rehabilitación de este paciente.

Esta herramienta teórica consolidó las siguientes acciones terapéuticas generalizadas aplicadas durante todo el proceso de rehabilitación:

- Detectar los problemas primarios que interfieren en la función.
- Determinar un mini objetivo medible para la sesión de tratamiento.
- Trabajar para estimular la respuesta funcional activando Sistemas que no presentan alteraciones.
- Facilitar la reorganización de los Sistemas Funcionales.

Como Terapeutas ocupacionales trabajamos con la respuesta activa del paciente, con su motivación innata por la función, este camino evoluciona desde la máxima a mínima asistencia posible.

En cada sesión se implementaron múltiples recursos con el objetivo de aumentar la comunicación y participación del paciente durante la intervención.

En este primer momento del tratamiento el objetivo es preparar al paciente para salir de la permanencia en cama.

Es fundamental restaurar el placer por el movimiento y la actividad con máxima eficacia en la reducción del dolor.

Se instrumenta un abordaje que responde a la hipótesis que explica como el estímulo justo tiene el efecto de bloquear el circuito de perpetuación de las vías del dolor que impone la inmovilidad.

Se aplicaron los siguientes conceptos de tratamiento:

- Facilitación Neuromuscular Propioceptiva
- Bobath
- Teoría de los Sistemas

Se implementaron maniobras Neurodinámicas .

Se desarrollaron dispositivos de posicionamiento en cama y en posición sedente para miembro superior.

La disminución del dolor permitió estimular por periodos gradualmente crecientes la posición sedente segura en silla de ruedas y silla común, introduciendo cambios fundamentales en la vida diaria del paciente: en su nivel de funcionamiento físico psíquico y familiar.

La **Preparación** del paciente posibilita la Facilitación de los patrones automáticos que conforman la base sobre la que se construyen las habilidades de la vida diaria. Reestablecer el deseo por el movimiento independiente se inició con facilitación máxima del rolado seguro y eficaz, en esta actividad básica el paciente comienza a transitar el camino del Aprendizaje Motor.

Esta etapa preparatoria para la Función responde a un posicionamiento profesional que construye un abordaje:

- **Positivo** centrado en remover las reservas del paciente y alcanzar su nivel funcional más alto.
- **Resolutivo** con respecto a los déficit cognitivos, sensitivos y del lenguaje.
- **Dirigido** a alcanzar ese potencial no reducido para una organización mas superior

Esta intervención se sustenta en el Modelo Neurológico que sostiene que la recuperación involucra tres Procesos interactivos separados:

- **Resolución de la Diasquisis**
- **Compensación conductual**
- **Neuroplasticidad**

Facilitación de la Función

Objetivos:

1. Reinstalar la participación activa en las Actividades de la Vida Diaria:Alimentación-Higiene-Vestido-Transferencias
2. Facilitar los componentes básicos de la función total.
3. Estimular el desempeño seguro e independiente en las AVD

Las Actividades de la Vida Diaria se trabajaron desde la primera sesión, partiendo de un nivel de máxima asistencia para acceder a la función independiente.

Se instrumentó un tratamiento compensatorio con el objetivo de brindar una intervención basada en las necesidades tanto del paciente como de su familia.

Este abordaje no enfatiza el aprendizaje motor del lado afectado, se centra en la recuperación de la funcionalidad, propiciando la activación compensatoria del lado no afectado.Aún utilizando términos clásicos como lado afectado- lado sano, apostamos a un abordaje que debe integrar ambos hemisferios.

Se observa que el lado supuestamente sano presenta un bloqueo que impide compensar el cuadro hemipléjico.No está presente el repertorio de habilidades básicas que construyen un funcionamiento seguro e independiente.

En cada sesión de tratamiento se trabajó sobre patrones de movimiento consistentes de la función.Conceptualizando a estos patrones como bloques constitutivos, constantes y repetitivos de las funciones. Fue primordial y edificante facilitar movimientos específicos del tronco como la inclinación lateral, rotación en los segmentos T10-L2, como componentes claves de la transferencia de peso, siendo esta una habilidad funcional indispensable para el desempeño en AVD.El Análisis y Reanálisis permanente durante la facilitación de las Actividades de la vida Diaria, posibilitó resolver el bloqueo funcional.

Resultados y Conclusiones

El tratamiento intensivo de 4 meses de duración con frecuencia de una hora diaria se coordinó acorde al funcionamiento institucional y posibilitó al paciente retornar sus AVD en el hogar con el mas alto nivel de independencia posible.En el momento del alta alcanzó un Barthel de 80/100,siendo el área mas afectada el control de esfínteres ,se observa un funcionamiento eficaz en las áreas de alimentación –higiene-vestido-transferencias .La evolución clínica del paciente instala la necesidad de explicar como el cerebro se adapta y reorganiza para permitir la funcionalidad.La búsqueda de respuestas teórico –científicas se centra en dos elementos fundamentales:

- El efecto de la lesión en términos clínicos
- La resolución rápida del cuadro disfuncional basada en un tratamiento compensador

En las dos últimas décadas se ha demostrado un creciente interés por el fenómeno de la Diasquisis, gracias al desarrollo de técnicas funcionales de neuroimagen, que han puesto de manifiesto alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral o en el metabolismo de zonas alejadas a la lesión primaria.Durante la década de 1870 Brown-Secuard describió efectos remotos de lesiones cerebrales focales a los que denominó” acciones a distancia” ,según este autor las lesiones cerebrales producían efectos excitatorios e inhibitorios que causaban la desconexión de funciones en regiones distantes al lugar lesionado.Von Monakov en 1914 desarrolló estas ideas e introdujo el término

Diasquisis para describir la pérdida de excitabilidad en regiones adyacentes o remotas, pero conectadas al lugar original de la lesión. En 1966 Kempinski comprueba la noción en un modelo experimental, propone los siguientes criterios diagnósticos:

- Lesión cerebral circunscripta
- Base neuronal para el efecto de depresión de funciones
- Existencia de sinapsis entre la estructura dañada y la afectada por Diasquisis
- Identificación del tracto de fibras que intervienen
- Reversibilidad

Diasquisis es un fenómeno fisiológico basado en la depresión reversible de funciones conectadas anatómicamente o funcionalmente al área lesionada. Dentro de las variedades descritas la Diasquisis Inter hemisférica o Transcallosa parece explicar el cuadro clínico de nuestro paciente. El cuerpo calloso es una comisura interhemisférica, sus fibras se dispersan para conectar puntos idénticos de la corteza de ambos hemisferios, lo más enigmático es su repercusión clínica, tiene un efecto negativo agravando los síntomas que forman parte del cuadro, a nivel motor. Marque et al hallan alteración significativa de la función del hemicuerpo ipsilateral supuestamente preservado en pacientes con Hemiplejía derecha, secundaria a lesión vascular cerebral. Las consecuencias remotas de una lesión dependerán del carácter estimulador o inhibitorio de la lesión primaria y de la naturaleza estimuladora o inhibitoria de las sinapsis implicadas. Desde el punto de vista académico, cabe suponer que este fenómeno se puede presentar en cualquier neurona que reciba aferencias de otra lesionada, por lo que el número de posibilidades es tan elevado como el de vías neuroanatómicas existentes. Sostenemos que los diferentes tipos de Diasquisis deben considerarse en pacientes con ACV por su potencial reversibilidad y para diferenciarlo de la focalidad lesional. El conocimiento de los posibles “efectos a distancia” de la lesión, modifica el curso del razonamiento clínico y permite considerar otras opciones que benefician altamente al paciente y su familia.

Es relevante destacar que el paciente al momento de la evaluación inicial presentaba los 10 factores pronósticos de difícil recuperación funcional descritos por la bibliografía. El conocimiento de la existencia de trastornos de la excitabilidad de los hemisferios y del fenómeno de Diasquisis introduce posibilidades frente a la decisión de ingresar a tratamiento a un paciente con este cuadro de déficits y antecedentes.

El abordaje de Terapia Ocupacional es fundamental en la resolución de un cuadro que se organiza en la depresión reversible de funciones conectadas al área lesionada. Hipotetizamos que los antecedentes del paciente y su realidad socio-familiar reforzaron la evolución de un cuadro de Diasquisis, que en el tiempo disminuyó su posibilidad de reversibilidad espontánea. La intervención de Terapia Ocupacional introdujo estímulos necesarios que propiciaron la observación de un cuadro de disfunción reversible.

A partir de esta experiencia, intentamos presentar la especificidad del abordaje de Terapia Ocupacional, afirmando como la función nos distingue, organiza nuestra tarea y constituye la herramienta fundamental que opera en nuestros análisis y en nuestros tratamientos.

Bibliografía general

S.Adler-D.Becker-M.Buck-2002."La facilitación Neuromuscular Propioceptiva en la Práctica".Editorial Panamericana (Madrid).1-341

Berta Bobath -1999."Hemiplejía del adulto: evaluación y tratamiento".Editorial Panamericana. (Buenos Aires).14-183

P.M. Davies-2002."Pasos a seguir: Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía " Editorial Panamericana. (Madrid).454-496

F.P.Kendall-2007."Músculos pruebas funcionales postura y dolor".Editorial Marbán (Madrid) 64-85; 345

June Grieve-2000."Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales: Evaluación de la percepción y cognición".Editorial Panamericana. (Madrid) 44-53; 91-98; 121-128

Leopoldo Busquet-2008"Las cadenas musculares"-Editorial Paidotribo (Badalona) 5-173

Grieve.2006."Terapia Manual Contemporanea: columna vertebral".Editorial Mason (Barcelona) 181-185

Gérard Pommier-2010."Cómo las Neurociencias demuestran el Psicoanálisis" .Editorial Letra viva. (Buenos aires) 53-63; 179-199.

Nieuwenhuys.Voogd.Van Huijzen-2009."El Sistema Nervioso Central Humano" Editorial Panamericana. (Madrid) I-518-520

Kolb.Whishaw-2009."Neuropsicología humana"Editorial Panamericana. (Madrid) 681-694

Susana Druetta.2007."Consideraciones generales de la rehabilitación del accidente cerebrovascular"Boletín del Dep.de Doc.e Investíg.del IREP.Número monográfico dedicado a la rehabilitación del paciente con Hemiplejía **11-5**

Luis Li Mau-Graciela César.2007."Mecanismos de recuperación motora y plasticidad neuronal en las hemiplejías post Accidente Cerebrovascular"Boletín del Dep.de Doc.e Investg.del IREP.Número monográfico dedicado a la rehabilitación del paciente con Hemiplejía.**11** 23-27

Búsqueda Científica en Internet:Pubmed -Medline

Cohen LG, et al,1998-" Studies of neuroplasticity with transcranial magnetic stimulation." J Clin Neurophysiol Suppl.

Cohen LG, S Topka HR, Fuhr P, Roth BJ, Hallet M, 1991. "Topographic maps of human motor cortex in normal and pathological conditions: mirror movements, amputations and spinal cord injuries" *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*.

González Aguado E, Martí Fàbrega, Martí Vilalta JL-2000. "El fenómeno de diasquisis en la enfermedad vascular cerebral" *Rev. Neurol.* **30** 941-5

Arias JA, Cuadrado ML. 1993. "Diasquisis y tomografía de emisión" *Rev. Esp Med Nuclear.* **25** 5-12

MA. Pérez, LG Cohen. 2008. "A los cambios funcionales en la corteza motora primaria ipsilateral a una mano activa" sección de fisiología cortical humana y Clínica de Neurorehabilitación. Maryland. EEUU. *J. neurol.* **28** 1-40

Nguyen DK, Botez MI. 1998. "Diaschisis and neurobehavior" *Can J Neurol Sci.* **25** 5-12

MA. Perez, LG Cohen 2008 "Mecanismos que subyacen a los cambios funcionales en la corteza motora primaria ipsilateral a una mano activa" Maryland EEUU. *J. Neurosci.* **28**

ERGONOMIA DE SISTEMAS EN EL PROCESO DEL TRABAJO

AUTOR: T.O Alicia M. Zanona

Email: aliciazk@live.com

Introducción

Esta presentación tiene como objetivo promover conceptos y metodología de trabajo dentro del área laboral, a partir de la Ergonomía de Sistemas. Estableciendo conceptos de Ergonomía de Sistemas y orientando su campo de acción. Tomando la metodología de la Ergonomía de Sistemas para en el fortalecimiento de los análisis ocupacionales en los procesos del trabajo.

Breve historia de la Ergonomía

La historia de la Ergonomía como disciplina autónoma se configura al final de la Segunda Guerra Mundial, cuando la fuerza de los hechos obligaban a los ingenieros, que diseñaban cada vez sistemas más complejos, a tener en cuenta, de una forma explícita y sistemática, las leyes fisiológicas, psicológicas del comportamiento humano y sus límites operativos bajo las diferentes sollicitaciones y condiciones del medio.

Definición

De la Ergonomía existen varias definiciones formales que, que en general gravitan sobre la etimología del propio término, compuesto por la raíz *ergos*: trabajo, y el *nomos*: principios, leyes.

La más difundida expresa: *Ergonomía*: Análisis de las condiciones del trabajo, que concierne al espacio físico del trabajo, ambiente térmico, ruidos, iluminación, vibración, posturas de trabajo, desgaste energético, carga mental, fatiga nerviosa, carga de trabajo y todo aquello que pueda poner en peligro la salud del trabajador y su equilibrio.

AUTOR: GUELAND, BEAUCHESNE, GAUTRAT, ROUSTANG (1975)

Laboratorio de Ergonomía y Sociedad del Trabajo de Aix- en Provence.

De cualquier manera no existe una definición única y totalizadora de la Ergonomía, pero no debe confundirse Ergonomía, con las cuestiones comerciales, tales como sillas, muebles o herramientas, sin reparar en que lo- *ergonómico*- no es tanto la herramienta o el medio, *como la propia tarea o actividad*.

Ámbitos de la Ergonomía

Anualmente, la ergonomía se puede aplicar al estudio de cualquier actividad laboral o no, de las personas que realizan cualquier tarea o desarrollan una función.

Si una persona decide desplazarse y tomar un transporte, se convierte en *usuario-operador* de un sistema complejo y por lo tanto objeto de análisis ergonómico.

Clarificación de roles: se trabaja sobre la determinación de los roles de tareas, que en un sistemas de trabajo son inespecíficas, o no se encuentran debidamente determinadas y clasificadas.

Desde el punto de vista temático o momento de la intervención ergonómica:
Se detallan las más clásicas para una mejor comprensión de los ámbitos de acción.
(Asociación de Ergonomía Española)

1-Ergonomía de puestos de trabajo / ergonomía de sistemas

2-Ergonomía preventiva/ ergonomía correctora

3-Ergonomía Física

- Ergonomía geométrica
- Confort posicional
- Confort cinético
- Seguridad

4-Ergonomía ambiental

Factores físicos (ruidos, iluminación, radiaciones, etc)

- Agentes químicos y biológicos.

5-Ergonomía temporal:

Turnos

- Horarios
- Pausas
- Ritmos

6-Ergonomía Cognitiva

- Psicopercepción y carga mental
- Interfases de la comunicación
- Biorritmos y crono ergonomía.

Desde la especialización dentro del ámbito de la ergonomía, además de poder especializarse en un área específicas de los puntos anteriores, se pueden ver las siguientes:

-Ergonomía de concepción:

Diseños ergonómicos de los productos, de los ambientes, de los sistemas.

-Ergonomía específica:

Minusvalía y discapacidad
Infantil y escolar

Fases de un Programa de Ergonomía

La aplicación de la ergonomía para los análisis de puestos de trabajo, elabora un plan o programa ajustado a las necesidades de las empresas y posibilidades de la organización. Cualquier programa ergonómico debe contar con los principales factores:

- Compromiso gerencial.
- Participación interdepartamental.
- Ajuste de expectativas.
- Reduccionismo ergonómico: análisis de las tareas, puntos débiles del trabajo.
- El rol del usuario.
- Costos y beneficios.

De las fases de un Programa de Ergonomía surge que todas se relacionan entre sí. La clave fundamental es el análisis de tareas, por que lo *ergonómico* tiene que ver, con un proceso en el cual está inserto *el hombre – ocupante* de un puesto, en condiciones específicas, que hacen a ese trabajo, en ese momento (el hombre y sus circunstancias) de esa empresa puntualmente; esto es Ergonomía de Sistema.

El hombre está inserto en un sistema de trabajo.

Este análisis de tareas es la base y fundamento de la Ergonomía. Este arduo trabajo de corrección de datos, su ordenamiento y la valorización de la información relativa a todas las condiciones del hombre, es el principio básico de la Terapia Ocupacional: la herramienta que nos diferencia de otras *disciplinas*, es el *análisis de la actividad*, y la *búsqueda de la funcionalidad en el hacer, en términos saludables y eficaces*.

El T.O. analiza al hombre que por su cualidad corpórea y sus necesidades funcionales, plantea principios de la mecánica operacional. Es el hacer de este hombre- sistema de trabajo, a quien estudiamos y en pos de él lo significamos en un trabajo responsable y saludable. Es el equilibrio de la operatividad del hombre adonde apuntamos.

En el diseño de tareas en función al hombre, sus capacidades y ajustar el sistema al hombre. Mostrando a las empresas los beneficios que genera la salud ocupacional a pesar de los riesgos propios de cada actividad.

La terapia ocupacional en el área laboral, debe tener siempre como objetivo fundamental, buscar y demostrar a las empresas, que la relación costo beneficio de trabajadores sanos, es ganancia económica.

Si tomamos y utilizamos los conceptos y metodología de la Ergonomía para fortalecer los análisis ocupacionales, estaremos enriqueciendo los procedimientos, de forma cuantitativa y cualitativa.

La Ergonomía de Sistemas aporta conocimientos y recursos estandarizados y medibles para el desarrollo de Terapia Ocupacional área laboral. Es una disciplina fiable en cuanto a la demostración de resultados aportando datos concretos, valorizados y estandarizados.

Bibliografía:

- Seguridad e Higiene Profesional-Autor José m. de la Rosa- Editorial Paraninfo
- CYMAT: Condiciones y medio ambiente de Trabajo. OIT

Material a presentar:

Se ejemplificarán los contenidos con muestras (fotografías y filmaciones) de diferentes Puestos y situaciones de trabajo.

ERGONOMÍA: Relación vincular entre factores culturales, condiciones del trabajo y la productividad laboral.

Autor: Lic.TO Paolo Bandeo

Correo electrónico paolobandeo@hotmail.com

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La ERGONOMIA se logra desarrollando un PROGRAMA DE ACCIÓN INTEGRAL, que abarque y responda demandas preventivas, anticipativas, productivas y legales, permitiendo a las empresas agregar valor a sus gestiones con el fin de enfrentar “*la complejidad de los sistemas laborales actuales*”.

“Complejidad” porque existen causas/consecuencias que interfieren en el rendimiento de la persona en su medio laboral, que va más allá de lo físico, como factores culturales y hábitos de trabajo (aspectos psicosociales) de los individuos, la monotonía laboral, el estrés diario, la disconformidad individual o grupal, un mal diseño u organización del proceso, entre otros.

OBJETIVO: vincular el análisis de hábitos de trabajo, culturales?, con la productividad y el rendimiento.

HIPOTESIS: diversos factores de la cultura de los trabajadores y sus hábitos laborales influyen directamente en la productividad.

MATERIAL Y MÉTODOS: para el presente trabajo se analizaron 20 trabajadores y sus respectivos puestos de trabajo/tareas.

Operario: Se recabó datos acerca de, hábitos de alimentación y descanso, hábitos de trabajo, gesto profesional y rendimiento.

Puesto de trabajo/Empresa: horarios de trabajo, jornada y organización, costo energético y carga fisiológica de la tarea, y la producción requerida.

Se utilizó como herramienta, una entrevista, un pulsómetro polar FT4, un cronómetro, una filmadora y calibres antropométricos.

RESULTADOS: las empresas analizadas, actualmente pierden de 25% a 40% de productividad por factores socio-culturales, relacionados con la jornada laboral, la organización del trabajo, el bienestar de las personas y sus hábitos/ costumbres dentro y fuera del trabajo. Esto a su vez influye directamente en la calidad de vida de la persona.

CONCLUSIÓN: Es necesario aplicar una Ergonomía Integral, que abarque mas allá de los riesgos físicos y músculo esqueléticos, que nos permita resolver problemas complejos del trabajo, “la cultura, las costumbres y conductas de los trabajadores” cuidando la Salud de la persona y la economía

empresarial.

INTRODUCCIÓN:

Ergonomía es el estudio multidisciplinario e integrado de todos los factores que afectan el bienestar de los trabajadores y su productividad (¹).

El propósito inicial de esta investigación, es brindar herramientas que permitan enriquecer la prevención de los riesgos laborales, ampliando los horizontes visionarios a la hora de analizar un trabajo. Por este motivo, surge la necesidad de responder a aspectos “invisibles” de la jornada laboral, que van más allá de lo anatómico, muscular, y fisiológico, pero que repercuten directamente en ellos, en la calidad de vida y en el rendimiento de cada persona.

Se refiere, a aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, “al hábitat”, como el clima (calor o frío), la cultura de la organización, los hábitos, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo, el diseño y contenido de las tareas. Se analizó el adentro y el afuera del trabajo, el cómo y cuánto duerme una persona, el cuánto y qué come un trabajador antes del inicio de su jornada, el balance de energía, el costo metabólico y luego se comparó con el rendimiento y la productividad.

Debemos recordar que para muchas empresas, la Prevención, como acción, es considerada como un gasto, y al menos que sea de tipo obligatoria (legal o gremial), difícil de implementarla como tal. Somos nosotros, quienes debemos demostrar el beneficio y rentabilidad, para cambiar este concepto de contratistas decisores, de “un gasto” a una “Inversión” a corto, mediano y largo plazo.

DESARROLLO:

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo durante el año 2010, en distintas empresas de la provincia de Córdoba y La Rioja. En los rubros; metalúrgicos, curtiembres y metalmecánico.

La ERGONOMIA se logra desarrollando un PROGRAMA DE ACCIÓN INTEGRAL, que abarque y responda demandas preventivas, anticipativas, productivas y legales, permitiendo a las empresas agregar valor a sus gestiones con el fin de enfrentar “**la complejidad de los sistemas laborales actuales**”.

“Complejidad” porque existen causas/consecuencias que interfieren en el rendimiento de la persona en su medio laboral, que va más allá de lo físico, como factores culturales y hábitos

de trabajo (aspectos psicosociales) de los individuos, la monotonía laboral, el estrés diario, la disconformidad individual o grupal, un mal diseño u organización del proceso, entre otros.

FORMAS DE TRABAJO ⁽²⁾: *“podemos definir al trabajo en el sentido ergonómico como la totalidad de la energía e información transformada o elaborada por el hombre durante el cumplimiento de su tarea laboral (Norma ISO 6385 – Principios ergonómicos de la concepción de sistemas de trabajo”.*

Ahora bien, debemos tener en cuenta que el "combustible" para la liberación de la energía durante el trabajo muscular lo constituyen los alimentos. Por lo tanto, en trabajos pesados, que demandan un alto gasto de energía, la ingesta y consumo de alimentos es de importancia fundamental.

El balance de energía, se alcanza cuando el ingreso y el gasto de energía están en equilibrio. Aunque esto no se cumple estrictamente día a día, en el largo plazo, la mantención del peso corporal es un problema de balance de energía. Si el gasto es mayor que la ingesta, el balance de energía es negativo; en tal caso, la energía extra se toma de la reserva del organismo constituida por la grasa corporal. El balance de energía negativo sólo puede mantenerse por períodos limitados de tiempo; lo habitual es que los trabajadores autorregulen su ritmo de trabajo para mantenerlo dentro de los límites provistos por la alimentación, (necesitan tomar periodos de descanso, luego de un periodo de actividad), lo cual en muchas situaciones no se permite, debido a las cadenas de producción continuas o ciclos de trabajo continuos, sin pausa establecida.

Los desequilibrios energéticos mantenidos en el tiempo conllevan problemas serios, que pueden afectar la salud de los trabajadores y a su vez, está fuertemente ligada a bajos rendimientos, especialmente en trabajos manuales (3).

Todo lo explicado anteriormente nos introduce en el argumento de las consecuencias ocasionada por los factores sociales que se estudiaron, pero debemos encontrar el nexo o mas bien, preguntarnos a que nos referimos con “cultura del trabajo”.

El autor Williams, R, define: La cultura ⁽⁴⁾ no es *una* práctica específica, ni la suma de hábitos y costumbres de una sociedad determinada, sino que es un *proceso social general* (imbricado con y en todas las prácticas sociales) que crea y activa significados, valores, concepciones del mundo, modos de sentir y de actuar, dinamizados en un lenguaje y enmarcado por instituciones sociales concretas y por condiciones materiales particulares. La

cultura siempre está ligada a estas condiciones histórico-materiales teniendo así fuertes e ineludibles fundamentos sobre los cuales los grupos diferenciados y clases sociales construyen sus significados y valores.

Entonces cultura en el ámbito laboral, o del trabajo, se refiere a las adquisiciones del ser en “grupo”, a las estructuras y modos, en que se relacionan los miembros de esa sociedad.

Una persona, en sus 24 hs del día, destina un gran porcentaje de ésta al tiempo laboral, a tiempos compartidos, donde adquiere, modifica y fortifica costumbres, formas, patrones de convivir y manifestarse.

El mundo del trabajo ha sido, por años, un espacio social central de formación de identidades y sigue siendo un estructurador fundamental de la vida y del tiempo cotidiano.

OBJETIVO: vincular el análisis de hábitos y condiciones de trabajo, (culturales), con la productividad y el rendimiento de los trabajadores.

HIPOTESIS: diversos factores de la cultura de los trabajadores y sus hábitos laborales (condiciones) influyen directamente en la productividad, la rentabilidad empresarial y la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS: para el presente trabajo se analizaron 20 trabajadores y sus respectivos puestos de trabajo/tareas.

Teniendo en cuenta el concepto de ergonomía citado al inicio, el modelo de análisis ergonómico del trabajo aplicado, responde a la evaluación de todos los factores que condicionan al trabajador-trabajo-ambiente.

Por otra parte, la Comisión De Condiciones y Medio Ambiente De Trabajo (CyMAT), la cual de encuentra regulada en el Artículo 117, Capítulo II, Título VIII del Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional, homologado por el Decreto N° 214/2006, entiende por Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, el Conjunto de propiedades que caracterizan la situación de trabajo, influyen en la prestación del mismo y determinan la salud del trabajador.

Como forma de síntesis o modelo de análisis, podemos encuadrar cuatro grandes áreas de factores que se analizan:

- Carga Física: donde se analiza 1.Sobrecarga Postural utilizando la antropometría, 2.Esfuerzos repetitivos (porcentaje de ciclo y ocupación), 3.Manejo Manual de Cargas

(Compresión intradiscal – Universidad de Michigan's y NIOSH). 4. Carga fisiológica (%CC), 5. Balance de energía (Kcal./gastadas vs. consumidas).

- Carga Ambiental: se reflejan las influencias de las condiciones térmicas, la vibración, el ruido, la iluminación y el trabajo en altura.
- Carga Mental: se analizan los factores de carga, sub-carga y fatiga mental (incluye visual). Aquí se relacionan factores de responsabilidad, percepción, roles, complejidad, requerimientos, motivación, insatisfacción, capacidad personal, estimulación externa, entre otros. Se utilizan evaluaciones subjetivas a trabajadores, supervisores y análisis del entorno.
- Carga Organizacional: donde se analizan la incidencia de los turnos, horarios, pausas, jornadas, sistemas de proceso y trabajo, salario, Presentismo, premios, jerarquía y funcionamiento del sistema interno, externo al trabajador.

Además, se recolectaron datos de los Operarios, en cuanto a sus hábitos de alimentación y descanso, sus formas de trabajar (creencias, expectativas y experiencia) gesto profesional (como lo hacían) y rendimiento en relación a lo planificado.

Se utilizó como herramienta, entrevistas, un pulsómetro polar FT4, un cronómetro, una filmadora, una computadora y calibres antropométricos.

Carga de un trabajo ⁽⁵⁾: El Deutsches Institut für Normung, en su Norma DIN 33.400 define carga de trabajo, como *la totalidad de las influencias que actúan sobre la persona en un sistema laboral. Es decir el conjunto de cargas parciales debido a la tarea y el medio ambiente.*

Carga Fisiológica ⁽⁶⁾: *Estima la carga sobre el sistema cardiovascular resultante de la combinación del trabajo muscular, los esfuerzos, el calor y otros factores.* Además permite definir la ponderación de trabajo pesado, moderado y liviano (promedio de una jornada).

Costo metabólico ⁽⁷⁾: *Determina la intensidad del trabajo muscular y el aporte de oxígeno que se requiere (suficiente o insuficiente) para evitar la producción de procesos anaeróbicos, ácido láctico y fatiga muscular.*

Además permite el cálculo de las calorías gastadas en cada actividad.

A pesar de las dificultades metodológicas, los estudios de ingesta y gasto de energía pueden proveer información muy útil para mejorar el rendimiento y aumentar el bienestar de los trabajadores

Para éste trabajo se utilizó el término de Rendimiento laboral, para expresar la relación entre la carga cardiovascular (CC) alcanzada por los trabajadores durante el trabajo y la cantidad/calidad de piezas logradas.

La metodología utilizada para medir la carga fisiológica del trabajo, fue el indicador de frecuencia cardíaca y el porcentaje de costo cardiaco relativo, lo que se define como carga cardiovascular. Esta metodología permite extraer el porcentaje de esfuerzo de una jornada de trabajo y clasificarlo en liviano ($CC\% < 20\%$), moderado ($CC\% 20\%$ a 30%) y pesado ($CC\% > 40\%$).

Una vez obtenido dicho índice, se buscó el rendimiento laboral óptimo. Entendido como, aquel que, respetando lo límites de carga fisiológica adecuada (hasta 35%) para la tarea, permite lograr la mayor cantidad de piezas en cantidad y calidad (concepto de productividad).

RESULTADOS: luego del análisis de los datos, se extraen las siguientes conclusiones:

1. El promedio de horas de la jornada de trabajo es de 9 horas, 20 minutos. Siendo 8 horas el límite mínimo y 12 horas el máximo de horas trabajadas.
2. El 45% de los trabajadores realizan horas extras, trabajando más de 8 horas por día. Los operarios refieren que por necesidad económica necesitan hacer horas extras, pero a su vez, reconocen que finalizan la jornada cansados y “sin ganas de nada”.
3. El promedio de horas de descanso y sueño antes de acudir al trabajo es de 4 ½ horas.
4. El promedio de calorías gastadas por hora es de 315 kcal. (Esta condición se ve afectada por el calor, la ropa utilizada, las condiciones del puesto y el tipo de tarea).
5. El costo metabólico promedio de los puestos de trabajo es de 2934 kcal. por jornada, lo cual se considera RIESGO ALTO.
6. Sólo el 30% de los trabajadores desayunan (ingieren alimentos) antes de ir a trabajar. Esto se debe a varios motivos, la falta de hábitos y costumbres, cuestiones económicas, falta de información sobre ventajas y desventajas.
7. Sólo en las primeras 2 horas de jornada, ya se consumen las calorías que brinda un desayuno completo (Café o té c/ leche, 2 medialunas y 1 vaso de agua o soda).
8. El promedio de alimentos ingeridos a lo largo de la jornada es de 540 Kcal, lo cual marca un desbalance negativo con respecto al costo metabólico promedio, generando

riesgos de lesiones musculoesqueléticas y un bajo rendimiento a partir de la 4ta hora de trabajo. En cuanto a la composición de la dieta, al igual que en la mayoría de los países en vías de desarrollo, ésta tiene un predominio de hidratos de carbono (el pan constituye uno de sus principales alimentos).

9. El promedio de la carga fisiológica de las tareas analizadas presenta un riesgo MODERADO de 30%, siendo la más baja de 12% y la más alta de 44%.

Joseph Prokopenko en su libro *“La Gestión de la Productividad”* conceptualiza a ésta como: *“la relación entre la producción obtenida mediante un sistema de producción de bienes y servicios y los recursos utilizados para obtenerla, es decir, su uso eficiente o la relación entre los resultados obtenidos con respecto de los recursos usados y el tiempo que toma conseguirlos”*.⁽⁸⁾

CONCLUSIÓN: si tenemos en cuenta el concepto de productividad, las empresas y trabajadores incluidos en ésta investigación, pierden de 25% a 40% de productividad por factores socio-culturales, y de condiciones de trabajo, relacionados con la jornada laboral (tiempo invertido en conseguir lo requerido), la organización del trabajo (recursos), el bienestar de las personas (condiciones de trabajo) y sus hábitos/ costumbres dentro y fuera del trabajo. Esto a su vez influye directamente en la calidad de vida de la persona.

Este porcentaje “de pérdida” que se concluye, está representado por los tiempos muertos, los cuales exceden lo requerido para la recuperación de la energía, los movimientos innecesarios por deficiencias de Lay Out, y la carga fisiológica (alta) a la que están expuestos los trabajadores (condiciones deficientes), lo que hace que requieran tiempos prolongados de pausas para prevenir la fatiga física, y bajar su rendimiento productivo. A esto se debe sumar el costo que tienen los días caídos por bajas laborales, accidentes o enfermedades profesionales.

Se considera, la necesidad de aplicar una Ergonomía Integral, que abarque más allá de los riesgos físicos y músculo esqueléticos, que nos permita resolver problemas complejos del trabajo, “la cultura, la educación, las costumbres y conductas de los trabajadores” cuidando la Salud de la persona y la economía empresarial.

Referencias bibliográficas:

- ¹ Elías Apud y Felipe Meyer, 2009. “Ergonomía para la industria Minera” CODELCO – UDEC – Ideograma Ltda. (Concepción) **Vol.I**- Pág.19.
- ² José Luis Melo, 2009 “Ergonomía Práctica” Fundación Mapfre – Contartese Gráfica SRL (Buenos Aires). Primera Edición. Pág.15.
- ³ Elías Apud y Felipe Meyer, 2010. Diplomado de Ergonomía. Fisiología del trabajo aplicada “Balance de energía” UDEC – Lab. de Ergonomía. Módulo 2 - Pág. 24
- ⁴ Williams, R. 1997: “Marxismo y Literatura”. Edit. Península, (Barcelona). Primera Edición. Pág 23 - 26.
- ⁵ José Luis Melo, 2009 “Ergonomía Práctica” Fundación Mapfre – Contartese Gráfica SRL (Buenos Aires). Primera Edición. Pág.19.
- ⁶ Elías Apud – Felipe Meyer – Fabiola Maureira, 2002. “Ergonomía en el combate de incendios forestales” FONDEF – UDEC – Edit. Valverde S.A. (Concepción). Pág. 41.
- ⁷ Elías Apud y Felipe Meyer, 2010. Diplomado e Ergonomía. Fisiología del trabajo aplicada “Gasto de energético” UDEC – Lab. de Ergonomía. Módulo 2 - Pág. 3.
- ⁸ Jorge Benzaquen, Luis Alfonso del Carpio, Luis Alberto Zegarra y Christian Alberto Valdivia.2010. “Un Índice Regional de Competitividad para un País” Rev.Cepal, N° 102. Pág 70.

INFORMACION INSTITUCIONAL:

INSTITUCION: Taller Protegido “Asociación Grupo Esperanza”

E- mail: tallerprotegidoasociaciongruposperanza@hotmail.com

COORDINADOR: María José Ojeda. Asist. Social MP 9178

E- mail: joliojeda@hotmail.com

RESPONSABLES DEL PROYECTO:

Equipo Técnico Profesional, el cual se conforma por:

- **ASISTENTE SOCIAL:** María José Ojeda
- **LIC. FONOAUDIOLOGIA:** Marilina Choulet
- **LIC. TERAPIA OCUPACIONAL:** María Daniela Amichetti
Correo electrónico: damichetti@hotmail.com
- **PSICOLOGA:** Ana Paula Di Camillo.

Comisión Directiva de la “Asociación Grupo Esperanza”.

DENOMINACIÓN DE LA EXPERIENCIA: **“Estacionamiento Medido”**.

Resumen:

Luego de varias gestiones entre el gobierno municipal y las entidades interesadas, surge

Este es un breve resumen de la actividad realizada por la Institución, que deseamos sea posible comunicar de manera libre para promover nuestra tarea e invitar a la réplica del proyecto.

El Taller Protegido “Asociación Grupo Esperanza” es un ámbito de integración social que tiene como misión el desarrollo de actividades laborales para jóvenes y adultos con discapacidad mental y/o física en edad de trabajar.

Persigue entre otros objetivos, el brindar capacitación, entrenamiento y formación a fin de mejorar el desarrollo social de sus integrantes en la vida productiva de los mismos; mejorando así su calidad de vida.

Dentro de nuestra comunidad es la única Institución que aborda la discapacidad desde la inclusión laboral.

Ante la necesidad de ordenar el tránsito de la ciudad, la Municipalidad de Rojas decide poner en vigencia la ordenanza N° 3112/2008 que regula el Estacionamiento Medido.

La misma establece prioridad para su explotación a entidades de bien público, como válida la oferta del Taller Protegido, que propone el suministro del servicio incorporando a los operarios a un puesto laboral calificado: Vendedores de tarjetas de Estacionamiento. De esta manera es que surge nuestro interés de transmitir la experiencia innovadora.

EXPERIENCIA INNOVADORA: Estacionamiento Medido

DESCRIPCION:

¿QUE SE ESTA HACIENDO?

Ante una propuesta del gobierno Municipal de la ciudad de Rojas, y según la ordenanza municipal n° 3.112/08, el Taller Protegido elabora un proyecto con el objetivo de realizar la contraprestación del servicio “estacionamiento medido”. Para ello se realizó un análisis institucional y evaluación del desempeño ocupacional de los operarios.

A partir del 8 de junio de 2009 y por el período de dos meses se implementó dicho proyecto a modo de prueba. Se contempló tal tiempo de prueba con la finalidad de lograr el entrenamiento necesario, evaluar la adaptación de los operarios a la nueva tarea y a las modificaciones que surgieran en las actividades preexistentes en la Institución. Como también para testear la respuesta de la comunidad ante la vigencia de la nueva ordenanza.

Cumplido el período de prueba y a la actualidad se lleva a cabo lo propuesto en la ordenanza.

Al Taller Protegido asisten 18 operarios, los cuales ingresan a la Institución a las 8:00. Se encuentran afectados a la actividad de estacionamiento medido 16 operarios.

Durante la jornada diaria, de 8:00 a 16:00, los grupos de trabajo se relevan cumpliendo actividades de rutina (cocina, limpieza, AVD, orden) y productivas (huerta, fabricación de bolsas de polietileno, comercialización de tales productos, venta de tarjetas estacionamiento medido).

Un equipo de 8 personas provisto de vestimenta (chaleco rojo), credencial identificatoria, marcador, reloj, tarjetas y cambio se dirige a ocupar su puesto en la zona correspondiente. Lo hacen en compañía de un supervisor de la tarea.

Puesto laboral: Venta de tarjetas de Estacionamiento Medido

Análisis de la actividad: Pasos para realizar la tarea:

- 1- identificar el vehiculo que está estacionando
- 2- acercarse y ofrecer el servicio
- 3- reconocer la tarjeta que requiere la persona que estacionó
- 4- identificar el costo y el monto con que abonan la tarjeta
- 5- dar el vuelto correspondiente
- 6- marcar la tarjeta con el respectivo día y horario

7- colocarla en el parabrisas del auto del usuario

A partir de la implementación de dicho proyecto se intenta principalmente integrar a los operarios al medio socio – laboral, favoreciendo su desarrollo social y mejorando su calidad de vida.

- **Objetivo General:** acercar a los operarios a la verdadera integración laboral, generando un espacio que permita el contacto personal e individualizado de los mismos con los vecinos de la comunidad de Rojas.

Objetivos Específicos: favorecer el crecimiento personal, social y emocional de los operarios;

Generar la posibilidad de acceder a un puesto laboral que implica reconocimiento por parte de la comunidad, demostrando habilidades y competencias;

Crecimiento institucional que posibilite la incorporación de nuevos operarios y la formación y adaptación a los nuevos puestos laborales.

- **A través del cumplimiento de tales objetivos se pretende:**

Aumentar la autoestima de los operarios,

Favorecer el compromiso, la responsabilidad y toma de dediciones,

Experimentar la autonomía; aprender y llevar a cabo funciones significativas;

Percibir que ocupa un lugar válido en la comunidad.

Cabe destacar que los avances más relevantes en los operarios son el entusiasmo e interés demostrado por la actividad, la seguridad y autonomía adquiridas en la tarea como también la implementación de estrategias para la resolución de problemas propios y de compañeros. Todo ello ha llevado al fortalecimiento grupal.

Desarrollar y potenciar los componentes del desempeño ocupacional específicos para cumplir con este puesto de trabajo: motor, cognitivo, sensoperceptivo y psicosociales. (Ver evaluación en anexo)

Desde el inicio de la nueva experiencia los operarios demuestran adecuado trato y aceptación en el intercambio laboral (vendedor- cliente) y una favorable aceptación del entorno, fortaleciendo con ello la adaptación a la tarea.

Un logro significativo, si bien no había sido considerado como un objetivo a alcanzar, es la generación de puestos laborales para docentes y futuros docentes que hasta el momento no integraban el equipo de trabajo del Taller Protegido.

- Los **destinatarios** de esta experiencia son los 18 operarios del Taller Protegido “Asociación Grupo Esperanza”, ya que si bien algunos no participan directamente en la experiencia, lo hacen aportando a otras actividades que representan al Taller. En muchos casos doblegando esfuerzos (en el trabajo de huerta, fabricación de bolsas, toma y entrega de pedidos, atención al público en el Taller), debido a la reorganización requerida a partir de las nuevas tareas.

- **Responsables:**

Evaluación de probabilidades, análisis institucional, gestión y negociación con el Municipio: Comisión Directiva “Asociación Grupo Esperanza”.

Elaboración y diseño del proyecto: a cargo del Equipo Profesional.

Análisis de la actividad, evaluación del puesto laboral, evaluación del desempeño ocupacional de los operarios: Equipo Profesional.

Distribución de subgrupos de tareas, designación de operarios por turno, registro de tarjetas, provisión de cambio y materiales. Recepción de equipos de trabajo: Equipo Profesional

Supervisión y asistencia de operarios en el puesto laboral: Supervisores:

Ferrari, Martín, Prof. de ED Especial, Prof. de Ed. Física;

Baldomir, Belén; Cardoso, Carla; Quintero, Nora: estudiantes de profesorado de Ed. Especial (3° año).

*Comisión Directiva y Equipo Profesional del Taller Protegido
“Asociación Grupo Esperanza”*

Bibliografía:

- **Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner:**
Manual de Terapia Ocupacional. Willard Spakman.
 - **Cap.III Organización Interna del Sistema Humano para la Ocupación**
 - **Cap.VII Influencias ambientales en el Comportamiento Ocupacional.**

- **Superación de los déficit en el desempeño Ocupacional. Charles Christiensen.**
- **Actualización del Marco Conceptual de la Rehabilitación Profesional de la GLARP.**
- **“ Terapia Ocupacional .Importancia del Contexto”.**
3º Congreso Virtual Integración sin barreras en el Siglo XXI . Coruña. España- Ed: Canosa Dominguez, Diaz Seoane, Talavera Valverde.
- **Misiones y Funciones de los Talleres Protegidos de Producción. Universidad Técnica Nacional. Facultad Regional de General Pacheco. 1998.**
- **Ley nª 24147. Creación y organización de Talleres Protegidos de Producción y grupos Laborales Protegidos.27/10/1992.**
- **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Siglo XXI. España. Ed: Miguel A. Verugo Alonso.**
- **Discapacidad y Familia.” De la Vida Cotidiana a la Teoría”. Blanca Nuñez.**
- **Seminario de Actualización en Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional y Laboral . 1ª Parte. Romina Caupa y Mariana Buitrón. Instituto Universitario del Gran Rosario.**
- **Ordenanza Municipal N° 3112/2008**

Modos de evaluación :

Profesiograma .Consolidar ART.

Análisis Ocupacional.

Evaluación del Desempeño Ocupacional.

Análisis de Rutina Diaria.

Evaluación, concepto, aprendizaje y orientación témporo espacial.

Re-evaluación.

Adaptaciones .

Estado de Mínima Conciencia, Seguimiento a los 2 años del alta. Nivel de independencia funcional y participación comunitaria alcanzado.

Autor: Ron Melania

Olmos, Lisandro

Aranguren, Isabel

Drault, Luciana

Correo electrónico: mron@fleni.org.ar

Resumen:

Objetivo es documentar el nivel de *participación comunitaria* alcanzado a los dos años de finalizar el programa de internación en pacientes que han estado en MCS por lo menos durante un mes. Así como evaluar *el nivel de independencia funcional* alcanzado por el paciente al momento del alta.

Durante el período 2003- 2006 se atendieron 53 pacientes en el programa de estimulación sensorial y motora con diagnóstico de TEC, 17 emergieron del estado de mínima conciencia sobre esta población de pacientes se realizó el seguimiento a los dos años de finalizar el programa de internación. El seguimiento se realizó vía telefónica utilizando el Programa de seguimiento de TO-CR. FLENI.

Las evaluaciones utilizadas para documentar el estado de conciencia, nivel funcional y participación fueron las siguientes: Coma Recovery Scale - R (**Giacino 2004**) Coma Disability Rating Scale. DRS. (**Rappaport 1989**) Extended Glasgow Outcome Scale-. GOS-E (**Jennet 1981**) Medida de Independencia Funcional (FIM) (Grange 1984); Cuestionario de participación comunitaria. Barry Willer, 1999)

Resultados al momento del alta: FIM mediana 54 (rango 19-117) requiriendo asistencia en la mayoría de las AVD, DRS el promedio alcanzado 16.5, (discapacidad severa) GOSE-E todos los pacientes tenían un nivel de discapacidad severa baja, requiriendo supervisión las 24 hs del día en el hogar. Al momento del alta todos los pacientes retornaron al hogar y no realizaban actividades de participación comunitaria

Resultados a los dos años del alta del programa de internación:

- el 41 % de pacientes lograron reinserción comunitaria total .
- 48 % reinserción laboral o académica con adecuación.
- 1. 7 pacientes lograron un nivel de independencia funcional total.

Conclusión:

Este trabajo nos permite evidenciar que esta población de pacientes continua mejorando su nivel de independencia funcional así como el nivel de participación comunitaria y reinserción laboral.

Es importante pensar en programas específicos de rehabilitación para esta población de pacientes así como programas de rehabilitación laboral y trabajo en la comunidad específicos.

“Estado de Mínima Conciencia, Seguimiento a los 2 años del alta. Nivel de independencia funcional y participación comunitaria alcanzado.”

El presente trabajo se desarrollo en FLENI sede Escobar, con datos obtenidos del Programa de Estimulación Sensorial y Motora.

En la actualidad hay trabajos de investigación que documentan la recuperación pacientes con secuela de traumatismo de cráneo (TEC) unos pocos que abordan esta temática en pacientes en estado de mínima conciencia (MCS) pero pocos reportan el nivel de participación comunitaria alcanzado por esta población de pacientes así como los niveles de asistencia requerido al momento de la finalización del periodo de internación.

El objetivo de este trabajo es documentar el nivel de *participación comunitaria* alcanzado a los dos años de finalizar el programa de internación en pacientes que han estado en MCS por lo menos durante un mes. Así como evaluar *el nivel de independencia funcional* alcanzado por el paciente al momento del alta.

El término de mínima conciencia (MCS) fue definido por Giacino, como la condición de severa alteración de la conciencia en el que se manifiesta una mínima pero definitiva evidencia de respuestas a estímulos del medio.

Durante el período 2003- 2006 se atendieron 53 pacientes en el programa de estimulación sensorial y motora con diagnostico de TEC, 17 emergieron del estado de mínima conciencia sobre esta población de pacientes se realizo el seguimiento a los dos años de finalizar el programa de internación.

La causa de traumatismo fueron 14 pacientes accidentes automovilísticos , 2 deporte (polo) y 1 caída de altura.

El tiempo promedio evolución del TEC al inicio del programa de rehabilitación fue de 37 días de evolución

El seguimiento se realizó vía telefónica, utilizando el Programa de seguimiento de TO-CR. FLENI. En el cual se utiliza un cuestionario semi estructurado que permite evaluar los diferentes dominios de desempeño ocupacional (AVD básicas, Instrumentales, actividades de tiempo libre, reinserción laboral y reinserción comunitaria) también se administra el FIM (medida de independencia funcional) de forma telefónica.

Las evaluaciones utilizadas para documentar el estado de conciencia, nivel funcional y participación fueron las siguientes: Coma Recovery Scale - R (Joseph Giacino 2004) Coma Disability Rating Scale. DRS. (Rappaport 1989) Extended Glasgow Outcome Scale-. GOS-E (Jennet et al 1981) Medida de Independencia Funcional (FIM) (Grange et al 1984); Cuestionario de participación comunitaria. Barry Willer et al 1999)

Resultados al momento del alta del programa de internación:

FIM mediana 54 (rango 19-117) requiriendo asistencia en la mayoría de las AVD, Disability Rating Scale el promedio alcanzado 16.5, (discapacidad severa) Extended Glasgow outcome scale GOS-E todos los pacientes tenían un nivel de discapacidad severa baja, requiriendo supervisión las 24 hs del día en el hogar. Al momento del alta todos los pacientes retornaron al hogar y no realizaban actividades de participación comunitaria.

Resultados a los dos años del alta del programa de internación:

- el 41 % de pacientes lograron reinserción comunitaria total. Ver Grafico I
- 48 % reinserción laboral o académica con adecuación. Ver Grafico II
- 7 pacientes lograron un nivel de independencia funcional total.

Conclusión:

Este trabajo nos permite evidenciar que esta población de pacientes continua mejorando su nivel de independencia funcional así como el nivel de participación comunitaria y reinserción laboral.

Nos permite valorar la importancia de generar programas específicos de rehabilitación para esta población de pacientes así como programas de rehabilitación laboral y trabajo en la comunidad específicos.

Observamos de relevancia contar con un programa de seguimiento que nos permite valorar la efectividad y los resultados de la practica cotidiana que realizamos.

Gráficos

Grafico I

Reinserción Comunitaria a los dos años del alta del programa de internacion.

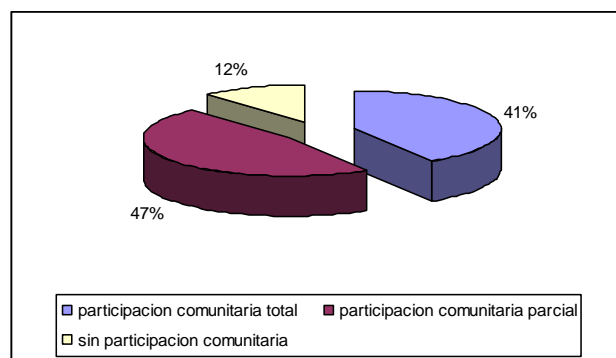
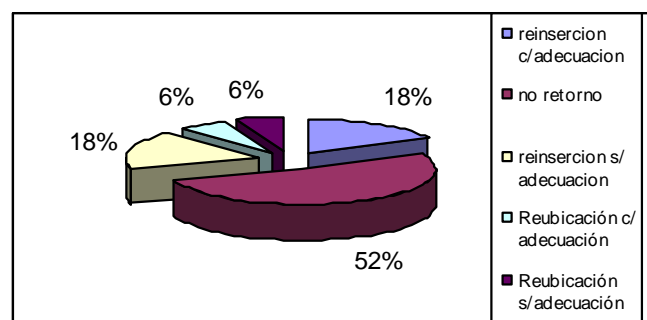


Grafico II

Reinserción Laboral a los dos años del alta del programa de internacion



Nota: este trabajo fue presentado en el Congreso Mundial de Terapia Ocupacional , Chile 2011

Bibliografía:

2. Giacino JT, Kezmarsky MA, DeLuca J, Cicerone KD. Monitoring rate of recovery to predict outcome in minimally responsive patients. *Arch Phys Med Rehabil.*, 1991 Oct;72(11):897-901.
3. Giacino JT, et. al., The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002; 58:349-353
4. Lammin MH; Smith VH. The Minimally Conscious State and Recovery Potential: A follow up study 2 to 5 years after traumatic brain injury
5. . W.H. Williams, j.j Evans, and B.A. Wilson, Oliver Zangwill Center for Neuropsychological Rehabilitation, Princess of Wales Hospital, Ely, UK, and Cognition and Brain Sciences Unit, Chancer Road, Cambridge, UK. “Outcome Measures for survivors of acquired brain injury in day and outpatient neurorehabilitation programmes”.

Estudio de Prevalencia de Intervenciones de Terapia Ocupacional de Junio a Diciembre 2010 en un Hospital de Agudos

Autoras: Lic. T.O. Illán, Valeria Soledad vale_illan@hotmail.com.

Lic. T.O. Hernández María Eugenia eugeh9@hotmail.com

Lic. T.O. Muñoz Pilar mariapili66@hotmail.com

Lic. T.O. Caillet-Bois Cecilia ccailletbois@gmail.com

Lic. T.O. Murray Paz Sofía sofiamurraypaz@gmail.com

Resumen:

Objetivo general: Conocer el proceso (evaluación, intervención y reevaluación de resultados) de Terapia Ocupacional (T.O.) en las áreas de consultorios externos (C.E.) de Reumatología e internación de Clínica Médica (C.M.) y Unidad de Terapia Intermedia del Hospital Dr. E. Tornú.

Método: estudio descriptivo y comparativo, observacional, retrospectivo, transversal, cuantitativo; instrumento: fichas de registro de evaluación y de evolución internas de la Residencia de T.O. (RTO) de todos los pacientes asistidos en el período junio-diciembre 2010.

Resultados: la intervención más prevalente fue el *Uso terapéutico de las actividades y ocupaciones* con un 41,04 % en Internación y 47 % en Reumatología. Entre estos se destacan las *métodos preparatorios* en ambas áreas con un 56,33% en Internación y un 84,7 % en Reumatología. Se observó diferencia significativa en la *Interconsulta* con un 28.32 % en Internación y un 5% en Reumatología.

Por último, el motivo de alta más frecuente en Internación fue *alta médica con el 56 % (n:43)*, seguido de *cumplimiento de objetivos con el 16,4% (n: 10)*, y el menos frecuente fue *Negativa con el 1,6% (n: 1)*. En Reumatología solo se registraron dos motivos *abandono de tratamiento con el 65% (n: 43)* y *cumplimiento de objetivos con el 34 % (n: 22)*.

Consideraciones finales: es importante aclarar que la intervención que más prevaleció en ambas áreas se debe al gran porcentaje de *métodos preparatorios* realizados, siendo mayor en Reumatología dado que se vincula directamente con el alivio del síntoma.

La *Interconsulta* no se ha realizado con la frecuencia necesaria que requiere la complejidad del paciente agudo, por lo que consideramos relevante plantear nuevas estrategias de comunicación con el equipo de salud.

La importancia del trabajo radica en la posibilidad de contribuir a mejorar la atención de los pacientes asistidos en el Hospital E. Tornú por la RTO.

Introducción:

La Residencia de Terapia Ocupacional (RTO) del Hospital Tornú comienza a funcionar a partir de 1998 y actualmente se incluye en los servicios de Clínica Médica (CM), Unidad de Terapia Intermedia (UTIM), Reumatología, Ortopedia y Traumatología (OyT) y la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). En un trabajo realizado durante el período Julio 2009 – Abril 2010ⁱ se halló que los servicios que mayormente derivan a la RTO son los de: Reumatología y Clínica Médica; se buscó conocer la demanda institucional hacia la RTO pero por motivos de practicidad no se tomó en cuenta la respuesta brindada por la misma. A través del presente trabajo buscamos conocer el *proceso de Terapia Ocupacional*⁽¹⁾ (evaluación, intervención y reevaluación de resultados para posible alta de tratamiento) en Internación de Clínica Médica y UTIM y Consultorios Externos de Reumatología.

Objetivo general: Conocer el proceso de tratamiento de T.O. en las áreas de consultorios externos (C.E.) de Reumatología e internación de Clínica Médica (C.M.) y UTIM del Hospital Dr. E. Tornú.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de los diferentes motivos de internación/ diagnósticos prevalentes en ambas áreas.
- Determinar la prevalencia de cada intervención en ambas áreas.
- Medir la cantidad de sesiones brindadas por paciente en ambas áreas.
- Determinar la cantidad de intervenciones por paciente en ambas áreas.
- Determinar la prevalencia de los motivos de alta en los pacientes en ambas áreas.
- Determinar la prevalencia de intervenciones por paciente según edad en ambas áreas.

DISEÑO DEL PROTOCOLO: Se realizó un estudio descriptivo y comparativo, observacional, retrospectivo, transversal, cuantitativo.

Población y muestra:

Unidad de análisis: Todos los pacientes asistidos por la RTO en las áreas de internación de C.M., UTIM y en C.E. de Reumatología durante el período Julio - Diciembre 2010.

Variables:

TIPOS DE INTERVENCIONES: Se tomaron las intervenciones con su definición teórica acorde al Marco de Trabajo (2º edición)⁽²⁾ complementando con el Instructivo de la ficha interna de evolución de la RTO: “uso terapéutico de uno mismo”, “uso terapéutico de las ocupaciones y actividades”, “asesoría” y “formación”, aplicándolas a nuestro entorno hospitalario^{ii iii iv}. En cada paciente se registró si presentó o no dichas intervenciones.

MOTIVOS DE ALTA: Causa que genera la finalización de la relación terapéutica entre paciente y T.O., las cuales son: Óbito, Abandono de tratamiento, Negatividad de la persona a recibir o

¹ () Según el “Marco de Trabajo para la práctica de T.O.: Ámbito de competencia y Proceso” (Marco de Trabajo), *el Proceso de tratamiento de T.O.* empieza por la evaluación de las necesidades ocupacionales, problemas y prioridades del cliente. Proporciona un conocimiento de la historia ocupacional.

El plan de intervención son las acciones que se toman para influir y dar soporte en la mejora del desempeño del cliente. Para finalizar la reevaluación de los resultados se usa como información para planificar acciones futuras con el cliente y evaluar el programa de servicio.

² () En la 2º edición del Marco de Trabajo se mencionan las mismas intervenciones que en su antecesor, incorporando únicamente la *Auto-gestión*, la cual no la tomaremos debido a que dicha intervención no se realiza en la RTO.

continuar tratamiento, Cumplimiento de objetivos de tratamiento de T.O., Alta médica de internación, Pase de sala donde no hay asistencia de la RTO.

CANTIDAD DE SESIONES: Por pacientes.

EDAD: Edad en años cumplidos, tomada de la fecha de nacimiento que figura en la H.C.

DIAGNÓSTICO: Se categorizaron según tipo de patología en C.M y UTIM, basándonos en el Marco de Trabajo de TOii iii y la Clasificación Internacional de Funcionalidad^v.

Fuente e instrumento:

Primaria: Información obtenida de las Fichas de registro de evolución internas de la RTO y de las fichas de evaluación internas de RTO^{vi vii}.

PLAN DE ANÁLISIS: Los datos se registraron en una planilla de cálculo Excel y se analizaron la cantidad y prevalencia de cada una de las variables de acuerdo a los objetivos del trabajo. Por otro lado se realizó una estadística analítica donde se utilizó el método chi-cuadrado para realizar las comparaciones mediante el software SPSS versión 17. Para evitar sesgo en el registro de datos, se realizó una doble entrada de los datos en la planilla de excel.

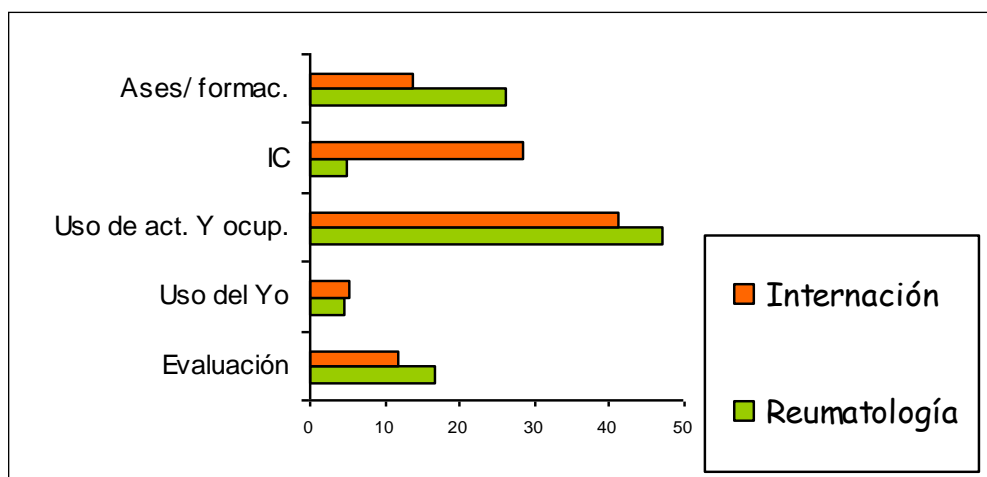
REPAROS ÉTICOS: Este estudio fue realizado dentro de la RTO sin recibir compensación económica alguna y sin fines de lucro. Fue aprobado por el Comité de Bioética y por la Secretaría de Docencia e Investigación del Hospital. Los investigadores se comprometen moral y éticamente a respetar la confidencialidad en el manejo de los datos recopilados, en base a la norma Helsinki y a la ley de “Protección de los datos personales” Nro. 25326.

RESULTADOS:

En relación a las patologías en Internación la de mayor prevalencia fue *Neurológicas* con el 42%, seguida de *Musculoesqueléticas* y *Cardiológicas* con el 15% y 12% respectivamente; en Reumatología fue osteoartritis (OA) con el 27,4% seguida de artritis reumatoidea (AR) con el 24,6% y Síndrome de Túnel Carpiano (STC) con el 16,4%.

En total se realizaron 1.755 intervenciones en ambas áreas con el 67% correspondiente a *internación*. Se observó una mediana de 11 intervenciones por paciente y una media de 18 intervenciones (rango 1-80) en Internación. En Reumatología la mediana de intervenciones fue de 6 y la media de 8 (rango 1-45).

Gráfico N° 1: Prevalencia de intervenciones en internación y reumatología.



La intervención más empleada fue el *uso terapéutico de las actividades y ocupaciones* con un 41% en internación y 47% en Reumatología. Se observó una diferencia importante en la

cantidad de *IC* realizadas con un 28% en internación (más de la mitad de las mismas realizadas para solicitar información) y sólo 5% en Reumatología. El *Uso terapéutico del Yo* fue la intervención menos frecuente en ambas áreas (5%) **(Gráfico N°1)**

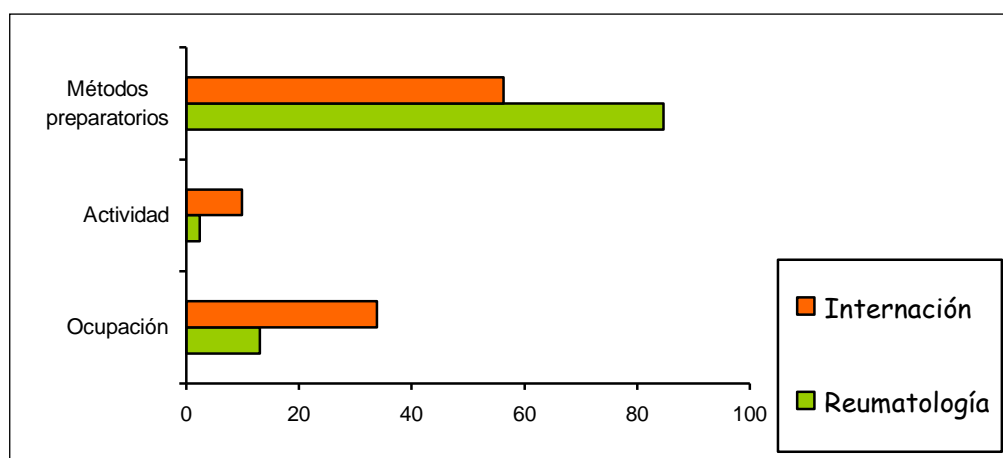
En Reumatología se observó una diferencia estadísticamente significativa en la intervención: *Utilización terapéutica de actividades y ocupaciones* (uso de actividades propositivas) según edad con mayor prevalencia en el grupo de 54 a 66 años y menor en el grupo de 44 a 53 años ($p = 0,023$). No observamos diferencias significativas ($p > 0,05$) según edad en las restantes intervenciones en Reumatología ni en ninguna de las intervenciones en el área de Internación

De las 880 sesiones realizadas el 71% corresponde a *internación*.

La mediana fue de 6 sesiones por paciente y la media de 9 (rango 1-47) y solo el 25% recibió más de 15 sesiones en internación.

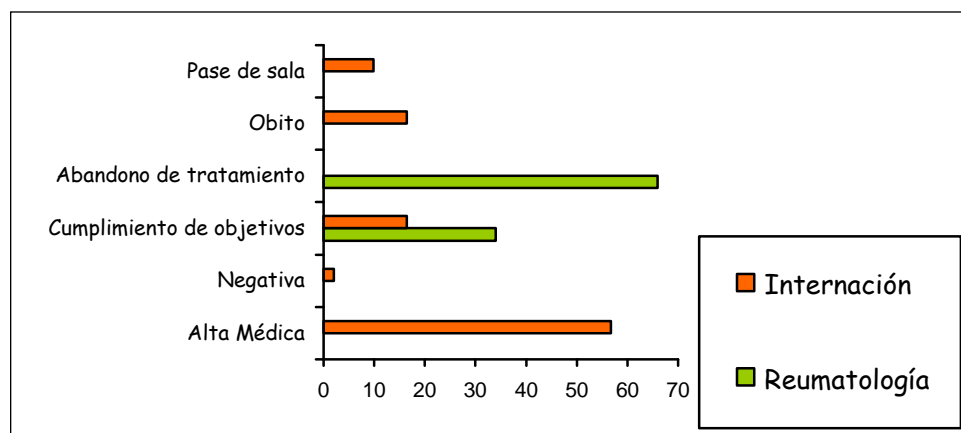
En Reumatología la Mediana de sesiones por paciente fue de 3 y la media de 3,5 (rango 1-14).

Gráfico N° 2: Prevalencia de *Uso terapéutico de las actividad y ocupaciones* en ambas áreas.



En esta categoría (*Uso terapéutico de las actividades/ ocupaciones*), se destacan los *métodos preparatorios* en ambas áreas con un 56% en internación y un 84 % en Reumatología De los mismos en internación se destacan los *ejercicios (tanto físicos como cognitivos)* y el *posicionamiento*; y en reumatología se destaca la *confección de férulas* y la *realización de ejercicios físicos*. **(Gráfico N° 2)**

Gráfico N° 3: Motivos de alta en Internación y Reumatología



El motivo de alta más frecuente en internación fue *alta médica* con el 56 % ($n:43$), seguido de *cumplimiento de objetivos* en el 16% ($n: 10$), y el menos frecuente fue *Negativa* con el 1% ($n: 1$).

En Reumatología solo se registraron dos motivos de alta: *abandono de tratamiento con el 65%* (n: 43) y *cumplimiento de objetivos con el 34 %* (n: 22). (**Gráfico N° 3**)

DISCUSIÓN

- Limitaciones del trabajo:

Para determinar la prevalencia de patologías/ diagnósticos en Internación se tomó en cuenta el diagnóstico por el cual cada paciente fue derivado a T.O., sin embargo la población atendida es adulta y presenta múltiples comorbilidades que asociado al desacondicionamiento producido por hospitalización prolongada, afecta en mayor o menor medida, la capacidad funcional del paciente al momento de la evaluación inicial de T.O. Las mismas no se tuvieron en cuenta al momento de la clasificación. Se sugieren para próximos estudios tener en cuenta el diagnóstico del paciente escrito en la H.C, el diagnóstico y motivo de derivación a T.O., las comorbilidades presentes. Al tener en cuenta estos factores se podrán correlacionar los mismos con nuestras intervenciones realizadas.

El tipo de estudio realizado es retrospectivo, por lo cual los datos analizados fueron registrados previo al diseño del trabajo, con la posibilidad de crear sesgos en el análisis de los resultados y de este modo afectar la validez y confiabilidad del trabajo. En esta misma línea, se sugiere replicar este estudio de manera prospectiva a fin de mejorar la toma de datos y de esta manera la calidad metodológica del trabajo.

El instrumento de evaluación “ficha de evolución” utilizado fue confeccionado en mayo del 2010 y se implementó en junio del corriente año, al mismo tiempo en que se inició la toma de datos. Lo mismo ocurrió con la categorización de intervenciones, dado que previamente no se utilizaba ninguna clasificación determinada. Ambos son métodos de trabajo nuevos, no existió un proceso de aprendizaje previo a este estudio y por este motivo creemos que pueden existir sesgos en la toma de datos, creando un subregistro de nuestras intervenciones como ser cantidad de *IC que realizamos para pedir y/o transmitir información*, el *Uso terapéutico del yo* que prima cuando se interviene en una situación de gran estrés como es una enfermedad y su internación, y la *re-evaluación* que realizamos cada vez que comenzamos una nueva sesión de tratamiento.

- Algunas consideraciones:

De acuerdo a la bibliografía consultada^{viii ix} son numerosas las intervenciones desde T.O. en internación que tienen por objetivo evitar complicaciones secundarias a la hospitalización; restaurar y mantener el funcionamiento; optimizar la recuperación y autonomía precoz: AVD, adaptaciones y equipamiento, educar al paciente y/o familiar, realizar IC para vehiculizar necesidades del paciente, etc.

En nuestro trabajo, el *uso terapéutico de la actividad y ocupaciones*, fue la intervención prevalente en ambas áreas. Dicha intervención es propia y característica de la disciplina, siendo el fin último de la T.O. el desempeño óptimo de cada persona según sus prioridades y en relación a su capacidad funcional. Es importante aclarar que la prevalencia de esta intervención en ambas áreas se debe al gran porcentaje de *métodos preparatorios* realizados, entendidos éstos como intervenciones necesarias para preparar y facilitar a la persona para la funcionalidad en sus ocupaciones, ya sea que se utilicen en forma temporal o permanente; dicha intervención es

aún mayor en Reumatología dado que se vincula directamente con el alivio del síntoma que se encuentra limitando al desempeño en las ocupaciones.

No se consideró la *IC para pedir y/o transmitir* información mediante la lectura y escritura de las HC como un tipo de intervención a la hora de registrarlo en la evolución. La misma es la principal vía de comunicación con el equipo de trabajo, principalmente en C.E de Reumatología. En la sala de internación la comunicación verbal e informal se da con mayor frecuencia dado que es el lugar de encuentro de las diferentes disciplinas junto con el paciente, es decir ambos entornos, físico y temporal, actúan como facilitadores para las IC. Sin embargo, a partir del análisis de los datos se observa que dicha intervención no se ha realizado con la frecuencia necesaria que requiere la complejidad del paciente agudo, por lo que consideramos relevante plantear nuevas estrategias de comunicación con el equipo de salud, en particular en C.E, a fin de propiciar una comunicación fluida y mejorar la calidad de nuestras intervenciones. Según los resultados obtenidos creemos que existen diversos factores que influyen en que una intervención pueda ser realizada con mayor o menor frecuencia, por ejemplo la continua rotación de residentes en formación por las áreas de la RTO sin un profesional de planta permanente; la subjetividad que cada T.O. tiene al momento de evolucionar, priorizando una intervención en detrimento de otra; la posibilidad de realizar ocupaciones en el área de Reumatología respecto a Internación, debido a las características del entorno físico dado que el consultorio externo puede ser menos propicio para la ejecución de las ocupaciones; la variabilidad del cuadro clínico en el paciente agudo que obliga a que se deba suspender determinada intervención o bien repetirse por mayor tiempo; la existencia de red social continente que acompañe y aplique nuestras intervenciones y sugerencias, etc.

En Internación se intenta mantener una frecuencia de tratamiento diaria. Consecuentemente es también mayor la cantidad de intervenciones y sesiones en comparación con Reumatología donde la frecuencia de tratamiento es semanal. Esto también se encuentra en relación a los motivos de alta, ya que es difícil o muy poco frecuente que durante un momento agudo de enfermedad el paciente internado rechace el tratamiento de T.O. a diferencia de Reumatología donde el abandono de tratamiento es la causa prevalente del alta.

En el trabajo de investigación “Perfil de IC a T.O.”i se establecen las características del paciente tipo derivado de cada servicio; en Internación se describe a una mujer de 74 años, jubilada, con una patología neurológica derivada para movilización y en Reumatología a una mujer de 55 años, empleada doméstica, con diagnóstico de Artritis Reumatoidea, derivada para confección de férulas. Como se puede inferir de lo anteriormente dicho, la persona que concurre al CE está laboralmente activa, con una patología crónica, cuyo principal interés es el alivio del síntoma para poder continuar con su rutina, por lo cual una vez logrado el objetivo abandona el tratamiento (a pesar de contar con otros objetivos no agudos para seguir trabajando) y retorna sólo en caso de reagudización del síntoma molesto. Esto se diferencia del paciente internado donde el motivo de alta más frecuente es alta médica. Creemos necesario reformular la modalidad de atención por CE a fin de lograr mayor adherencia del paciente al tratamiento. En relación a la Internación, sería óptimo poder planificar al alta conjuntamente con el médico tratante de modo de prevenir reingresos a corto plazo.

CONCLUSION

Consideramos que se ha logrado cumplir con los objetivos del trabajo pretendiendo dar cuenta de la modalidad de intervención de TO en este hospital de agudos, considerando la misma como un proceso de evaluación, intervención y resultados.ii iii

Dado el subregistro de intervenciones observado en las fichas de evolución interna, es necesario mejorar la metodología en la utilización de la misma a fin de reflejar la real frecuencia con que se realizan las intervenciones.

La importancia de los datos obtenidos radica en la posibilidad de contribuir a mejorar la atención de los pacientes asistidos en el Hospital E. Tornú por la RTO. Sin embargo, se requieren de estudios más exhaustivos que profundicen los datos obtenidos, teniendo en cuenta no sólo las intervenciones realizadas sino la percepción o satisfacción del paciente con las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

ⁱ Portela A., Illán V. S., Hernández E., Muñoz P., Caillet-Bois C., Perfil de Interconsulta a T.O., Residencia de Terapia Ocupacional, Htal Gral de Agudos Dr. E. Tornú, GCBA, 2010.

ⁱⁱ American Occupational Therapy Association, 2002, Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process, AJOT, **LIV**, nº 6, 609-639. Traducción y adaptación al español realizada por: Mantilla Morta R. y cols. (diciembre 2005).

ⁱⁱⁱ American Occupational Therapy Association, 2008, Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process, AJOT, 2008, **LXII**, 625-683. Traducción y adaptación al español realizada por: Mercado Padín R., Ramírez Ríos A. y cols. (abril 2010).

^{iv} Residencia de T.O., Instructivo: Ficha de evolución interna, versión 2010.

^v Organización Mundial de la Salud. 2001. "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 49-112.

^{vi} Residencia de T.O., Instructivo: Ficha de evaluación interna de C.M. y UTIM, versión 2010.

^{vii} Residencia de T.O., Instructivo: Ficha de evaluación interna de Reumatología, versión 2010.

^{viii} Pérez M., T.O. en un Hospital General de Agudos. Hospital B. Rivadavia. Buenos Aires, diciembre 2006.

^{ix} Illán Valeria, Tommasi Ma. L, Año 2010. Características de los pacientes internados en el Hospital General de Agudos. Dr., E. Tornú y necesidades de intervención de T.O. Revista científica Aesculapius. Nº 1, 19-26.

EVALUACION DEL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS CON DEMENCIA

Autores: Luzmarina Silva C.

Dalila Goudeau Radical

Correo Electrónico: lsilvaconcha@gmail.com

Resumen

Cuidar a un Adulto Mayor con demencia en su domicilio, es un proceso complejo que genera estrés crónico y afecta en mayor o menor medida la salud física y mental de los cuidadores, por ello la evaluación de su carga objetiva y subjetiva, así como de los estresores y forma de afrontarlos, no deben estar ausentes en la evaluación del Terapeuta Ocupacional, sin olvidar la díada familiar-cuidador. El estudio se enmarca en el paradigma cualitativo, en fase preliminar, pretende conocer y analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia, por cuidadores informales de personas con demencia, frente a las alteraciones conductuales de las personas que cuidan y determinar cuáles resultan más eficaces. Los resultados preliminares de la etapa de inmersión en la realidad, han permitido constituir una muestra, habiéndose iniciado, la recogida de datos a través de entrevistas en profundidad e historias de vida. Lo que nos permite plantear un modelo de intervención con sus respectivas evaluaciones

Introducción

Durante los últimos años se ha estado viviendo un proceso de transición demográfica en las sociedades occidentales, con un aumento vertiginoso del número de personas mayores de 60 años y en particular de mayores de 80 años. Aunque hay que destacar que la mayor parte de las personas mayores viven con buenos niveles de autonomía y salud, nuestra sociedad está asistiendo a un aumento sin precedentes de los fenómenos y situaciones que tienen que ver con la dependencia, es decir, con el conjunto de personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria. En España, a través de la encuesta del Instituto Ministerial de Servicio Social (IMSERSO) y la

última encuesta nacional de salud, se estima que el número de personas mayores que presentan algún grado de dependencia está en torno al 26,6 %. Datos chilenos arrojados por la Encuesta Salud y Bienestar (SABE) Chile realizada en el año 2000, señalan que alrededor de un 10 % de la población encuestada presentó un deterioro cognitivo.

El lema “envejecer en casa” viene siendo en los últimos años un objetivo común de las políticas sociales en todos los países, incluyendo Chile, el cual adhiere y firma el documento de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid 2002, apoyando tal medida. Por ende envejecer en casa es la potenciación del sistema informal de cuidado; por ello se debe maximizar la calidad y cantidad de los cuidados proporcionados a las personas mayores dependientes por parte de sus familiares o cercanos.

La incorporación al grupo familiar de un adulto mayor, que por distintas circunstancias no pueda vivir independientemente, va a modificar las relaciones familiares y no siempre de un modo favorable. Mientras esta persona desempeñe algún papel y mantenga su autonomía, las relaciones familiares puede que se desarrollen sin dificultad. Los problemas aparecen cuando la persona se convierte en un ser dependiente que necesita ciertos cuidados. En estos casos, cuidar a un enfermo o a un anciano supone una carga económica, una reorganización de la vida cotidiana familiar y en algunos casos un cambio de roles entre padres e hijos de difícil resolución para ambos.

Los cuidadores de personas mayores dependientes son usuarios habituales de los servicios de salud, a los que recurren con frecuencia solicitando información y soluciones relativas a los problemas que enfrentan en el proceso de cuidar a una persona mayor con demencia.

Según Wilson,(1) cuidador principal posee las siguientes características:

- Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.
- Es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.

- Se considera cuidador a todo aquel que se haya desempeñado como tal por un período de 6 semanas a 3 meses.

El cuidador suele asumir la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que concierne a sus medicamentos y cuidados en general. Se crea un vínculo tal que el paciente se vuelve cada vez más dependiente y viceversa.

El cuidador se olvida de sí mismo no tomándose días libres; se detiene en su proyecto de vida por algunos años. Las investigaciones en esta área se dirigen principalmente a la consideración de las tareas del cuidado familiar del paciente con demencia como un potente estresor. Este proceso ha sido conceptualizado como carga (Caregiver Burden”, “Caregiver Strain”).(2)

El término sobrecarga queda definido como “un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo”.

EVALUACIÓN

Cuando nos enfrentamos a una persona con demencia, no es solo a ella a quien dirigimos nuestra atención, sino también al cuidador, debido a la asunción cada vez más clara del binomio “persona mayor-familia”, por lo que nuestra intervención puede estar dividida y decidir atender sólo a la persona cuidada por el estado avanzado de su demencia, o a ambos.

Es necesario conocer en qué forma y medida el cuidado de una persona dependiente afecta a la dinámica de la familia y con que recursos personales y redes cuentan los cuidadores para afrontar esta situación, ya que de ello depende tanto el bienestar del cuidador como de la persona cuidada (3) evaluación o manejo con el cuidador se puede hacer desde dos perspectivas; la primera que se genera a partir de las necesidades de la persona cuidada y la segunda a partir de sus propias necesidades.(4)(5)

Cuando nos enfrentamos al cuidador informal se debe saber que espera él o ella de nuestra intervención, para lo cual se recogerán sus antecedentes:

- Nombre
- Sexo

- Fecha de Nacimiento
- Vínculo con la persona cuidado
- Estado Civil
- Tiempo que lleva cuidando
- Vive con el paciente
- Recibe ayuda de otras personas
- Tiene un trabajo remunerado
- Siente que su cuidado es permanente

Si el cuidador quiere mejorar su rol para ayudar a su familiar, nuestra evaluación estará primariamente centrada en la carga objetiva. Si es en relación a sus propias necesidades, se orientara la evaluación e intervención a la carga subjetiva preferentemente, sin olvidar que estas se entremezclan. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Evaluación carga objetiva y carga subjetiva

CARGA OBJETIVA	CARGA SUBJETIVA
Rutina	Biografía del cuidado (que involucre relación con la persona cuidada, y conflictos familiares por ejemplo, pareja hijos, hermanos etc.)
Cuidados prestados	Redes y apoyo social
Roles	Situación Laboral (ausentismo, faltas pérdida del trabajo)
Tiempo libre e intereses	Sobrecarga del cuidador
Barreras arquitectónicas que dificulten el cuidado	Estado anímico.
Contexto del cuidado	Patologías asociadas del cuidador, estado anímico.
Patologías asociadas al cuidador	Identificación de estresores
Patología y evolución de la persona cuidada	Estrategias de afrontamiento utilizadas
Identificación de problemáticas en el cuidar	

Estas evaluaciones podrán realizarse a través de pautas estandarizadas o entrevistas abiertas.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Una investigación preliminar, conducida por la autora principal, tuvo como objetivo conocer cual/es de las alteraciones conductuales de la demencia son identificadas como estresante por los cuidadores principales que presentan sobrecarga.

El 100% de los encuestados identificaron las alteraciones conductuales que le provocan mayor sobrecarga, siendo las alteraciones que guardan relación con los trastornos del contenido del pensamiento, las que más le afectan en el proceso de cuidar.

El catastro de las alteraciones conductuales identificadas como más estresantes permiten enfocar la práctica de la T.O generando estrategias aplicables a la vida cotidiana del cuidador de personas con demencia impactando en las áreas de desempeño ocupacional. Por otra parte este conocimiento permite fundamentar esta investigación, de carácter cualitativo, que pretende determinar, a través del análisis del discurso, entrevistas en profundidad, historias de vida y focus group, cuales son las estrategias de afrontamiento más eficaces ante las alteraciones conductuales de las personas con demencia.

Desde nuestro punto de vista, las competencias del Terapeuta Ocupacional para la evaluación, adaptación y utilización del ambiente, sustentan sólidamente el rol profesional que nos compete, considerando que el desempeño ocupacional, no puede separarse del ambiente en el que éste se produce y que, a su vez el ambiente puede determinar si el desempeño será exitoso o dificultoso. Por tanto ante los obligados ajustes que, tanto el cuidador como la persona mayor deben realizar en los factores ambientales, conductuales, procedimentales, etc. que inciden en el desempeño al producirse la dependencia, resulta clave poder contar con un profesional que pueda orientar con una mirada sistémica, la realización y aceptación de los cambios en las rutinas, hábitos, roles, condiciones del ambiente y de las interacciones entre los miembros de ésta diada.(6)

PRINCIPALES ACTIVIDADES PARA TRABAJAR CON EL CUIDADOR

- Integrar grupo de autoayuda o consejerías.
- Ordenar rutina.

- Entrega de información respecto a patología y evolución de la enfermedad.
- Entrega de técnicas y corrección de solución de problemática en el manejo del paciente en su cuidado diario.
- Desarrollo de intereses y tiempo libre.
- Estrategias de afrontamiento adecuadas.
- Soluciones ambientales.

CONCLUSIÓN

La evaluación de un cuidador de personas con demencia es una tarea compleja en la que se debe considerar tanto la forma del cuidado como la persona cuidada; el trabajo grupal y compartir experiencias con otros hacen esta tarea mas fácil La Terapia Ocupacional dispone de metodologías de intervención con demostrada eficacia para atender a las problemáticas de unos y otros con el trabajo en equipos multidisciplinares.

Esta propuesta ha surgido de dos investigaciones financiadas por la universidad de Playa Ancha llevadas a cabo con cuidadores informales la primera en el año 2007 bajo el paradigma cuantitativo cuyos resultado fueron expuesto en el congreso mundial de terapeutas ocupacionales (2010) y la segunda investigación 2010 y 2011 a través de un enfoque cualitativo, las que nos ha permitido recoger valiosa información sobre la carga objetiva y subjetiva así como los principales estresores a los cuales han sido sometidos.

El conocimiento de los factores que inciden en el desempeño ocupacional, tanto de los cuidadores como de las personas a su cuidado, generando o no sobrecarga, permitirá diseñar estrategias preventivas de estrés, impactando en la salud de los cuidadores, mejorando la calidad del cuidado, la causalidad personal de los cuidadores, incidiendo directamente en el grado de satisfacción de la persona cuidada. En este sentido, la línea de investigación iniciada será un aporte al desarrollo de la disciplina en un área emergente, con proyecciones futuras en las que los Terapeutas Ocupacionales tienen un rol fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Roig, M.V.; Abengózar, M.C. y Serra, E. (1998) *La Sobrecarga en los Cuidadores Principales de Enfermos de Alzheimer*. Rev. Anales de Psicología 14 (2) 215-227

- 3-Anthony-Bergstone C, C; Zarit, S., Gatz, M. S (1988) *Symptoms of psychological distress among caregivers of demented patients*. Psychology and Aging, 3,245-248.
- 2 Muela, J.A, Torres, C.J, Peláez, (2002) *Eva Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer*. Rev. Anales de Psicología 18 (2)319-331.
-
- 4-Gallagher D, Rose L, Rivera,P. Lowett, S; y Thompson,L.W (1989) *Prevalence of depression in family caregivers*. The Gerontologist. 29, 449-456.

- 5-Gignac MAM, Gottlieb BH.: (1996) *Caregivers' appraisals of efficacy in coping with dementia*. Psychology and Aging 11(2):214-25

- 6,Gitlin, L.N. y Corcoran, M.A. (2005) *Occupational Therapy and Dementia Care. The home environmental skill-building program for individuals and families*. Bethesda: American Occupational Therapy Association Dementia.

Formación de recursos humanos en docencia e investigación en terapia ocupacional. La experiencia en la cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística (TO-UBA)

Autores: Bottinelli, Maria Marcela.

Nabergoi, Mariela.

Albino, Andrea.

Medina, Andrea.

Waldman, Micaela.

Correo Electrónico: mmbottinelli@yahoo.com.ar

Resumen:

La formación de recursos humanos en docencia e investigación presenta complejos desafíos que requieren indagar los procesos y contextos donde se concreta. En terapia ocupacional además, constituye un tema crítico en el marco del crecimiento de la disciplina en los ámbitos académicos y de los nuevos lineamientos establecidos por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales para la formación universitaria.

Presentamos reflexiones sobre los procesos formativos de docentes universitarios (desde alumnos) coconstruidas en el marco de la Cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística en Terapia Ocupacional de la Universidad de Buenos Aires a cargo de la Prof. Mag. M. Marcela Bottinelli. Desde este espacio de cátedra se propone una metodología innovadora en la formación de equipos docentes, redes de trabajo e investigación, basadas en una perspectiva que integra la formación pedagógica, en investigación y profesional de manera crítica, continua, dinámica, conjunta y multidireccional.

La propuesta sostiene espacios de participación activa, la conformación de equipos y redes de intercambio y colaboración intra e interdisciplinarias y sectoriales, y la promoción de procesos de aprendizaje donde cada sujeto es co-constructor de su propio aprendizaje a la vez que colabora en la formación de otros. Se construye a través de la participación en actividades de docencia, investigación y extensión como propuestas de cátedra, articuladas con otras instancias, y experiencias personales de cada integrante y del equipo, que potencien el desarrollo de un pensamiento colectivo, crítico, reflexivo y

la constante retroalimentación que se genera en el intercambio entre docentes, alumnos, profesionales, instituciones, comunidad, teoría, práctica.

Esta propuesta pedagógica se construye con aportes de la pedagogía, la educación, la psicología, la metodología, la ética y la salud, revisando de manera continua críticamente, aprendiendo de la experiencia y trayectoria en docencia e investigación de quienes la constituyen.

Introducción:

La formación en Metodología de la Investigación es esencial en la formación de profesionales en salud y rehabilitación no sólo por la adquisición de conocimientos y habilidades básicas necesarias para llevar a cabo actividades de investigación, sino para el desarrollo de competencias generales necesarias para un buen desempeño profesional, cualquiera sea su área de inserción, brindando herramientas básicas de posicionamiento epistemológico, teóricas y técnicas para el pensamiento reflexivo y riguroso que demanda el quehacer profesional. En terapia ocupacional, en particular, la formación de recursos humanos en las áreas de docencia e investigación constituye un tema crítico en el marco del crecimiento de la disciplina en los ámbitos académicos y para el desarrollo de las capacidades necesarias para cumplimentar con los nuevos lineamientos establecidos por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales para la formación de docentes universitarios en la profesión (1).

La experiencia que presentamos nace en el marco de la Cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Buenos Aires a cargo de la Prof. Mag. María Marcela Bottinelli. Desde este espacio de cátedra se propone una metodología innovadora en la formación de equipos docentes, redes de trabajo e investigación, basadas en una perspectiva que integra la formación pedagógica, en investigación y profesional de manera crítica, continua, dinámica, conjunta, colectiva y multidireccional; promoviendo un proceso donde el sujeto es co-constructor de su propio aprendizaje, a la vez que colabora en la formación de otros.

El objetivo central de esta propuesta de trabajo es la formación de recursos humanos en investigación y docencia mediante el desarrollo de pensamiento crítico y reflexivo y la constante retroalimentación que se genera en el intercambio entre docentes, alumnos, otros docentes, instituciones, comunidad, teoría y práctica.

Desarrollo:

Se plantea una forma de trabajo que implica diferentes niveles y tipos de participación (2) en actividades de docencia, investigación y extensión, así como la articulación con otras instancias y experiencias personales de cada integrante y del equipo.

Dentro de las actividades de docencia se participa en reuniones periódicas de cátedra, en seminarios dictados por especialistas invitados o integrantes de la cátedra con formación y trabajo extra-cátedra reconocidos científicamente (Investigadores de la UBA, CONICET, etc.), en espacio de teóricos y de trabajos prácticos. En este último espacio se trabaja desde la planificación, la implementación y dictado progresivo de temas y la evaluación. Esta forma de participación permite revisar y reflexionar sobre los procesos de aprendizaje, de enseñanza y de construcción del conocimiento desde el hacer cotidiano. Algunos ejemplos de ello son: la colaboración en la realización del cuadernillo de cátedra y en las ejercitaciones; la participación y el aprendizaje de los procesos de planificación de clases y actividades; la evaluación (colaboración en la construcción de evaluaciones, grillas y criterios de corrección, prácticas de corrección supervisadas). Cada una de dichas instancias se construyen como espacios de prácticas de enseñanza y aprendizaje andamiadas y mediadas (3) y generan procesos de evaluación y autoevaluación (de docentes, alumnos, propuestas, equipo, etc.). (4) (5) (6) Respecto de las tareas de formación en investigación, además de la participación en cursos, seminarios y posgrados, se promueve dentro de la cátedra la presentación a becas de investigación como las de UBACYT, Carrillo Oñativia, CIC, y becas de viajes e intercambio.

La participación en actividades de extensión, así como en la planificación y ejecución de dichas actividades propuestas por la cátedra, son consideradas como un complemento muy valioso en la formación tanto del futuro profesional como del docente. La participación en esta área permite ampliar y profundizar el conocimiento en aspectos pedagógicos, de investigación, y en diversas áreas de desempeño profesional. Así mismo fortalecen las redes profesionales, la difusión de experiencias y la promoción del conocimiento ya sea que se trate de jornadas, talleres, cursos, congresos, ateneos bibliográficos o espacios de diálogo con profesionales nacionales o extranjeros invitados especialmente.

La diversidad de experiencias personales y grupales de cada integrante del equipo, su participación en distintos posgrados, cursos, jornadas, seminarios, diversas prácticas

profesionales, en distintas instituciones, así como las diferencias en sus trayectoria respecto de la formación específica en metodología y docencia, hacen que a través de los espacios de reflexión, discusión y trabajo se articule y construya un espacio dinámico y conjunto para el aprendizaje.

Palabras finales:

La realización de carreras de posgrado constituye uno de los componentes necesarios para la formación de recursos humanos en las áreas de docencia e investigación en terapia ocupacional. No obstante, esta debe ir acompañada de otras acciones de formación para la promoción de docentes que se constituyan como protagonistas de la producción de conocimiento, el desarrollo académico, y la formación de profesionales innovadores, críticos y creativos, todas estas características señaladas como necesarias por la WFOT para el crecimiento y desarrollo de la profesión en el siglo XXI.

En este marco, esta propuesta, sostenida en diversos autores desde la pedagogía, la educación, la psicología, la metodología y epistemología, la ética y la salud (7) sienta sus bases en la constitución de redes de trabajo, acción y debate que promueven revisar y reflexionar sobre los procesos de aprendizaje, de enseñanza y construcción del conocimiento contextualizado, revisa de manera continua críticamente sus fundamentos y su accionar, aprendiendo de la experiencia y trayectoria en docencia e investigación, potenciando los diferentes saberes y prácticas de quienes la forman y reconociendo la formación como un continuo que hunde sus raíces en las experiencias pasadas y nos acompaña durante toda nuestra vida.

Compartimos estas reflexiones sobre la compleja tarea de formar recursos humanos para la docencia y la investigación, que conformen equipos de trabajo donde las redes y andamiajes permitan a cada uno ser partícipe activo de su propia formación y de la formación de otros.

Bibliografía citada

1. Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (2008) Declaración de Posicionamiento sobre las Credenciales Académicas de los Educadores de Terapia Ocupacional para la Formación Universitaria en Terapia Ocupacional. Trad. Rubén Blando. Disponible en: <http://www.wfot.org>
2. Sirvent, M.T., 1985. "Cultura popular y participación social. Una investigación en el adultos", en Perspectivas. (Buenos Aires, Argentina). 1° ed, vol. XV, n° 1, pp. 29-42

3. Vigotsky Lev. 1998 “El desarrollo de los procesos psicológicos superiores.” (Grijalbo. México) Caps. 4 y 6
4. Elichiry, N. 2000 “Aprendizaje de niños y maestros. Hacia la construcción del sujeto educativo”. Ed. MANANTIAL. Cap: “Evaluación: saberes y prácticas docentes” Págs. 75 a 91.
5. Camilloni, Alicia R. W. de; Celman, Susana; Litwin, Edith y Palou de Maté, Ma. del Carmen. 1998 “.La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo” Paidós. (Buenos Aires).
6. Diaz Barriga, Ángel. 1992 “Didáctica. Aportes para una polémica.” Aique. (Buenos Aires).
7. Bottinelli, M. M. 2007 “Reflexiones sobre la ética en los procesos de salud y educación” Ponencia del Congreso de Bioética y salud, Departamento de Humanidades y Arte.

Bibliografía consultada

- Albornoz, Mario. 2001 “Política científica”. UNQ. (Buenos Aires)
- Bottinelli, M. M. 2003 “Metodología de investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo”. Grafika Hels (Buenos Aires).
- Bottinelli, M. M.; Nabergoi, M; Remesar, S. 2009. “Desafíos y estrategias de la Alfabetización Científica en la formación universitaria”. Publicado en Libro del I Congreso Internacional de Pedagogía Universitaria.. Secretaría de Asuntos Académicos de la Universidad de Buenos Aires. Pág. 147-149
- Bottinelli, M. M.; Nabergoi, M; Remesar, S. 2009 “Desafíos de las prácticas docentes en la Enseñanza de Metodología de Investigación en carreras de ciencias humanas y sociales.” En CD del VI Encuentro Nacional y III Latinoamericano “La Universidad como objeto de investigación. Universidad, conocimiento y sociedad: innovación y compromiso” Universidad Nacional de Córdoba. (Córdoba).
- Bottinelli. M. M.; Nabergoi, M.; Remesar, S.; Pawlowicz, M. P. 2008. “La formación de los profesionales de salud en metodología de Investigación” en CD del Encuentro entre Profesores e investigadores de la UBA para el análisis de las buenas prácticas de enseñanza y formación: La Universidad de Buenos Aires, Producción y Trayectoria Pedagógica.

- Chardón, M. Cristina 2000 “ Perspectivas e interrogantes en Psicología Educacional”. Cap. “Reflexiones y articulaciones” Editorial EUDEBA-JVE Págs. 75 a 108 y 141 a 152
- Díaz, Esther. 2000. “La posciencia: El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad.” Ed. Biblos
- Elichiry, N. 1987. “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”. En El niño y la escuela (comp.). Nueva Visión. (Bs. As.)
- Fernández L.: 1994. “Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas.” Ed. Paidós. (Bs. As.).
- García, Rolando 1988 “El desarrollo del sistema cognitivo y la enseñanza de las ciencias”. Ediciones de Base. Facultad de Sociología. UBA
- Medeiros, M. Heloisa da Rocha. 2007. “Terapia Ocupacional. Um enfoque epistemológico e social.” Traducido al español por Universidad Nacional del Litoral. Ediciones UNL.
- Morin, Edgard. 1984. “El pensamiento complejo”. Ed. Anthropos. (Barcelona).
- Pérez Gómez A. 1990 “Comprender y enseñar a comprender”. Introducción en: Elliot John. La investigación-acción en educación. Morata. (Madrid)
- Samaja, Juan A. 1993 “Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica”. Ed., Eudeba. (Buenos Aires)
- Samaja, Juan A. 2004 “Epistemología de la salud”. Lugar editorial. (Buenos Aires)
- Squires, G. 2002 “Managing Your Learning”. Londres, Routledge Study Guide. Taylor & Francis Books.
- Woods, P. 1966/1988 “Researching the art of teaching. Ethnography for educational use.” (Trad. cast. Investigar el arte de la enseñanza. Barcelona/Buenos Aires: Paidós). London & New York: Routledge.

Nota: el presente trabajo fue parcialmente presentado en 6ª Jornada de Material Didáctico y Experiencias Innovadoras en educación Superior. Ciclo Básico Curricular – UBA. CABA, 10 de agosto de 2010 y en el II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR “Clínica e Investigación.

Contribuciones a las Problemáticas Sociales. Homenaje al Prof. Juan A. Samaja".
Facultad de Psicología UBA. CABA, 22 al 24 de noviembre de 2010.

Título del trabajo: “Gestión de un proyecto de capacitación integral para el Instituto de Educación del estado de Aguascalientes, México”

- Apellido y nombres completos del autor: Lic. Guillermo Pereyra
 - Correo electrónico: gpereyra@unq.edu.ar
- Institución a la que pertenece: Universidad Nacional de Quilmes.

IV.-Resumen del trabajo:

Objetivo:

Efectuar desde Terapia Ocupacional un proyecto de capacitación integral para el Instituto de Educación del estado de Aguascalientes, México, a fin de dar cumplimiento a las problemáticas existentes en el ámbito educativo y familiar.

Las áreas de ocupación más afectadas en las familias eran **AIVD**, dificultades para la facilitación de la crianza de sus hijos, la **Participación Social** y la poca participación de los padres en la práctica del **juego** junto a sus hijos. En maestros y directivos existían problemáticas en el rendimiento laboral, falta de aceptación a los cambios educativos y al uso de las nuevas tecnologías. También se evidenció carencias en las habilidades de liderazgo y comunicación institucional.

En el personal administrativo del Instituto de Educación había dificultades en rendimiento del trabajo, para planificar y participar en actividades de esparcimiento además de un alto nivel de estrés por desequilibrio ocupacional.

Método de trabajo

Se elaboraron capacitaciones grupales durante el transcurso de un mes:

“**Claves para tener una Familia Feliz**” para familias de las escuelas primarias.

“**Liderazgo eficaz en el ámbito educativo**”, para directivos y maestros.

“**Claves para mejorar mi desempeño laboral, ¿Cómo equilibrar mi vida personal y laboral?**” Para RRHH del Instituto.

Conclusión, resultados y consideraciones finales:

Este proyecto de capacitación ha sido muy valioso para el Instituto de Educación ya que han participado en él familias con alto grado de vulnerabilidad. También, permitió dar a conocer que Terapia Ocupacional puede ofrecer servicios y soluciones a las necesidades actuales tanto del ámbito educativo como el familiar. Esta iniciativa motivó mejorar la entrega de servicios de capacitación creando a **prolcaf** (El Proyecto Latinoamericano de Capacitación Familiar, www.prolcaf.com). Este proyecto, si bien esta dirigido por un Terapeuta Ocupacional, se elabora en **forma transdisciplinaria**, interviniendo médicos, nutricionistas, psicólogos, ingenieros, docentes, referentes comunitarios e institucionales, entre otros.

V.-Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Este proyecto de capacitación se efectuó gracias a una alianza estratégica con el Instituto de Educación del estado de Aguascalientes, México.

Su **fase I** se inició efectuando un análisis de las problemáticas y necesidades existentes en el ámbito educativo junto a autoridades del departamento de profesionalización y directores de dicho instituto.

Posteriormente, con la **fase II**, se preparó una devolución reconociendo el excelente trabajo que realizan las escuelas mexicanas en Ags., pero también, dando respuesta e informando como Terapia Ocupacional puede dar soluciones a dichas necesidades y problemáticas.

Con la conformidad del estado, se procedió a la **fase III** organizando un programa de capacitación para padres, maestros y directivos de escuelas primarias, como así también, para el personal administrativo del Instituto de Educación.

Entre las problemáticas y necesidades mencionadas, las áreas de ocupación más afectadas eran:

En las familias:

Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Dificultades para la facilitación de la crianza de sus hijos, imposibilidad para proveer el cuidado y la supervisión adecuada para respaldar las necesidades del desarrollo de los niños.

Participación Social: dificultad para una adecuada participación e interacción exitosa en los roles asumidos.

Juego: Poca participación y desempeño de los padres en la práctica del juego junto a sus hijos.

En los maestros y directivos:

Trabajo: Se ha detectado en algunos maestros, dificultades en el rendimiento laboral ante la carencia de habilidades en para rol docente y para su desempeño como directores.

Dificultades para la puesta de límites en los niños y el trabajo con sus padres.

Rechazo y falta de aceptación a los cambios educativos y al uso de las nuevas tecnologías.

Dificultades en el liderazgo y comunicación institucional. Trabajo en equipo.

Personal Administrativo del Instituto de Educación:

Trabajo: dificultades en rendimiento del trabajo ante la falta de pauta, metas y objetivos de trabajo y el uso adecuado del tiempo.

Ocio: dificultades para planificar y participar en actividades de esparcimiento. Alto nivel de estrés por desequilibrio ocupacional.

En cuanto al **método de trabajo**, cabe mencionar que se elaboraron capacitaciones durante el transcurso de un mes.

Para atender a las necesidades y problemáticas de las familias se elaboraron capacitaciones grupales llamadas “**Claves para tener una Familia Feliz**” Estas se desarrollaron en:

- Escuela Primaria “Primero de mayo” T.V., Centro de desarrollo Educativo “ Jesús Terán” , Colonia Palomino Dena, Ags.Clave: 01DPRO027C
- Escuela Primaria Luis Donaldo Colosio de la Colonia Cumbres III, Ags.

Se desarrollo además la conferencia “**Liderazgo eficaz en el ámbito educativo**”, la cual se efectuó para capacitar a todos los directivos y maestros del Centro de Desarrollo Jesús Terán.

Finalizando, se efectuó la conferencia taller “**Claves para mejorar mi desempeño laboral, ¿Cómo equilibrar mi vida personal y laboral?**” en el Instituto de Educación dirigida al personal administrativo de dicho instituto.

Conclusión, resultados y consideraciones finales:

La implementación de este proyecto de capacitación ha sido muy valiosa para el Instituto de Educación. Han participado en él familias con alto grado de vulnerabilidad. El departamento de profesionalización mostró un gran interés en continuar efectuando actividades de esta índole. También ha permitido dar a conocer que la Terapia Ocupacional puede ofrecer servicios y soluciones a las necesidades actuales tanto del ámbito educativo como el familiar.

En función del cumplimiento de los objetivos planteados y los logros evidenciados en

esta instancia, se continuó trabajando para mejorar la entrega de servicios de capacitación. De esta forma, se crea **prolif** (El Proyecto Latinoamericano de Capacitación Familiar, www.prolif.com). Este proyecto, si bien está dirigido por un Terapeuta Ocupacional, se elabora en **forma transdisciplinaria**, interviniendo médicos, nutricionistas, psicólogos, ingenieros, docentes, consultores psicológicos, asistentes sociales, además de referentes comunitarios e institucionales, entre otros. Los países implicados en esta primera etapa son México, Argentina, Chile, Perú, Uruguay y Brasil.

Actualmente, este proyecto, se encuentra en su **Fase IV**, elaborando clases virtuales, medios didácticos multimediales y diseñando una plataforma virtual de aprendizaje.

Prolif, ha fijado su lanzamiento público en el mes de abril de 2011, después que se complete dicha fase, que está actualmente en proceso.

VI.- Referencias bibliográficas:

- J.Ramsey Bronk, 1980. "Biología química" Compañía editorial Continental S.A. (México) I.178-179
- Allen D. 2006. "Organízate con eficacia". Ed. Empresa Activa, página 129 a 257. (España)
- Cooper, Cary 2002, "¿Cómo controlar eficazmente el estrés en una semana?" Ediciones GESTION 2000, S.A (España)
- Covey S. 1997."Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva". Paidós. Bs.As. (Argentina).
- Callaway, P. 2004. "¿Quién acelero mi vida?" Bs.As. Ed. Peniel. (Argentina)
- Honoré C. 2005. "Elogio de la lentitud", Editorial del Nuevo Extremo. (Bs. As. Argentina)
- Hopkins H. & Smith H. 1998 Willard & Spackman, Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana. Cap 21, pag 753 a 756. (España).
- Lencioni, P. 2004.Reuniones que matan. Empresa Activa, (España)
- Maxwell J. 1999. "Liderazgo 101". Bs. As.. Peniel (Argentina)
- Maxwell J. 2003. "El mapa para alcanzar el éxito". Ed. Caribe. EEUU
- Panasiuk A. 2004. "Los 7 secretos del éxito". Caribe. (U.S.A.)
- Ellen Dunle Avey Taira, 1998, "Planificación de la Jubilación" en Willard/Spakman, Terapia Ocupacional. Médica Panamericana, 8ª Ed. (Madrid) 257-260
- Kielhofner, Gary, 2004, Terapia Ocupacional. Modelo de la ocupación humana: teoría y aplicación. Médica Panamericana. 3ª. Ed. (Buenos Aires)
- Knox 1998, "Juegos y Actividades de esparcimiento", en Sillar/Spakman, Terapia Ocupacional,.Medica Panamericana, 8ª Ed., Madrid. 260-267.
- Carl Rogers, 2003. "El proceso de convertirse en persona" Paidós (Barcelona)

VII.- Agradecimientos: Agradezco profundamente a:

- **Francisco Jacobo Murillo Lopez**, SEGI, Director Gral. de Administración
- **Aaron Bonilla González**, SEGI, Coordinador de Profesionalización
- **Ing. Juan Carlos Contreras Durón**, Jefe del Departamento de Desarrollo de Personal del IEA
- **Los Navegantes.**

GESTIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL DE UN SERVICIO DE ASESORAMIENTO PARA LA COMUNIDAD

Autores: Adur, Gabriela

Álvarez, Ana Laura

Ferrer, Silvia

Gaviglio Andrea Elena

Gerez, María Cecilia

Mendoza, Nadia Jimena

Pagliano, Valeria

Ponce, Irene Liliana

Tavecchio, Marisa

Correo Electrónico: agaviglio@unq.edu.ar

Resumen:

La propuesta fue presentada en la Universidad Nacional de Quilmes ante la Secretaría de Extensión Universitaria en el año 2009, denominada “Servicio de Asesoramiento a la Discapacidad” (SADis) y aprobada mediante RESOLUCION (CS) N° 271/09. En el año 2010 ha sido aprobado el Voluntariado Universitario (programa del Ministerio de Educación de la Nación).

Su objetivo es favorecer desde la universidad pública un espacio de práctica pre profesional para los estudiantes de la carrera de Lic. en T.O y de asesoramiento para las personas con discapacidad/ familiares e instituciones mediante el compromiso social de los actores involucrados con la problemática

El equipo de trabajo esta integrado por docentes, graduados, estudiantes de la carrera y profesionales de la comunidad y han conformado una red de intercambio de conocimiento tanto con instituciones, familiares, organismos estatales y privados

La metodología de trabajo: es a) la atención personalizada en la propia universidad, b) la atención a través de medios alternativos, c) salida hacia la comunidad, d) las presentaciones en jornadas y/o congresos.

Las bases del presente trabajo se asientan en como se gestiona desde la carrera de Lic. en T.O un servicio de asesoramiento sobre discapacidad en beneficio a la comunidad. Sus ejes centrales son: *gestión de conocimiento, gestión social y gestión de proyectos.*

El primer eje es en relación a la gestión del conocimiento y parte desde el saber que tiene el estudiante en relación al tema a tratar, el segundo eje, como un proceso *social* de prácticas institucionales participativas. que realiza el estudiante junto al docente tanto en la universidad como en la comunidad.

Por otra parte es muy importante destacar como se gestó y se *gestionó* el *proyecto* SADis hoy ya un programa que ha crecido tanto al interior (del grupo de trabajo) y al exterior llámese comunidad y en la propia universidad

GESTIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL DE UN SERVICIO DE ASESORAMIENTO PARA LA COMUNIDAD

La presente propuesta fue presentada en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) ante la Secretaría de Extensión Universitaria en el año 2009, denominada “Servicio de Asesoramiento a la Discapacidad” (SADis) y fue aprobada mediante RESOLUCION (CS) N° 271/09. En el año 2010 ha sido aprobado el Voluntariado Universitario (programa del Ministerio de Educación de la Nación).

Su objetivo es *favorecer desde la universidad pública un espacio de asesoramiento para las personas con discapacidad/ familiares e instituciones mediante el compromiso social de alumnos, profesores y los actores sociales involucrados con la problemática.*

Las bases del presente trabajo se asientan en como se gestiona desde la Terapia Ocupacional un servicio de asesoramiento sobre discapacidad en beneficio de la comunidad. Como punto de partida se han utilizado tres ejes en referencia a la gestión de un servicio, ellos son: *gestión de conocimiento, gestión social y gestión de proyectos.*

Se toma en primer lugar el concepto *gestión de conocimiento* ya que el programa (SADis) se desarrolla dentro de una institución educativa. Esta es una noción relativamente nueva y está fundamentada en todas las experiencias del aprendizaje aplicables a una institución, con la variante de que, en forma abierta e interactiva, el conocimiento fluye con rapidez, se comparte y se transforma de manera casi inmediata y controlada.

Esta gestión del conocimiento es fundamento y piedra fundacional de la universidad, posibilitando la construcción, la investigación y el intercambio de las ideas que surgen del universo de las experiencias, creando así, un producto innovador que se ofrece a la

comunidad. Por lo tanto el equipo de trabajo del servicio (integrado por docentes, graduados estudiantes de la carrera y profesionales de la comunidad) ha conformado una red de intercambio de conocimiento tanto con instituciones, familiares, y organismos estatales y privados favoreciendo un mutuo acercamiento a las problemáticas sociales en el tema de discapacidad que tiene la sociedad.

Esta pluralidad de participación permite un abanico amplio de miradas, que se relaciona con la *gestión social* como un proceso de prácticas institucionales participativas que, partiendo de las fortalezas y oportunidades de un territorio determinado (en función de los recursos naturales, económicos, sociales, culturales y políticos), conduce a mejorar los ingresos y calidad de vida de su población de manera sostenible y con niveles crecientes de equidad.

La gestión social en la universidad dirige su accionar a las múltiples interrelaciones que surgen a partir de los diferentes encuentros de los espacios propios, es aquella que se ocupa de construir diversos ámbitos destinados a la interacción social y a la superación de aquellos problemas u obstáculos que se presentan en las comunidades.

Es por ello que en la búsqueda de soluciones posibles a los problemas que se presentan, es que se elige una *metodología* de trabajo basada en cuatro modalidades:

- a) atención personalizada en la propia universidad
- b) atención a través de medios alternativos
- c) salida hacia la comunidad
- d) presentaciones en jornadas y/o congresos

Comenzando por la modalidad “a”, la misma se basa en dos días semanales de atención dentro de universidad, con la pretensión de dar respuesta a problemáticas que se asocian a la discapacidad. En este espacio también concurren para asesorarse alumnos con discapacidad que asisten a esta institución.

Respecto a la modalidad “b”, ésta surge por inquietud del equipo de trabajo, en la búsqueda constante de estrategias alternativas para dar a conocer el servicio, incursionando de esta forma en el ámbito virtual; confeccionando una página Web, creando el “Grupo SADis” en una de las más grandes redes sociales, habilitando casillas de correo y dirección de mail académico, facilitando así, la comunicación con aquellas personas que se encuentran en lugares alejados de la universidad. Tal es así que el servicio se extendió no solo a las cercanías de la UNQ sino al interior de la provincia de Buenos Aires y a otras provincias de nuestro del país.

La modalidad “c”, se lleva a cabo a través de salidas a la comunidad. Se basa en el acercamiento que la universidad tiene hacia la misma. En estos últimos años se trabaja desde la Secretaria de Extensión Universitaria, con este concepto que no sólo en la universidad se “aprende, se educa y se imparte conocimiento”, sino en la retroalimentación que se encuentra en el afuera, en la comunidad, aquella de la cual proviene el estudiante, algunos de sus docentes y se insertan laboralmente sus graduados. Es importante destacar el compromiso y los objetivos que tienen que tener las Universidades Nacionales en su relación con la sociedad.

Debido a este concepto y a la solicitud de la comunidad se genero un cronograma de charlas, en diferentes instituciones como ser: escuelas especiales y convencionales, centros de formación laboral, centros de día, centros educativos terapéuticos y talleres protegidos. Las mismas tienen el objetivo de informar sobre las actuales políticas públicas en relación a la discapacidad, dar a conocer las leyes que las regulan, y sobre todo a que organismos recurrir ante las necesidades que tienen los usuarios.

Por otra parte es muy importante destacar como se gesto y se *gestiono el proyecto* SaDis hoy ya un programa que ha crecido tanto al interior (del grupo de trabajo) y al exterior llámese comunidad y en la propia universidad, como un espacio de referencia, de saber, en cuanto no solo como fueron administrados y organizados sus recursos humanos, físicos, materiales y/ o económicos, en un corto período de tiempo junto a una evaluación periódica y permanente por parte de autoridades universitarias, quienes hoy ven reflejado el fruto de aquel proyecto que comenzaba a echar raíces en un ámbito desconocido.

Hoy es un programa que cuenta con más de 159 consultas realizadas, 5 charlas brindadas en diferentes ámbitos institucionales y planeadas 10 para el año 2011, que ha participado en diferentes jornadas y congresos universitarios como expositores, (modalidad “d”) dando a conocer a otras universidades nacionales el trabajo que se realiza en una universidad estatal del conurbano bonaerense desde la carrera de Terapia Ocupacional y demostrando el trabajo que realiza un terapeuta ocupacional en otro aspecto que no es solo la atención clínica en un hospital, consultorio, etc. sino como gestor de conocimiento, de proyectos, de nuevos servicios, acordes a las necesidades de la población, de una cultura y una sociedad que se modifica de manera constante ante los cambios que se producen es allí donde debemos estar y demostrar que podemos ejercer, ocupar y gestar nuevos emprendimientos de manera continua.

Bibliografía:

- Caracciolo Basso, M. y Foti Laxalde, M. 2005. “Economía Solidaria y Capital Social – Contribuciones al Desarrollo Local” Paidós. (Buenos Aires)
- Ficarra, J. 2009. “La Dirección Estratégica” EDICON. Fondo Editorial Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Bs As)
- Grupo Editor programa de Educación a Distancia, “Calidad y Equidad”, Calidad en sistemas y servicios de salud, Medicina y Sociedad, CEMIC,2001
- Organización Mundial de la Salud, “La participación de la Comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud.” Serie de Informes técnicos 809, España, 1991.
- Organización de Naciones Unidas, “Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades para personas con discapacidad.” 1993
- Ortiz, S. 2003. “Visión y Gestión empresarial – Cómo articular las estrategias y el capital humano para triunfar en la Economía del Conocimiento” Thomson Editores. (Madrid).

Gestión, visibilidad y poder: La certificación Argentina en Integración Sensorial (CAIS)

II. Autores:

Dr. Gustavo Reinoso, PhD, OTR/L

Lic. Gloria Inés Chumbita

E-mail1: gustytot@yahoo.com

E-mail: gloriap@arnet.com.ar

E-mail2: advancetherapysystems@gmail.com

Resumen

Objetivo/Hipótesis: La gestión y liderazgo en terapia ocupacional se vinculan estrechamente a la capacidad de la profesión para generar y utilizar poder e influencia. Integración sensorial (IS) como teoría y método de intervención terapéutica ha incrementado significativamente la visibilidad y posición de la profesión en el país creando un poderoso “meme”. Tensiones dentro y fuera de la profesión han puesto en riesgo este “meme” atacando varios aspectos de IS incluyendo su vinculación a terapia ocupacional, creando pseudo-conceptos que distorsionan IS y sus principios de fidelidad y propagando la desorganización en la educación continua de futuros terapeutas ocupacionales.

B. Material/Métodos: El análisis sistemático de como la profesión educa y certifica profesionales en Integración sensorial en otros países e incluyendo los EEUU, El Reino Unido/Irlanda, y las experiencias de países Latinoamericanos fueron consideradas.

C. Resultados: La creación de una taxonomía y programa de certificación Argentina en integración sensorial (CAIS)

D. Consideraciones Finales: La siguiente presentación reflexiona acerca de los aspectos de gestión, visibilidad, poder, colaboración y esboza la creación de CAIS por los autores en colaboración con AISA para su implementación en 2011.

IV. Desarrollo del Trabajo

I.S. es una teoría y método de abordaje comúnmente utilizado por Terapeutas Ocupacionales (T.O.). Aunque mas comúnmente aplicada en pediatría casos en poblaciones adultas han sido ampliamente reportadas (Watling, Bodison, Henry, and

Miller-Kuhaneck, 2006). Los T.O. que prestan estos servicios reportan estos problemas y como su impacto limitan la función y participación en tareas y ocupaciones diarias. La influencia e impacto de IS en varios países quizás se relacionen a la inclusión de conceptos de ocupación, adaptación, aprendizaje, desarrollo, educación, juego, motivación, participación y salud (Reinoso, Decker, Urwin, Sampsonidis, 2010); conceptos ampliamente utilizados por nuestra disciplina.

Desde sus inicios, terapia ocupacional mostró un profundo interés en IS lo que ha sido demostrado por IS alcanzando más investigaciones dentro de la profesión que ningún otro abordaje. Un gran número de publicaciones han ejemplificado la fortaleza teórica de IS, su utilidad clínica; mientras la investigación muestra una clara tendencia hacia la evidencia positiva en apoyo de este abordaje (May-Benson and Koomar, 2010).

Profesionales en diferentes países completan oportunidades post-profesionales de educación continua para su formación en I.S. Programas de certificación generalmente se desarrollan para asistir a profesionales a obtener las competencias necesarias en razonamiento clínico en una variedad de áreas dentro del abordaje de IS. Un programa reconocido internacionalmente por su trayectoria e influencia incluye el programa de certificación en IS en los EEUU desarrollado por la University of Southern California (USC) y Western Psychological Services (WPS). Este programa ha alcanzado a más de 19 países internacionalmente (USC, n.d.) incluyendo la Republica Argentina. Otras experiencias incluyen la unión de países como el Reino Unido (UK) y la Republica de Irlanda (IR) en un esfuerzo de cooperación para el desarrollo de un programa educativo para sus profesionales utilizando una certificación en común. Varios países en Latinoamérica utilizan combinaciones en su formación y oportunidades para la educación continua en IS. Varios de ellos han trabajado sistemáticamente y en colaboración con otros países para el desarrollo de su certificación en IS.

La educación formal en IS en Argentina comenzó en los 90 por medio de instituciones privadas o a través de universidades. Como consecuencia, un claro incremento en el requerimiento de T.O. para la utilización de estos servicios afectó la formación profesional en una proyección creciente pero desorganizada. En Agosto de 2003 surge AISA con el objeto de nuclear a los profesionales utilizando IS. AISA avanzó sobre otros objetivos como la información, difusión, y formación de IS en el

ámbito de nuestro país, relacionándose a su vez con otros países latinoamericanos. IS en Argentina parece haberse desarrollado en la consitucion de un “meme” que apoya sistemáticamente el avance de TO en nuestro país.

Un desafío significativo para nuestro país y AISA es lograr una formación homogénea para futuros T.O. y que al mismo tiempo pueda proteger a los consumidores de nuestros servicios. El futuro nos depara situaciones aun más complejas por el incremento en la movilidad de los T.O. La necesidad de buscar un modo de certificación que pudiera ordenar, incluir y reconocer los caminos de formación post-profesional que cada T.O. fue escogiendo en el pasado, y al mismo tiempo encontrar un modo que respondiera a los principios básicos esbozados por la Dra. A. J. Ayres y sus colaboradores propulsaron a los autores a formular una estrategia para la certificación Argentina en IS.

La certificación Argentina en IS es necesaria por varias razones como: a) el incremento en nuestra visibilidad profesional, b) la proporción de una respuesta social de protección a los consumidores de nuestros servicios, c) la protección de una teoría y abordaje que es utilizado por varias disciplinas pero que ha nacido en el seno de terapia ocupacional, d) el desarrollo de un programa que responda a necesidades nacionales y regionales, e) la necesidad de formación de futuros y nuevos profesionales dentro de la disciplina. Por ese motivo la filosofía de trabajo del presente proyecto se baso en la determinación de un numero de criterios especificos que incluyeron principios basicos como (1) Inclusión, (2) variedad (3) contenidos básicos, (4) reconocimiento y colaboración internacional, (5) protección y visibilidad, y (6) votación mayoritaria; así como también la descripción de los diferentes niveles de educación, contenidos temáticos, y carga horaria total del proyecto CAIS que incluye niveles de (1) Teoria, (2) Medicion/Evaluacion, (3) Intervención/Tratamiento y (4) Practicum.

Conclusión

IS es un teoria y abordaje que contribuye al incremento de poder y visibilidad profesional. Contemporáneamente IS ha constituido un poderoso meme en nuestro país. Gestión a nivel nacional debe incluir aspectos que aseguran el futuro de esta área de TO y la competencia de futuros profesionales. Aspectos positivos de gestión resultaran en un

claro avance en los esfuerzos de colaboración que finalizaran inevitablemente en una certificación nacional propulsando la disciplina y la creación de fuentes de trabajo en varios ambientes. Aspectos negativos de gestión resultaran, en el reconocimiento de personas individuales vs. el reconocimiento de números crecientes de TO especializados en IS y la dificultad en la emergencia de verdaderos líderes, la continuidad de esfuerzos desorganizados de formación en aislamiento, y como resultado final la creación de un pesado memes o abordaje híbrido que se desvinculara cada vez más de la profesión de TO y será controlado por otras profesiones.

Referencias:

May-Benson, T.A., Koomar JA (2010) Systematic review of the research evidence examining the effectiveness of interventions using a sensory integrative approach for children. *AJOT*, **64**, 403-14. doi: 10.5014/ajot.2010.09071

Reinoso, G., Decker, T., Urwin, R., and Sampsonidis, A. (2010) Sensory Integration: Letter to the editor. *BJOT*, **10**. 2-3.

Reinoso, G. and Decker, T. (2008). Designing theoretically driven, motivating, and safe sensory integration intervention environments. *Sensory Integration Network, United Kingdom (UK) and Ireland (IR)*. *S.M*, **10**, 14-16.

Watling, R., Bodison, S., Henry, D., & Miller-Kuhaneck, H. (2006). Sensory integration: It's not just for children. *SISISQ*, **4**, 1-4.

University of Southern California (n.d.) Occupational science and occupational therapy: redesigning lives, the future of health care. Sensory Integration Certification Program sponsored by USC/WPS. Available at: <http://ot.usc.edu/academics/sensory-integrationcertification/Accessed> on October, 2010.

I. **Título: Herramientas de Intervención en Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud en poblaciones con padecimiento psíquico y privadas de libertad.**

II. **Autores:** Grupo de Extensión Herramientas para la Inclusión Social, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (FCSYSS). Universidad Nacional de Mar del Plata (UNDMP). Lic. en TO María Laura Tejón, Lic. en TO Lucrecia Albornoz, Lic. en TO Paola Escalada, Lic en Comunicación Social Federico Ayciriet, Locutora Nacional Lorena García, Diseño de pág Web Marcos Di María, Alumnas avanzadas de la carrera de la Lic en TO: Omaira Bergel, Emilia Silva, Laura Di Russo. Y alumnas de Práctica Clínica I,II,III de la carrera de la Lic en Terapia Ocupacional, FCSYSS, UNDMP .

mltejon@mdp.edu.ar

III: Resumen del trabajo :

Este trabajo habilita espacios de inclusión e integración para personas con padecimiento psíquico y privadas de libertad, a través de Talleres de Capacitación radiales y en periodismo digital, con la emisión de programas en vivo, por Radios de Frecuencia Modulada de Mar del Plata, fortaleciendo los vínculos Universidad-Sociedad.

Está en marcha desde el año 2005 hasta la actualidad.

Objetivos:

- Promover aprendizajes en Técnicas Audiovisuales en poblaciones vulnerables a través de la promoción de la salud.
- Re-significar la percepción del imaginario social, acerca de las poblaciones participantes del Proyecto, transformando los prejuicios en oportunidad e inclusión social.
- Promover espacios de articulación teórico – prácticos y de formación en la promoción de la salud, la intervención comunitaria, para alumnos de la Carrera de la Lic. en TO.

Metodología:

Talleres de Capacitación en Técnicas Audiovisuales para la emisión de programas radiales en vivo y la generación de productos audiovisuales y digitales

Resultados:

- Se propiciaron espacios de capacitación en técnicas audiovisuales para personas privadas de la libertad y con padecimiento psíquico.

- Se asumieron roles productivos para poblaciones vulnerables, como herramientas de inclusión social.

Se amplió la participación estudiantil, a través del conocimiento y aplicación de las prácticas pre-profesionales y de contenidos curriculares de asignaturas específicas de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Consideraciones finales:

La Terapia Ocupacional, en la inter disciplina, dirigió su accionar a contribuir al desarrollo social, comunitario y de la promoción de la salud en poblaciones vulnerables, en el aprendizaje significativo de Técnicas Audiovisuales, a través de la intervención de la Educación no formal en un ámbito universitario. Como agentes de salud, nos permitió a través de éstas, generar espacios de inclusión y redes sociales. La participación en los talleres, contribuyó a mejorar y promover conductas saludables, adaptativas y de inclusión social.

Herramientas de Intervención en Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud en poblaciones con padecimiento psíquico y privadas de libertad.

Introducción:

El Grupo de Extensión Herramientas para la inclusión Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (FCSYSS) de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), ha puesto en marcha desde el año 2005 un proyecto que habilita espacios de inclusión e integración para personas con padecimiento psíquico y privadas de libertad, a través de Talleres de Capacitación radiales, en periodismo digital y formato audiovisual; con la emisión de programas en vivo, por Radios F.M. de Mar del Plata Radio 102.3 la radio de la Ciudad y la FM 95.7 Radio de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Se nutre de la ínter disciplina, la articulación de los tres claustros universitarios (docente/graduados/estudiantes) y las tres funciones de la Universidad: Extensión, Docencia e Investigación.

Desarrollo:

La sociedad prepara a los sujetos para la normalidad. Fuera de estos parámetros, la sociedad ve a las comunidades, como objeto de estudio e información y no como sujetos activos con lógicas internas que merecen ser reconocidas a través de procesos de comunicación

participativa y en busca de una transformación social que integre: alteridad, diversidad y la existencia del otro.

Diseñar herramientas de acción e intervención comunicativa para estimular los procesos de participación y organización que redunden en sentido de pertenencia y por ende en la sostenibilidad de las acciones.

Este trabajo, se aplica a sectores o grupos vulnerables (personas con padecimiento psíquico y privadas de libertad, trascendiendo los espacios tradicionales de la educación: la educación no formal. Esta instancia de capacitación es expresada desde la dimensión singular del sujeto, desde sus potencialidades y desde sus propias habilidades: No sólo es un sujeto que aprende, si no también, forma parte de un proceso que transforma y re-significa el material de conocimiento. El ser humano no es un ser aislado, sino que se encuentra inmerso en el seno de una sociedad y se adapta como producto de la internalización de las relaciones sociales que en la misma suceden. Estas modificaciones implican un cambio en su mundo interno (1).

Sabemos que los medios de comunicación son utilizados en instituciones hospitalarias y carcelarias, intra-muros en nuestro país, en estos casos el motor, está dado en estimular formas y canales de comunicación como medios creativos de abordaje de las problemáticas desde su padecer psíquico de los destinatarios, donde se entrelaza el ámbito comunitario, el comunicacional y el terapéutico para generar un espacio de salud pluridimensional (Radio La Colifata). (2)

En Instituciones de encierro, existen radios que brindan diferentes propuestas: comunicación entre personas privadas de libertad (desarrollo de radios intramuros), abiertas a la comunidad, como medio de expresión y algunas desarrolladas en éstos y otros espacios, con fines terapéuticos y de promoción de la salud. En el ámbito carcelario el medio audiovisual, también es utilizado a veces como apología del ambiente en el cuál están alojados. Los destinatarios no participan de procesos de capacitación y aprendizajes.

Concebimos la promoción de la salud como un conjunto de acciones de educación, investigación y acción social, orientados a la construcción de prácticas sociales horizontales, solidarias, comprometidas y participativas, que requieren del intercambio real entre saberes de los agentes de salud y saberes de la población.

La dinámica de los talleres de capacitación ponen énfasis en los procesos, siendo los sujetos el eje del desarrollo de los mismos; lo que posibilita el desarrollo del pensamiento crítico, el

pensarse como autores de los productos que realizan, activos en el proceso de aprender y cooperativos en relación a sus pares (3).

La Intervención en Terapia Ocupacional, debe entonces reflexionar y plantear acciones sobre las características, las necesidades y demandas de las comunidades o grupos afectados por los problemas sociales identificados, guiando acciones transformadoras desde las prácticas comunitarias. Procurando construir espacios sociales significativos para el sujeto, con instrumentos y herramientas de cambio social, con base en el sentido de pertenencia e identidad grupal, donde se consoliden sus derechos, donde el respeto sea el valor sobresaliente de la libertad de la persona, donde construya en el encuentro con el otro, a través de la participación, su inscripción en lo social.

Desde el rol del Terapeuta Ocupacional, como agente de salud, involucrará la transformación de las herramientas que devienen de prácticas dominantes, para construir nuevas prácticas; construir un quehacer profesional sustentado en relaciones de horizontalidad, en la igualdad de oportunidades, en la cooperación, en el respeto de las singularidades, y en la capitalización de las diversidades, entendiendo que esta es una de las formas, entre otras, de pensar y repensar el quehacer desde la promoción de la salud.(4)

Caracterización de las poblaciones:

Padecimiento Psíquico:

Población que tiene como característica común *psicosis crónicas*, en su mayoría esquizofrenia, con un rango de edad promedio que va desde los 30 a los 65 años, heterogéneo en cuanto a sexo. Dichos participantes se encuentran en diferentes instancias en cuanto al beneficio prestacional que reciben: hogar, internación, hospital de día y hostal, pertenecientes a 6 instituciones de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata.

Culturalmente han accedido a diferentes niveles de instrucción (primario, secundario y universitario incompleto), algunos con antecedentes laborales. Entre estos antecedentes se pueden encontrar trabajos de tipo informal y con escasa permanencia. Por ejemplo: ayudante de albañil, ayudante de mecánico de automóviles, pintor, artesano de mimbrecería, peón de campo, etc. Otros antecedentes, que no se pueden ubicar dentro del trabajo de tipo informal son: administrativo, vendedora de cosméticos y auxiliar de enfermería.

Como rasgo compartido, presentan el deterioro propio de la evolución de los cuadros psicopatológicos, aproximadamente entre 12 a 16 años de evolución de la enfermedad.

Privados de Libertad:

Residentes en la Unidad N° 15 del Servicio Penitenciario Bonaerense, de la localidad de Batán (aproximadamente a 15 Km. de la ciudad de Mar del Plata). Edades desde los 18 años en adelante, sexo masculino. Culturalmente han accedido a diferentes niveles de instrucción (primario, secundario y universitario incompleto), algunos con antecedentes laborales. Perteneciendo la gran mayoría a un nivel socio-económico bajo.

Alumnos Universitarios:

Práctica Clínica I, II, III Asignatura específica curricular, que pertenece a 4to y 5to Año de la carrera de la Lic en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social de la UNMDP, es de régimen cuatrimestral Su cursada es una práctica pre-profesional en el área de Promoción de la Salud y Formación en Extensión Universitaria Alumnos avanzados de la Carrera de la Lic en Terapia Ocupacional, que habiendo cumplimentado la PC, permanecen en el Grupo de Extensión.

Los Talleres de Capacitación se dictan con una frecuencia de una vez por semana con 2 horas de duración. Los destinatarios del proyecto pertenecientes a la población con padecimiento psíquico reciben la capacitación en las aulas de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, durante el año lectivo académico en horarios de cursada de los alumnos regulares de las tres carreras que pertenecen a dicha Facultad (Licenciatura en Terapia Ocupacional, Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Servicio Social).

En la población privada de libertad, el equipo a cargo de la capacitación se traslada a la Unidad Penitenciaria N° 15 de Batán, dependiente del Servicio Penitenciario Bonaerense, donde los destinatarios del proyecto reciben la capacitación en las aulas de la unidad carcelaria.

La emisión de los programas radiales en vivo cuyo nombre es ***Jaque-mate las ideas no se matan***, junto al segmento ***Expreso imaginario hoy imaginario, mañana expreso***, son emitidos los días jueves de 15,30 a 16,00 hs y de 17,00 a 18 hs respectivamente por las FM de la Ciudad 102.3 y la FM 95.7 Radio de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Conclusiones:

La Terapia Ocupacional, como disciplina ligada estrechamente al hombre, a las relaciones sociales que se dan entre los sujetos y su entorno, dirige su accionar a contribuir al desarrollo social, comunitario y de la promoción de la salud.

Como agentes de salud debemos comprometernos con la realidad social y actuar como mediadores y facilitadores en los procesos de cambio; desarrollando acciones orientadas a la construcción de prácticas horizontales y pluralistas, en la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa.

Este proyecto se funda en una concepción de ser humano productor de informaciones y significados, constructor de su propia realidad a través de la comunicación y las relaciones con su entorno inmediato. La participación como proceso, se transforma en andamiaje que sostiene y favorece la construcción de las redes sociales.

Por lo tanto, para que un sujeto o grupo social tienda a la salud, es necesario que se transforme en actor social participando activamente en su realidad.

Por otro lado, son los medios de comunicación, el espacio seleccionado, para visibilizar y profundizar el proceso de subjetivación, generado por el trabajo en común.

Consideramos que los medios de comunicación, como recurso, son un eslabón imprescindible en la legitimación del ejercicio pleno del derecho a la educación, a la salud, a la libertad de expresión y a la vida digna.

Bibliografía

- 1) Tejón, M.L, García Lorena, Ayciriet Federico, Marcos Dí María, Laterza Anahí, Albornoz Lucrecia, Escalada Paola. Proyecto de Extensión: Comunicación Participativa: Herramientas de Inclusión y Promoción Humana como intervención comunitaria. Convocatoria de Proyectos de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de Mar del Plata. Marzo 2008.
- 2) WIKIPEDIA, La Enciclopedia Libre.2009.LT22 Radio La Colifata.
http://es.wikipedia.org/wiki/LT22_Radio_La_Colifata
- 3) Albornoz, Lucrecia, Crego Ana María, Escalada Paola. Tesis de Grado Una Propuesta Horizontal en Promoción de la Salud en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social UNMDP Marzo 2010 Pág 18, 25, 81
- 4) López Karina, Salvia Agustina, Tejón. María Laura Tesis de Grado La Capacitación en Técnicas radiales, en personas con psicosis crónicas. Sistematización de una Experiencia. Facultad de Ciencias de la Salud y S. Social UNMDP. Año 2009. Pág 14, 25, 29,97

HIPOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL: EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA EN RELACIÓN AL MÉTODO DE TRATAMIENTO CON CABALLO

Silva Tânia Fernandes, Soares Rosangela Rocha, Garcia Marcia Monteiro, Figueiredo Michelli Mayra Fernandes Pimenta de.

Correo electrónico: drataniaf@yahoo.com.br

RESUMEN

De acuerdo con la Asociación Nacional de Equoterapia- ANDE Brasil, el método es utilizado para la rehabilitación y/o habilitación de personas con deficiencias físicas, mentales y sociales. Esta Investigación trata de la intervención utilizando la metodología de la Hipoterapia, y las expectativas de los familiares en torno de la mejora de usuarios por medio de este recurso, en el abordaje de la Terapia Ocupacional. Las investigadoras utilizaron el método cuantitativo para obtención de los resultados teniendo como objetivo verificar la mejora de las personas que realizan el tratamiento de la Hipoterapia en Terapia Ocupacional. El estudio ocurrió en una Facultad del Municipio de Muriaé – MG- Brasil que ofrece el curso para la formación superior de Terapeutas Ocupacionales, por medio de un proyecto extensión universitaria. Al analizar os datos colectados, las investigadoras tuvieron la oportunidad de comprobar la eficiencia del tratamiento para la mejora del individuo, pero, para tanto, el conocimiento previo de la familia sobre los principios de tratamiento auxilian al éxito de la actividad.

Palabras clave: hipoterapia, deficiencias, familiares.

INTRODUCCIÓN

La hipoterapia (utilización del caballo como instrumento de la terapia) es un método terapéutico y educacional que utiliza el caballo dentro una intervención en un equipo, con profesionales de diversas áreas, teniendo un objetivo en común, que es la mejora del paciente. Esta intervención es realizada en las áreas de educación, equitación y salud, buscando el desarrollo biológico, psicológico y social de personas con deficiencia (ANDE- BRASIL, 1999, p.3) [1].

De acuerdo con Uzun en 2005, el programa de hipoterapia está vuelto para la rehabilitación de la personas con alguna deficiencia física y/o mental (p. 39) [2].

El Terapeuta Ocupacional actúa en la hipoterapia con el objetivo de auxiliar y/o adaptar algunas mudanzas funcionales significativas, que están relacionados con el

bienestar del individuo y en el proceso de desarrollo neurológico, psicológico y motor del practicante, además de trabajar el equilibrio; coordinación motora fina y global; estimulación sensorial; orientación temporal y espacial; esquema corporal; actividades de vida diarias (AVDs); entre otras [2].

El objetivo general de esta pesquisa fue investigar la mejora del desarrollo del individuo utilizando la hipoterapia por medio de la observación de los familiares. Los objetivos específicos: Conocer las expectativas de la familia en relación al tratamiento y si las mismas fueron alcanzadas. Analizar el índice previo de conocimiento de la familia sobre el tratamiento.

REVISIÓN TEÓRICA

Para la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) el profesional de Terapia Ocupacional auxilia la persona en la participación de las actividades del día a día, haciendo de la actividad un recurso para el tratamiento del paciente, ayudando en la recuperación de los aspectos físicos, cognitivos y sociales [3].

El entendimiento de actividad para Francisco, en el año de 2001, esta vuelto para una acción o un conjunto de acciones, donde la persona actúa transformando algo, concreto o no, en un producto o resultado (p. 46) [4].

En 1999, ocurrió en Brasil el primer seminario donde se discutió la intervención terapéutica utilizando el caballo por un: conjunto de profesionales de las áreas de salud, educación y equitación que fue organizado por la Asociación Nacional de Equoterapia de Brasil (ANDE- BRASIL), de acuerdo con los relatos de Uzun, 2005 (p. 19) [5]. La ANDE- BRASIL, conceptúa el tratamiento utilizado por el caballo, en Brasil, como Equoterapia, siendo creada para caracterizar todas las prácticas que hacen uso del caballo en terapia. En los demás países el tratamiento con el caballo con la finalidad de rehabilitar es llamado de hipoterapia. Este método de tratamiento terapéutico y educacional, utiliza el caballo para la mejora en el desarrollo biológico, psicológico y social de las personas con deficiencias.

Retomando Uzun (2005) [6], el paso del caballo se asemeja a marcha humana (21-28), de esta forma, considerando que la terapia ocupacional utiliza la actividad para la mejora de sus pacientes y que la hipoterapia utiliza el caballo como un instrumento para la rehabilitación por medio de la actividad de cabalgar. Se puede asegurar, conforme la revisión de las obras escritas por la AOTA, FRANCISCO, ANDE-BRASIL Y UZUN, que la utilización de la hipoterapia para el tratamiento de las personas con deficiencias físicas, mentales y/ o sociales.

Delante de este aspecto se realizó un estudio, con el objetivo de pesquisar cuales serían los deseos de la familia en relación al tratamiento de hipoterapia, y si observaron alguna mejora en las limitaciones de sus hijos después de la aplicación del método por medio del abordaje del proyecto pesquisa denominado T.O. Cabalgando vinculado y aprobado un facultad de nivel superior en el municipio Muriaé, estado de Minas Gerais, Brasil.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue realizado por medio del método de pesquisa cuantitativo, pesquisa de campo, revisión de obras sobre el tema hipoterapia y terapia ocupacional.

Las personas de esta pesquisa fueron las madres de los niños que realizaban los atendimientos de hipoterapia en el proyecto de pesquisa del curso de terapia ocupacional denominado T.O. Cabalgando aprobado en febrero de 2010, realizado en una facultad de nivel superior que ofrece el curso de Terapia Ocupacional en el municipio Muriaé, estado de Minas Gerais, Brasil. Tal público fue escogido en la pesquisa con el objetivo de conocer lo que las familias esperaban en relación a la mejora de las limitaciones de sus hijos, utilizando la hipoterapia como tratamiento.

El objeto del estudio fue delimitado en 11 (once) madres de personas con deficiencia que participaron del proyecto. Los niños no fueron escogidos, siendo la participación condicionada a la inscripción de los deficientes en las actividades de hipoterapia durante el período de febrero hasta marzo del año de 2010.

Como instrumento para la pesquisa se utilizó de un cuestionario de estilo *Chek list* donde las voluntarias de la pesquisa marcaban una “x”. En el cuestionario fueron realizadas preguntas: si la familia obtuvo las mejoras que esperaba del tratamiento de hipoterapia; si las mejoras obtenidas fueron en el cuantitativo de mucho, razonable o poco; sobre el reconocimiento, por parte de las madres, de los beneficios que este método causa; si ya conocían el método de tratamiento con el caballo antes de la inscripción en el proyecto, pues tal hecho puede señalar el motivo de la busca del tratamiento para la mejora de su hijo.

Todos los entrevistados recibieron una copia de un Termo de Consentimiento, que esclarecía todos los procedimientos que serían realizados en la pesquisa.

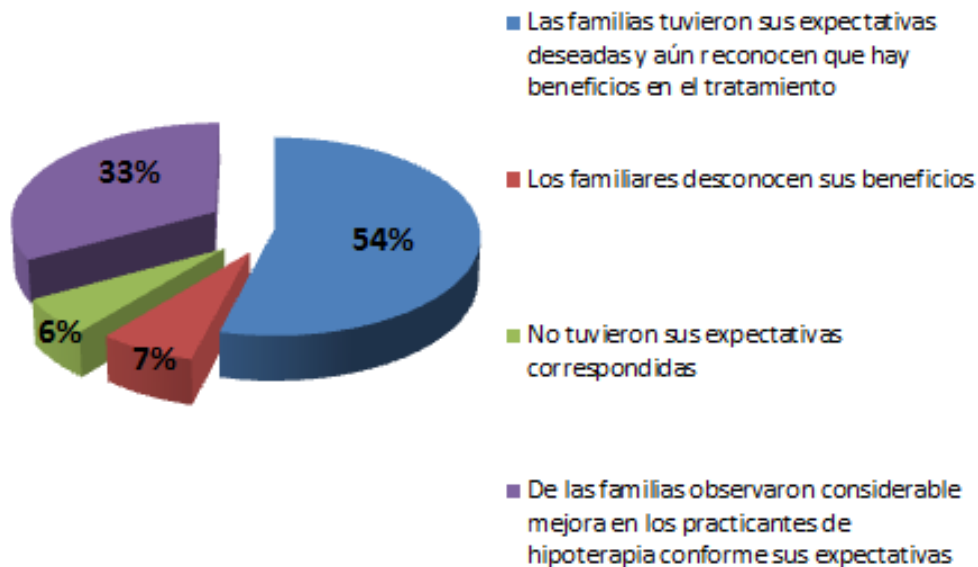
El período de investigación fue de marzo hasta mayo de 2010.

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el autor Sánchez Gamboa (1995, p. 84-110) [7] para el trabajo con los datos numéricos. En la realización de la pesquisa de campo, usó el autor Severino (2007, p. 122-123) [8] para auxiliar en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de los datos colectados por medio del cuestionario, fue observado que 54% de las familias tuvieron sus expectativas deseadas y aún reconocen que hay beneficios en el tratamiento en relación a su hijo, pues tenían conocimientos previos de la actividad, 7%, de los familiares desconocen sus beneficios y 6% no tuvieron sus expectativas correspondidas. Además de eso, 33% de las familias observaron considerable mejora en los practicantes de hipoterapia conforme sus expectativas. Los resultados están señalados en el gráfico 1.

GRÁFICO 1: EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA EN RELACIÓN AL MÉTODO DE TRATAMIENTO CON CABALLO



Fuente: Pesquisa de campo realizada en el período de marzo hasta mayo de 2010.

CONCLUSIÓN

Esta investigación permitió conocer mejor cuales eran los deseos de las familias en relación al tratamiento con el caballo y si hubo mejora de las limitaciones de sus hijos con la utilización de la hipoterapia.

Con el resultado de este estudio, se confirmó que este método, de acuerdo con las madres voluntarias, posee muchos beneficios para la mejora de las limitaciones que los deficientes presentan, conforme descrito en las obras pesquisadas. Pero, es interesante destacar que el conocimiento previo de las madres sobre los beneficios que el tratamiento causa, en el caso de esta pesquisa, son elementos motivadores para el desarrollo de sus hijos, debido al empeño de la familia para el comparecimiento en los atendimientos semanales, por medio de la observación, de las investigadoras, referente a la asiduidad en el proyecto (tal frecuencia fue controlada con una lista de presencia, realizada en todo atendimiento). De esa forma es importante relatar que esta frecuencia fue en un porcentaje de 90%.

De esta forma, se puede observar la importancia del método de la hipoterapia en las actividades de la Terapia Ocupacional, para la mejora de las limitaciones de las personas con deficiencias, promoviendo, la mejora en la independencia de las

atividades del día a día y así aumento en la expectativa y calidad de vida de estas personas y de sus familias.

REFERENCIAS

1. ANDE BRASIL, 1999, “Coletânea de Trabalhos do 1º Congresso Brasileiro de Equoterapia”(São Paulo) p. 03.
2. Uzun a. l. de L., 2005 “Equoterapia: Aplicação em distúrbios do equilíbrio”Ed. Vetor (São Paulo) p. 39.
3. Disponível em <http://www.aota.org/consumers.aspx>. Acesso em 14 de maio de 2011.
4. Francisco B. R., 2001, “Terapia Ocupacional”Ed. Papyrus (Campinas- São Paulo) p. 46.
5. Uzun A. L. de L., 2005, “Equoterapia: aplicação em distúrbios do equilíbrio”Ed. Vetor (São Paulo) p. 19.
6. Uzun A. L. de L., 2005, “Equoterapia: aplicação em distúrbios do equilíbrio” Ed. Vetor (São Paulo) p. 21-28.
7. Sánchez Gamboa S., 1995, “Quantidade- qualidade: para além de um analisimo técnico e de uma dicotómia epistemológica” In: Santos Filho, J. C. dos, Sánchez Gamboa S. Pesquisa educacional, quantidade- qualidade Ed. Cortez (São Paulo), p. 84-110.
8. Severino A. J., 2007, “Metdologia do trabalho científico”Ed. Cortez (São Paulo), XXIII p. 122-123.

Historia Ocupacional en el Tratamiento en Salud Mental. Análisis de sus implicancias.

Autor: Lic en TO Magdalena Martínez del Pezzo Bredereke
magdabre@yahoo.com.ar

Resumen:

En la práctica de terapia ocupacional en salud mental es habitual recibir pacientes con escaso desempeño de actividades significativas siendo esto muchas veces la razón de su derivación a esta disciplina. El trabajo de reinserción suele ser arduo comenzando por el relevamiento de información acerca de la historia ocupacional de la persona. Información que, dependiendo de las características particulares del paciente y su familia puede ser difícil de obtener. Sin embargo desde terapia ocupacional defendemos y apostamos a este proceso como punto inicial donde poder apoyarse y comenzar a reestablecer roles ocupacionales.

A través de este trabajo se realiza un análisis teórico que fundamenta la importancia de centrarse en conocer la historia ocupacional de la persona abordada, lo cual le permite al TO orientar el tratamiento para la obtención de la participación y equilibrio ocupacional. Se hace hincapié en tópicos como la motivación, identidad ocupacional, la personalidad, la narrativa histórica, para profundizar en las razones por las cuales el TO basa su creencia en conectar el pasado de la persona, que ha iniciado tratamiento, con su presente, falta de ocupaciones, y su futuro coincidente con las metas de Terapia Ocupacional.

Historia Ocupacional en el Tratamiento en Salud Mental. Análisis de sus implicancias.

Muchos terapeutas ocupacionales basamos nuestro tratamiento en relación al Proceso de Terapia Ocupacional definido en el Marco de Trabajo para la Práctica en Terapia Ocupacional (AOTA). Este proceso delinea tres etapas dinámicas que son Evaluación, Intervención y Resultados. (1)

En relación al proceso de Evaluación éste tiene que ver, de acuerdo a la teoría, con hallar el Perfil Ocupacional de la persona para luego realizar el Análisis del Desempeño Ocupacional pertinente. Si nos centramos a su vez en el Perfil Ocupacional, éste incluye conocer la historia y experiencias ocupacionales, patrones de desempeño, intereses, valores y necesidades. Aquí se identifican, los problemas y preocupaciones del cliente para llevar a cabo sus ocupaciones, y se determinan las prioridades para con el tratamiento. (1)

Con respecto a estas premisas, la experiencia en el campo psiquiátrico demuestra la dificultad al momento de establecer o reestablecer comportamientos ocupacionales en personas que, en mayor o menor medida han perdido sus competencias en un plazo determinado de tiempo, según la instancia en que inician un tratamiento en Terapia Ocupacional. Estas dificultades pueden ser atribuidas, en parte, a que muchas veces los pacientes, tanto en periodos de internación como en domicilio, comienzan un tratamiento en Terapia Ocupacional por decisión de terceros, ya sea familiares, médicos

tratantes, u otro profesional que deriva a Terapia Ocupacional. Con lo cual la persona manifiesta escasa involucración al inicio del proceso rehabilitatorio, dado que no es el paciente quien elige y demanda tratamiento en Terapia Ocupacional. Lo mismo se observa, sobre todo, en abordajes individuales donde se desconocen las incumbencias de la profesión, y hay falta de registro e identificación de los déficits que definen al trastorno que se padece. Esto, sumado a las características que tipifican al paciente psiquiátrico de alteraciones en el estado de ánimo, comportamiento y pensamiento desorganizados, alteraciones en la esfera social, con presencia o no de sintomatología positiva (DSM IV TR); vuelve engorroso este proceso, en apariencia fluido.

La hipótesis que se plantea entonces es que logrando delinear el Perfil Ocupacional de la persona que inicia tratamiento, definir su Historia Ocupacional su “identidad ocupacional” apostando a ella de manera sostenida y convincente, podremos moldear los objetivos que nos conduzcan al éxito de nuestro tratamiento. Con lo cual, el análisis lógico indicaría que esta dificultad que podemos hallar de cara a lograr nuestro proceso de tratamiento tienen que ver con no contar con resultados acabados surgidos de la etapa de Evaluación.

Por otro lado, podemos agregar, que muchas veces el paciente, y sobre todo la familia, cuando no también el médico tratante se impacientan porque la persona con trastorno mental se desempeñe en actividades y/o tareas para mantenerse ocupado sin darle prioridad al proceso que refiere esa elección. Allí es donde debe radicar la diferencia con el objetivo perseguido por Terapia Ocupacional quien le debe otorgar sentido al potencial desempeño de actividades seleccionadas. Ahora bien, es necesario realizar un análisis de lo que implica llegar a la elección ocupacional acertada y qué rol cumple, para ello, la Historia Ocupacional de la persona en tratamiento.

Para comenzar este análisis cabe detenernos en el proceso inicial de Terapia Ocupacional que implica, en parte, lograr obtener la empatía necesaria entre el terapeuta y el paciente para asegurar la apertura necesaria de este último al momento de narrar su propia historia, haciendo foco en los hechos importantes relativos a las ocupaciones desempeñadas y que delinearón la personalidad de nuestro cliente. Esto quiere decir que más allá de los distintos hechos coyunturales que quizá influenciaron en el desencadenamiento de la patología actual es necesario indagar etnográficamente cuáles fueron los roles de ésta persona, cuáles y cómo fueron sus elecciones ocupacionales. En relación a ello, podemos citar a McAdams quien postula que “...cuando las personas cuentan sus historias de vida, tienen la posibilidad de recrear momentos especiales, identificar momentos decisivos y mostrar cuestiones de identidad en desarrollo.”(2) Jerome Bruner afirma que “...los seres humanos están genéticamente predispuestos a entender el mundo a través de historias, y se les da significado a la mayoría de las acciones humanas por su relevancia en la historia que se está viviendo.” (2) Es decir, entrevistar profusamente y dentro de las posibilidades, no sólo nos sirve para recabar información relevante de la vida del paciente, sino que, indagar sobre la Historia Ocupacional le sirve a la misma persona para que se encuentre con su propia personalidad ocupacional, y de este modo logre comprometerse en reiniciar o retomar roles abandonados y sus ocupaciones relativas, configurando así el objetivo perseguido por la profesión que se centra en “Apoyar la Salud y la Participación en la vida a través del Compromiso con la Ocupación”(1).

Si ampliamos el significado que guarda para Terapia Ocupacional el término Ocupación podemos citar a Wilcock quien afirma que son “...la síntesis de ser, hacer, y convertirse”(3), son intermediarias entre micro conductas y misiones de vida, y están ligadas con la propia cultura (Blanche 2008) A su vez Susan Knox, haciendo un análisis

de las ocupaciones, las describe de acuerdo a tres aspectos que tienen que ver con la **forma** caracterizado por lo observable de la ocupación, la **función** que tiene que ver con el objetivo que la misma guarda para la persona, y el **significado** el cual se construye a partir de la experiencia de la ocupación dentro del contexto de la cultura y la vida diaria del individuo(5) En síntesis, determinar y analizar las ocupaciones que fueron realizadas por la persona permite dilucidar quién es esta persona, qué fue lo que hizo, cuáles fueron sus experiencias de vida que lo marcaron y que determinaron sus ideas, intereses y valores actuales, todo lo cual influirá en las elecciones que se tomarán durante el tratamiento.

Ahora bien, si nos centramos en las distintas disfunciones que son habituales de hallar cuando se trabaja con personas con trastornos psiquiátricos, podemos identificar, entre otras, falta de iniciativa, escasa valoración para el desempeño de actividades como las AVD, falta de sentido de logro y fracaso ante la actividad, falta de compromiso en la ocupación. Estas disfunciones pueden comenzar a encausarse cuando se le propone al paciente o a la familia de éste reconstruir su Historia Ocupacional apostando al desempeño de habilidades adquiridas en el pasado, a sus intereses pasados, a lo fuertemente valorado (Iwama 2008) Esto genera una motivación interna que fluye y potencia a la persona a iniciar actividades que, mediante la aprobación social y cumplimiento de exigencias externas e internas, promueve el sentido de competencia en un ambiente real y cotidiano.

A su vez, lo antes expuesto propone un desafío que compete no sólo al paciente y su familia sino a los mismos profesionales tratantes ya que requiere una mirada positiva que corra a la persona abordada del simple papel de paciente y la ubique en un rol activo como promotor de su propio proceso. Christiansen afirma que “La identidad se basa en el desarrollo del ser, el ser es el resultado de actos motivados: experimentados como ocupaciones diarias y entendidos como una historia de vida en desarrollo.” (2) Esta afirmación aporta al crecimiento de nuestra disciplina ya que supone modificar el objetivo centrado en el hacer para ocupar el tiempo, para “estar activo” (Marco de Trabajo. 2002) (4) por un objetivo más amplio que postula, según el nuevo Marco de Trabajo (2008), que “...los profesionales de Terapia Ocupacional centran su proceso hacia el objetivo final de apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación.” (1) Y ya hemos definido y ampliado el significado que guarda para la persona y para Terapia Ocupacional el término Ocupación. Por otro lado, la diferencia planteada en el abordaje exige de parte del terapeuta ocupacional un compromiso mayor como agente de cambio. Al respecto Yerxa (1966) afirma que es parte del rol de TO el ser auténtico, es decir, el comprometerse con los significados que tiene un cliente, involucrase en la relación terapeuta-paciente, permitirse el sentir emoción y estar ahí, presente, en la narrativa histórica (Blanche 2008)

Otro aspecto a tener en cuenta y que aporta al cambio de mirada que se sugiere tiene que ver con la elección de ocupaciones. Los terapeutas ocupacionales somos conscientes que a lo largo de la vida vamos eligiendo actividades en las cuales nos ocupamos, estas elecciones están motivadas por diversos factores incluidos la volición, la cultura, las experiencias pasadas, entre otros. Es difícil definir la cantidad de variables determinantes de la elección, en relación a ello Christiansen se pregunta qué es lo que determina que una persona se involucre en una ocupación y no en otra, analiza el complejo proceso de elección ocupacional, y afirma que “...con cada elección ocupacional, los individuos también definen quiénes son, amplían sus experiencias y crean el significado que necesitan para poder conseguir satisfacción en sus vidas.” (2) El

terapeuta ocupacional, por tanto, debe vislumbrar el complejo proceso que devino en los roles ocupacionales experimentados.

Para ir concluyendo, el análisis aportado desde la teoría y la práctica que fueron expuestos anteriormente permiten afirmar que, más allá de las grandes dificultades que se presentan en la práctica real y cotidiana, es importante insistir en hallar la Historia Ocupacional del paciente y apostar por reestablecer ocupaciones abandonadas o habilidades adquiridas con la experiencia. Y adaptar las mismas a las circunstancias actuales luego de un proceso de internación, de descompensación, de crisis emocional, problemáticas familiares o cualquier otro evento que repercutió negativamente generando el abandono de las ocupaciones. Christiansen cita a Townsend quien "...se refiere al poder desarrollador de la ocupación como un potencial transformador;...este proceso activo (de la ocupación) es el medio para aprender sobre el propio ser y sobre la sociedad, sobre cómo organizar la vida, descubrir el significado y ejercer control"(2) Es el espíritu de la "experiencia" de la ocupación en sí lo que nos moviliza a lo largo del viaje de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) AOTA. (2008) Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional Dominio y Proceso 2º Edición. (Adaptación al Español 2010) en www.terapia-ocupacional.com y www.atopr-online.org. 33-43
- (2) Charles H. Christiansen y Elizabeth A Townsend (Editores) (2004). "Introduction to Occupation. The art and Science of Living". Prentice Hall. (New Jersey. EEUU.)
- (3) Erna Imperatore Blanche. En Conferencia "Ciencias de la Ocupación" en Simposium de Pediatría. CABA. 2008
- (4) "Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional. Ámbito de Competencia y Proceso."(2002). Adaptación al español del artículo: Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. The American Journal of Occupational Therapy. November/December 2002. Volume 56, Number 6, 609-639
- (5) Knox, Susan (1998) "Juego y actividades de esparcimiento (Sección 3, Capítulo 8)" En Willard & Spackman Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. 8 Ed. (Buenos Aires) 260-267
- (6) Iwama MK, Simó Algado S. El Modelo Kawa (Río) TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. (2008) (Consultado en 2011); 5(8): [24 p.] Disponible en <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo2.pdf>

BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

1. Hemphill, B; Peterson,C; Werner; P (1991). "Rehabilitation in Mental Health. Goals and Objectives for Independent Living". SLACK Incorporated (EEUU)
2. Crepeau, E; Cohn, E; Schell B (2005) "Willard & Spackman Terapia Ocupacional". Editorial Médica Panamericana. Décima edición. (Buenos Aires)
3. Reed, Kathlyn L. (2001) "Quick Reference to Occupational Therapy". Ed. Proed An International Publisher. 2º edición. USA. Parte II (Sensory Disorders) pp. 209-262. Parte XI (Mental Disorders) pp. 759-838.
4. DSM IV® "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" Texto Revisado. Ed Masson. España
5. Hasselkus, Risteen Betty (2002) "The Meaning of Everyday Occupation" University of Wisconsin. Slack Incorporated. Wisconsin, USA.
6. Organización Mundial de la Salud. Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuesta y Terminología. (2001). "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud." Ginebra, Suiza.

Humanizar la salud

Una mirada desde la Bioética que nos convoca al cambio

Autor: Rossi Maria angelica

Correo Electrónico: marossi@copetel.com.ar

Resumen:

El objetivo del presente trabajo es plantear algunos cuestionamientos que motiven una reflexión desde la Bioética sobre el concepto de “humanización de la atención en salud” en referencia al “contexto hospitalario” y al “contexto de los agentes sociales”, haciendo referencia este último, a profesionales de la salud, personal administrativo, pacientes y sus familias. Muchos autores afirman que el hospital se ha transformado en una empresa donde la eficiencia de las estructuras y la calidad de los resultados desdibujan la centralidad del enfermo y las relaciones personales. Pangrazzi M I 2000).

Como profesionales de la salud nos constituimos en “agentes morales activos”, cuyo rasgo característico y propio es su mirada justa y amorosa hacia una realidad individual, junto a una observación y discernimiento paciente y justo del otro, lo cual hace posible verlo como en realidad es. (Murdoch 1970). Humanizar la atención de la salud es posible cuando se generan normas de calidad y acceso, buen trato, comprensión, empatía, comunicación eficaz y equidad...entre otras. El comité Hospitalario de Ética (CHE) ofrece dentro del campo institucional hospitalario un espacio de reflexión que permite la promoción de una “cultura Bioética” en los equipos de salud.

El Terapeuta Ocupacional, como integrante de un Comité Hospitalario de Ética (CHE), como docente, desde la clínica o la investigación tiene la urgente necesidad de formarse para generar esta “cultura Bioética” transmitiendo lineamientos, que permitan desarrollar la sensibilidad hacia actitudes valóricas, humanizantes y normativas a través de las cuales se propague el respeto por la dignidad humana y se favorezca la calidad de vida en todo su desarrollo.

“Muchas cosas se juzgan imposibles de hacer hasta que están hechas” PLINIO

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo es exponer algunos cuestionamientos que se suscitaron durante mi pasantía en el comité de Ética del Hospital Privado de Comunidad de la Ciudad de Mar del Plata. Los mismos motivaron una reflexión desde la Bioética sobre el “contexto hospitalario” y el desafío que el mismo genera en referencia a lo que se ha dado en llamar

“humanización de la salud”. En la actualidad se habla de “humanizar la medicina”, “humanizar el parto”, “humanizar la muerte”, o bien de la “deshumanización de la atención en salud”. Algunos autores ⁽ⁱ⁾ y en ellos voy a sustentar mi reflexión, abordan el tema de la deshumanización hospitalaria, señalando aspectos que ponen de manifiesto que el hospital se ha transformado en una empresa dónde la eficiencia de las estructuras y la calidad del resultado desdibujan o ensombrecen la centralidad del enfermo y en donde se priorizan las “relaciones funcionales” en detrimento de las “relaciones personales”.⁽ⁱⁱ⁾ Según F. Lolas Stepke⁽ⁱⁱⁱ⁾ “...cada institución es un campo en el que confluyen aspectos cognoscitivos, emocionales, morales y prácticos y de cuya imbricación depende la consecución armoniosa de sus respectivas finalidades”. Tomando como eje esta conceptualización se hace necesario reflexionar sobre el “deber ser” de la institución hospitalaria teniendo en cuenta que todo lo que se planifique y realice estará “sedimentado por valores, creencias y principios de los agentes” Tobar (2001) y esto se cristalizará en acciones concretas sobre los diferentes contextos. Cabe preguntarse ¿Qué valores, creencias y principios tienen estos agentes sociales que dan vida a la institución? El saber Bioético ¿sustenta el dinamismo institucional en pos del respeto por la dignidad, la equidad, el trabajo interdisciplinario, la comunicación fluida, la centralidad del paciente? ¿Estamos preparados para afrontar desde una mirada Bioética nuestro accionar para dar respuestas a las necesidades de los pacientes? Dentro del campo institucional podemos encontrar en forma imbricada tres contextos; el contexto hospitalario, el contexto de los agentes sociales (profesionales de la salud, personal administrativo, pacientes, familiares) y el contexto del Comité Hospitalario de Ética (CHE)

DESARROLLO

CONTEXTO HOSPITALARIO

Según Arnaldo Pangrazzi (2000) “El hospital es un caleidoscopio complejo de la historia humana; para algunos inspira confianza, para otros temor; hay quien lo percibe como un lugar sagrado (...) y quien como un mundo cargado de imperfecciones y de falta de servicio. Hay quien entra en una sala de espera solo por unos minutos y quien trabaja en él cada día y en él

transcurre buena parte de su vida”. Podríamos agregar que algunos entran con la alegría de recibir una nueva vida, y otros con la tristeza de una enfermedad terminal, o viviendo la muerte de alguien cercano. Esta visión del hospital nos habla de un entrecruzamiento de valores, culturas, subjetividades y entornos sociales. Las nuevas demandas, los avances de la tecnología y de la medicina, las necesidades de quienes prestan servicios y de quienes concurren al mismo, el reconocimiento de los procesos de cambio hacia un nuevo paradigma

de salud, plantean la necesidad de una permanente reflexión sobre el “deber ser” del hospital, su misión social...y su posible tránsito entre humanización-deshumanización. La revolución tecnológica, la creciente necesidad de especialización, la burocracia, la organización inspirada en parámetros empresariales de eficiencia y de economía hacen aparecer un predominio del factor técnico y científico sobre el humano...cabe preguntarse si la ecuación “costos, calidad, eficiencia y eficacia, se puede triangular con “equidad, solidaridad y dignidad”...? dignidad para nacer, para enfermar o para morir...Albert Schweitzer decía que el humanitarismo consiste en no sacrificar jamás un ser humano a un objetivo, es decir, no subordinarlo a actitudes de dominio, de despersonalización, de olvido de su intrínseca dignidad humana. En el contexto hospitalario se identifican redes y estructuras, algunas de poder, otras de lineamientos abierto a la investigación, a la formación y a la creación de espacios para la reflexión Bioética ; estos últimos permiten consolidar el saber técnico y el saber ético favoreciendo la formación de un sustrato común a todos los que conforman este contexto: el reconocimiento de la dignidad como valor compartido por todos, el abordaje de la persona como integridad biológica, psicológica, espiritual y social, el reconocimiento de la autonomía como principio Bioético y la comunicación.

EL CONTEXTO DE LOS AGENTES SOCIALES:

El contexto socio cultural se ha transformado y los actores sociales se encuentran inmersos en estos cambios, a veces por moda, otras por convicción y otras por el ejercicio de un pensamiento crítico que los lleva a dar respuesta a los nuevos desafíos. El paciente se ha transformado en “el cliente”, al cual hay que garantizarles servicios de vanguardia...En este contexto de tecnificación se prioriza muchas veces la competencia técnico científica por sobre un proceso humanizador que comprometa al paciente (persona-paciente) y al médico (persona-profesional). Emiliano Galende (2006) hace referencia a la relación terapéutica en donde “la comprensión sólo puede surgir de la relación de alteridad, de un encuentro singular con el otro en cuya relación se condiciona todo el conocimiento”. Esta relación de alteridad involucra la “empatía” como actitud y el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal eficaces. Es en esta relación bidireccional donde aparece el componente humanista, componente de relación entre partes, una que pone su saber para curar, aliviar, sanar, contener , acompañar...y la otra que requiere y necesita saber, ser atendido en sus necesidades...todo esto amalgamado por la comprensión y la confianza... por eso son relaciones fiduciarias. Un paciente “cosificado” pierde su narrativa impregnada de sentimientos y valores, solo se lo identifica por sus rasgos externos y se convierte en la patología que padece. El paciente es un sujeto “patogénicamente activo” (iv) al cual se le

debe reconocer su privacidad e intimidad, aceptar su autonomía, con las limitaciones propias del caso, estos son puntos básicos en la humanización de la atención en salud. La vulnerabilidad del paciente se hace significativa en un contexto hospitalario, por esta razón la confidencialidad es una actitud que se debe instaurar en todo el personal. El hospital es un espacio donde el altruismo y la sensibilidad tienen un lugar prioritario. El trabajo en equipo a través de una colaboración intradisciplinar repercute en el paciente y su familia. La promoción de oportunidades y la formación permanente de todo el personal que se desempeña en una institución de salud permiten la renovación, la competencia y la pertenencia, actitudes que llevan a “transformar la crisis en oportunidad, la incoherencia en sana confrontación, el cansancio en renovado empeño” (v)

EL ESPACIO INTEGRADOR DEL COMITÉ DE ETICA

El comité Hospitalario de Ética ofrece dentro del “campo institucional hospitalario” un espacio de reflexión interdisciplinaria para consultas, consejo, docencia, estudio e investigación acerca de temas, dilemas o conflictos que se generan ya sea en el contexto hospitalario o en el contexto de los actores sociales. Acordar en la valoración de un tema, una conducta, una situación particular a partir de un diálogo interdisciplinario es un desafío que el comité asume en cada reunión.. Entrar en el dinamismo del discurso deliberativo interdisciplinario Bioético, sustentado por teorías y posturas divergentes es una tarea ardua pero a la vez motivadora, es un proceso inacabado, abierto a la participación argumentativa de cada uno de sus integrantes. El espacio de diálogo no está exento de divergencias, puntos contrapuestos, momentos de planicie y otros de fuertes movilizaciones. “...los Comités de Ética son espacios privilegiados para desarrollar el saber bioético; en estos el saber especializado previo de cada uno de sus integrantes debe ser precedido y presidido por la actitud de aprender de la perspectiva del otro, la capacidad de escuchar al otro y respetar las diferencias y sensibilidad ante ciertos problemas” (vi)

El Comité Hospitalario de Ética es dentro del contexto hospitalario un espacio primordial, interactivo, deliberativo, que toma vida a través de las personas que lo conforman y desde donde se pueden generar la transmisión de lineamientos que permitan desarrollar la sensibilidad hacia el carácter valórico, humanizante y normativo del campo hospitalario, buscando arraigar entre los actores sociales actitudes de tolerancia, respeto, confidencialidad, buen trato y equidad.

CONCLUSIÓN

Vivimos en un mundo cambiante, en donde en pos de la técnica se van desdibujando o relativizando algunos valores que hacen a la dignidad del ser humano. Podemos promover desde distintos ámbitos una cultura Bioética que priorice a la persona como una realidad integral, humanizando la instrumentación de la atención en salud. Desde el contexto de la formación del Terapeuta Ocupacional, se debería apuntar a la promoción de esta cultura Bioética, desde las diferentes cátedras y sobre todo, en la Supervisión de las prácticas clínicas. No siempre la formación académica ofrece a los alumnos el sustento sobre los valores y principios éticos propios de la profesión y según ellos manifiestan, viven diversas experiencias en sus primeras prácticas que contextualizadas dentro del marco de la Bioética podrían transformarse en situaciones positivas de aprendizajes. La Bioética nos muestra que el valor del conocimiento, en tanto información organizada, reside más allá de quienes lo generan, en quienes lo utilizan, generando comportamientos responsables, integrales y humanizantes en la promoción de la vida con calidad. Las ciencias de la salud son en sí mismas y por su hacer, un quehacer moral, porque es “el ser humano” sujeto y objeto de nuestras profesiones”^(vii) El espacio que ofrece el Comité de Ética, dentro del contexto hospitalario, nos permite reflexionar en voz alta sobre los derechos de los pacientes, la humanización de la atención en salud, proteger la dignidad humana desde el nacimiento hasta la muerte a través de un análisis interdisciplinario. Durante mi participación, como Rotante Externa del Comité, fueron muy variadas las temáticas abordadas, algunas a pedido de los médicos residentes, o partían desde la conflictiva de pacientes y sus familias en referencia por ejemplo a “una muerte digna”, o sobre realidades hospitalarias a modificar. Como en la conformación del comité hay miembros por la comunidad, surgían también las expectativas que la persona tiene como paciente y las probabilidades que tiene de utilizar los recursos que el hospital ofrece. La Anencefalia (que dio como resultado la publicación del libro “la Anencefalia como problema Bioético” (2008), la confidencialidad (sumamente importante a partir de la digitalización de las Historias Clínicas), la comunicación entre el médico y el paciente, en el contexto de la atención apresurada ante el cumplimiento de los turnos estipulados, el parto humanizado solicitado por pacientes, son algunos de los temas que se trataron. Por razones de confidencialidad no los puedo ejemplificar pero sí, a partir de lo vivido puedo transmitir con certeza que un hospital o cualquier institución de atención a la salud, es un espacio dinámico y humanizante cuando generara normas de calidad en la atención, buen trato, comprensión, relación de alteridad, empatía, atención integral,

comunicación eficaz, equidad, promueve espacios de formación permanente y se valora la colaboración interdisciplinar.

-
- i Laín Entralgo, P. El medico y el enfermo (2003) Pangrazzi Arnaldo. Revista Selecciones de Bioética (2003)
- ii Pangrazzi 2000 Revista Labor Hospitalaria n° 257 3_2000
- iii Lolas Stepke, F. Mas allá del Cuerpo. Editorial Bello Chile 1997
- iv Lain Entralgo ,Pedro. El médico y el enfermo. Editorial Triacastela 2003
- v Pangrazzi Arnaldo, M.I. Las características de un hospital más humano en Revista Labor Hospitalaria N°257 2003
- vi Escribar W.Perez y otros (editores) Bioética. Fundamentos y Dimensión Práctica. Ed. Mediterráneo. 2004
- vii Zanier Justo y Otros ¿Es la Bioética la última esperanza? Ediciones Suárez Mdp. Argentina 2000

INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LA SALUD DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS EN UNA INSTITUCIÓN ONCOLÓGICA DEL MUNICIPIO DE MURIAÉ

Autores: Michelli Fernández Pimenta, Garcia Marcia Monteiro

Correo electrónico: Michelle_pimenta@hotmail.com

RESUMEN

Un aspecto importante a ser considerado en esa investigación, es la importancia de la intervención profesional para la mejora de la cualidad de vida durante el tiempo de internación de personas con cáncer. La presente investigación tuvo por objetivo analizar la ocurrencia de síntomas del estrés en personas de la institución investigada. Para el levantamiento del estudio se utilizó una investigación cuantitativa, en personas con diagnóstico de cáncer, internadas en una institución hospitalera destinada para el atendimento las personas con cáncer en la Ciudad de Muriaé – MG – Brasil. Al analizar los datos colectados, se percibió lo cuanto las situaciones que el paciente con cáncer pasa pueden promover el surgimiento de síntomas de estrés durante su internación, visto que los índices colectados señalaron síntomas de estrés en los voluntarios de la pesquisa.

Palabras Claves: estrés, terapia ocupacional, cáncer.

INTRODUCCIÓN

El origen del cáncer es simultáneo a la del propio hombre, estando intensamente relacionada a sus hábitos de vida, cultura y exposición temporal a factores ambientales. El desarrollo del cáncer por medio de agentes etiológico- naturales es un proceso extenso, perdurando a veces por décadas [1].

Las literaturas muestran que existen 3 fases del estrés, que pueden ser clasificadas en, alerta, resistencia y agotamiento, el alerta ocurre cuando el individuo entra en contacto con el agente causador del estrés y su cuerpo pierde su equilibrio, resistencia es la segunda fase, donde el cuerpo intenta volver a su equilibrio y el organismo puede adaptarse al problema o eliminarlo, la tercera y última fase es el agotamiento, esta es peligrosa pues se tiene diversos comprometimientos físicos en forma de enfermedad [2].

La UNIFESP señala síntomas generales, tanto físicos cuanto psicológicos, del estrés, pudiendo citar: insomnio, dolores musculares, irritabilidad, de entre otras [3].

El estrés viene siendo apuntado también como factor de riesgo para el desarrollo del cáncer y la progresión de la enfermedad. Estudios con animales de laboratorio demostraron que esa condición acelera el crecimiento de varios tumores [4].

Conforme relatos de De Carlo y Luzo (2004, p. 9) [5] el terapeuta ocupacional direcciona su actuación para la promoción de la salud y de la calidad de vida ocupacional en el contexto hospitalero. Así siendo, este estudio tiene como objetivo general, Pesquisar si los pacientes con diagnóstico de cáncer poseen síntomas de estrés bajo el mirar de un Terapeuta Ocupacional. Objetivo específico: Señalar la importancia del profesional de Terapia Ocupacional para estas personas dentro de un hospital.

METODOS

El objeto del estudio fue delimitado en 31 personas restringidas al lecho en el hospital del cáncer en la Ciudad de Muriaé-MG- Brasil. Tal público fue elegido por la facilidad de acceso de los investigadores al sector.

Como instrumento para la pesquisa se utilizó de un cuestionario con preguntas del estilo *Chek list* donde los voluntarios de la pesquisa marcaban una “x”. En el cuestionario fueron realizadas preguntas: sobre la regularidad del sueño, si se despertaban durante la noche y con cual frecuencia; si tenían preocupaciones y cuál intensidad; si poseían fatiga; si se sentían nerviosos y con cuál frecuencia; si presentaban irritabilidad y con cuál frecuencia; si sienten depresivos y con cuál frecuencia.

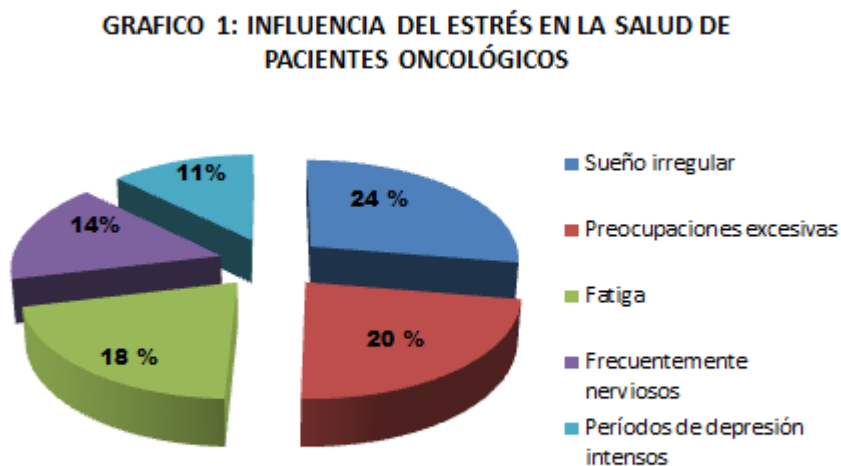
Todos los entrevistados recibieron una copia de un Termo de Consentimiento, que esclarecía todos los procedimientos que serían realizados en la pesquisa.

El período de investigación fue de mayo hasta junio de 2010.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El instrumento de pesquisa fue estructurado con preguntas referentes a los factores relacionados a las situaciones de estrés que estos pacientes con cáncer viven en el ambiente hospitalero.

Tras el análisis de los datos, fueron observados que los aspectos relacionados al tema abordado presentaron los siguientes resultados: 24% poseen sueño irregular se despertando varias veces durante la noche; 20% preocupaciones excesivas; 18% fatiga; 14% viven frecuentemente nerviosos; 13% presentan irritabilidad y 11% viven intensos períodos de depresión. Gráfico 1.



Fuente: Pesquisa de campo realizada en el período de mayo hasta junio de 2010.

Se sabe que la ansiedad es uno de los síntomas del estrés, el terapeuta ocupacional, utilizando actividades expresivas, o sea, actividades de ocupación hace con que la persona disminuya la angustia causada por la enfermedad, de esa forma suavizando, el impacto del tratamiento de la enfermedad, consecuentemente disminuyendo del paciente.

CONCLUSIÓN

La pesquisa demuestra que de hecho el cáncer puede ser un grande desencadenador del estrés durante la internación hospitalera, pero se puede percibir que la falta de un profesional Terapeuta Ocupacional aumenta más aún los índices del estrés como enfermedad mental, visto que este profesional utilizará de recursos para la terapia, como las actividades, con el objetivo de atenuar el impacto de la enfermedad en los

aspectos sociales, biológicos y psicológicos. El contexto hospitalero estudiado, no posee profesional de terapia ocupacional, siendo de esta forma, este estudio sugiere la inserción del profesional en el intuito de mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer en el campo del ambiente hospitalero.

REFERÊNCIAS

1. Brentani Maria Mitzi, Gualda Francisco Ricardo, Kowalski Luiz Paulo, 2003 “Bases da Oncologia” Tecmedd (São Paulo) II. 301.
2. Teste do Estresse da UNIFESP. Internet: Disponível em: <www.virtual.epm.br/material/tis/crrubio/trab2001/grupo2/index.htm> Acesso em: 19 ago. 2010.
3. Internet Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/crrubio/trab2001/grupo2/conseq.htm> Acesso em: 28 de mai. 2011.
4. Bauer Moisés Evandro. 2002. Medicina do Estresse como ele abala as defesas do corpo? Ciência Hoje 30,179:20-25.

INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Autores: T.O Alicia M. Zanona E-mail: aliciazk@live.com

Lic. en T.O Manuela Charles E-mail: charles4@arnet.com.ar

Resumen:

Introducción

Esta presentación tiene como objetivo pensar en nuevos abordajes a partir de la inclusión de animales de granja como herramientas terapéuticas en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Objetivos:

- Proponer nuevos tratamientos desde Terapia Ocupacional a partir de la intervención de la Terapia Asistida por Animales.
- Dar a conocer como el empleo de animales aporta dimensiones nuevas a la terapia y permite definir nuevos conceptos.
- Mostrar de que manera la Terapia Asistida por Animales acelera el proceso terapéutico permitiéndonos alcanzar objetivos que favorecen el desempeño de las personas en las distintas áreas.
- Compartir nuestro hacer terapéutico, a fin de contribuir al desarrollo de la práctica de Terapia Ocupacional.

Descripción

En Lihue Quimlu se realiza Terapia Asistida por Animales. Las actividades son llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario. Se trabaja con pacientes con discapacidades, de modo individual y grupal, estimulando aspectos del desarrollo neuromotor, del lenguaje, de la conducta, de la estabilidad y armonía emocional y del desempeño ocupacional.

El tratamiento se realiza a partir de la inclusión de animales de granja como herramienta terapéutica, dado que son seres vivos, activos y muestran su comportamiento.

Se propone una triada terapéutica: paciente –animal-terapeuta en un encuadre, donde la experiencia, le permite al paciente desarrollar habilidades y relaciones estímulo-respuesta; a partir de la motivación y el interés.

Resultados y conclusión

Observamos que en las personas con discapacidad que realizan la terapia con la inclusión de animales, se producen cambios favorables que se sostienen en el tiempo.

Esto se basa en que la Terapia Asistida por Animales y la naturaleza, son medios facilitadores que aceleran los procesos terapéuticos, favoreciendo la recuperación del paciente.

Contribución

Propone un nuevo campo de acción para el desarrollo de la práctica profesional de Terapia Ocupacional, lo que implica pensar nuevos métodos, estrategias y formas de intervención.

Intervención de Terapia Ocupacional en la terapia asistida por animales para personas con discapacidad

Proponemos un hacer terapéutico al aire libre, incluyendo animales de granja.

La naturaleza se convierte en nuestra aliada, nos hace sentir que somos parte de ella, abre nuestros sentidos, potenciándolos, desestructurándonos y a la vez permitiéndonos ser libres. El aire, el sol, el verde, el cielo, los olores, nos invitan a despertar y estar atentos, sentirnos vivos.

Destacamos la importancia que tiene el ambiente, sobre las actividades que realizan las personas que asisten a la terapia, dado que los elementos del medio ambiente físico y social proporcionan oportunidades y recursos que inducen y permiten elegir y hacer cosas.

La naturaleza como contexto nos posibilita trabajar en espacios grandes, donde los sentidos reciben incontables estímulos, el gasto de energía es mayor, así como también la obtención de ella.

Existe una diferencia muy significativa entre el estar en un ambiente cerrado o estar al aire libre, cambia tanto la percepción que uno tiene sobre sí mismo como la que los demás tienen de nosotros.

En este entorno enriquecedor incluimos a los animales de granja como medios facilitadores que aceleran los procesos terapéuticos. Incorporamos a los animales de granja, como una herramienta para el tratamiento, estrechamos nuestra relación con

ellos y los entrenamos para conocerlos poder intervenir de manera dirigida y estructurada.

¿Por qué animales? Los animales son seres vivos, que expresan su comportamiento y su temperamento, permiten observar y comprender las etapas fundamentales de la vida: nacer, gestar morir. Estimulan la responsabilidad y la independencia, el sentimiento de querer y ser querido, el amor y el compañerismo.

Son motivadores en el hacer del paciente, le generan interés, son seres dinámicos y activos.

El animal genera un dialogo gratificante en el que la interacción se convierte en una fuente de organización interna, de sensaciones agradables, de construcción de placer y validación, permitiéndole dominar áreas en relación a la conducta, a su cuerpo, a su espíritu.

Por ejemplo cuando la persona con discapacidad le da de comer de su mano a una oveja y ésta se acerca y come, los efectos terapéuticos pasan por muchos lugares; por la confianza que se generó para que el animal no tenga miedo y se acerque a comer, por el estímulo sensorial del tacto, el sentimiento de eficacia de lo logrado, siendo además una experiencia gratificante y de realización propia.

En la Terapia Asistida por Animales, el comportamiento del animal también se ve modificado por el modo de hacer del paciente, que a su vez debe reorganizar una conducta para posibilitar un lenguaje de relación y de respeto y así ser correspondido por el animal. De este modo la persona aprende y mejora las habilidades necesarias para establecer vínculos.

Sin sacar al animal de su ambiente, es el paciente quien debe conquistar y apropiarse del espacio.

Las posibilidades que nos brindan los animales como herramienta terapéutica, nos permiten a los terapeutas dirigir las intervenciones.

Interferimos sobre el animal para generar una respuesta en el paciente, ya sea de reacción o inhibición, interés, atención, organización postural, tono, construcción de conductas, promoviendo beneficios físicos, sociales, emocionales, cognitivos, que se sostengan a través del tiempo.

Si el terapeuta logra sentir y relacionarse con el medio, podrá tomar todos sus recursos y convertirlos, de acuerdo a lo planificado, en intervenciones terapéuticas.

La relación que establecemos con los pacientes es completamente distinta cuando la situación terapéutica incluye a un animal, deja de ser unidireccional y se acerca más a la forma de trabajo de grupo.

El Terapeuta Ocupacional participa en el armado del plan de tratamiento, conjuntamente con el equipo interdisciplinario dentro de la Terapia Asistida por Animales.

En el equipo interdisciplinario intervienen: veterinarios de animales chicos y grandes, médicos, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Psicopedagogos, Psicomotricistas, maestros, talleristas y voluntarios.

Los animales con los que trabajamos son animales de granja: caballos, cabras, chivos, llamas, vacas, perros de raza, aves de corral y conejos.

Trabajamos con personas que presentan disfunciones en determinadas áreas. Tienen su estructura psíquica, están inmersas en un sistema familiar y presentan posibilidades, capacidades a descubrir y desarrollar.

En nuestro hacer terapéutico, nos focalizamos en las necesidades, posibilidades y capacidades del paciente y en las características de los distintos animales, a fin de dirigir la interacción entre ambos en pos de objetivos terapéuticos identificados previamente.

De acuerdo a las necesidades del paciente se le asigna un animal de referencia para su terapia. Esto depende de los objetivos de tratamiento y de la planificación del mismo según la etapa de la terapia que esté atravesando el paciente.

Las personas con discapacidad participan en actividades que representan una situación real y no una actividad artificial, lo que les permite desempeñarse en un rol determinado, logrando satisfacción al hacer cosas que les importan, es decir, atravesados por el interés y la gratificación.

Por ejemplo en las sesiones de equinoterapia, por un lado trabajamos bajo el enfoque de Facilitación Muscular Propioceptiva, a fin de lograr cambios posturales, del sistema neuromotor, del equilibrio y el tono. Pero asimismo se favorece la sensación de dominio sobre el animal, de control del ambiente, generando un sentido de competencia.

El desafío como terapeuta surge en tener que aprender a mirar y sentir en armonía con la naturaleza y con los animales. Conocer sus recursos, para hacer de éstos, instrumentos facilitadores de los procesos terapéuticos.

Estas son nuestras herramientas para que el paciente con discapacidad, logre cambios que se sostengan en el tiempo; pudiendo mostrar a sus familias, compañeros y amigos cuánto pueden.

Estos cambios se basan en que la naturaleza y la Terapia Asistida por Animales, son medios facilitadores que aceleran los procesos terapéuticos, favorecen la recuperación del paciente, les permiten vivenciar nuevas experiencias, desempeñarse en nuevos roles y favorecer el desarrollo de su ser, atravesados por el interés y la gratificación.

Consideramos a la Terapia Asistida por Animales un medio terapéutico en la medida que produce beneficios físicos, cognitivos y socio-emocionales, atravesando los comportamientos de exploración, competencia y logro.

INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES Y GRANJA TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Autores: T.O Alicia M. Zanona
Lic. en T.O Manuela Charles

Introducción

Esta presentación tiene como objetivo dar a conocer nuestro método de tratamiento, basado en el trabajo en contacto con la naturaleza y con animales de granja para personas con discapacidad.

Objetivos:

- Mostrar cómo en contacto con la naturaleza las personas con discapacidad vivencian nuevas experiencias, se desempeñan en nuevos roles y favorecen el desarrollo de su *ser*, mas allá del grado o tipo de discapacidad y de las limitaciones funcionales que presenten.
- Dar a conocer y compartir nuestro hacer terapéutico, a fin de contribuir al desarrollo de la práctica de Terapia Ocupacional.

Descripción

LIHUE QUIMLU, es una institución donde se realizan actividades de granja y terapia asistida por animales.

Las actividades son llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario.

Se trabaja con el granjero (persona con discapacidad que concurre a la terapia), de modo individual y grupal, estimulando aspectos del desarrollo neuromotor, del lenguaje, de la conducta, de la estabilidad y armonía emocional y del desempeño ocupacional, en actividades acorde a sus intereses y posibilidades; permitiendo vivenciar nuevas experiencias y desarrollar el ser de cada uno como sujeto y no como paciente.

El tratamiento incluye terapia asistida por animales, donde se utilizan caballos, ovejas, cabras, llamas, vacas, gallinas y otras actividades terapéuticas como, juegos, huerta y talleres.

Resultados y conclusión

Observamos que en las personas con discapacidad que realizan esta terapia, se producen cambios favorables que se sostienen en el tiempo.

Estos cambios se basan en que la naturaleza y la terapia asistida por animales, son medios facilitadores, que permiten a los granjeros vivenciar nuevas experiencias, desempeñarse en nuevos roles y favorecer el desarrollo de su ser, atravesados por el interés y la gratificación.

Contribución

Propone un nuevo campo de acción para el desarrollo de la práctica profesional de Terapia Ocupacional, lo que implica pensar nuevos métodos, estrategias y formas de intervención.

Tema: “*Intervenciones de Terapia Ocupacional en salas de internación de un Hospital General de Agudos*”.

Autora: Lic. T.O. Pérez Mariela Alejandra.

marielaperezto@hotmail.com..

RESUMEN

Introducción: El rol de Terapia Ocupacional (T.O.) como lo llevamos a cabo en nuestros hospitales, sea por: falta de recursos humanos, características institucionales, o causas socioeconómicas, posee características particulares, es por ello que las intervenciones tienen un perfil diferente en algunos aspectos a los que encontramos en las publicaciones disponibles. **Objetivos:** En pacientes adultos internados se desea a) Estimar la distribución de frecuencias y cantidad de intervenciones de T.O. b) Determinar si el promedio de edad y la presencia de cuidador son diferentes según el tipo de intervenciones de Terapia Ocupacional.

Material y Método: Se incluyeron registros de pacientes adultos internados y que hayan recibido al menos 1 intervención de T.O. pertenecientes a las salas de internación del Hospital Rivadavia durante junio 2008- junio 2009. Diseño: comparativo a muestras independientes, prospectivo observacional y longitudinal.

Resultados: las intervenciones de T.O. más prevalentes son la realización de interconsultas para pedir información 94.3% (IC 89.1-97.5); el uso de las actividades de la vida diaria 68% (IC 59.1-75.5); educación en desacondicionamiento 63.8% (IC55.3-71.6); posicionamiento 51.8% (IC43.2-60.2); sugerencia o realización de adaptaciones ambientales 48.65% (IC 39.8-56.8); sugerencia o realización de férulas 33.3% (IC 25.8-41.8); escucha activa 46.8% (IC 38.4-55.4). Las intervenciones que se realizan más cantidad de veces (más de 5) son las interconsultas para pedir información, el uso de actividad de la vida diaria y el posicionamiento. Se hallaron diferencias significativas entre la edad y las siguientes intervenciones: uso de actividades de la vida diaria, educación en uso adecuado de la

mecánica corporal, posicionamiento, y sugerencia de adaptaciones ambiental; educación en desacondicionamiento; sugerencia de adaptaciones personales, con estimulación del alerta, educación en conservación de energía, educación en protección articular.

Así mismo se encontraron diferencias significativas entre la presencia de cuidador y educación en desacondicionamiento $p < 0.0012$, presencia de cuidador y consultoría en organización de cuidados $p < 0.0256$

Conclusiones : *En un hospital general podemos esperar que los TO realicen las siguientes intervenciones de mínimo: el 89.1% realice interconsultas para pedir información, 59.1 % utilice las actividades de la vida diaria para asistir a sus pacientes, 55.3% eduque en desacondicionamiento, 43.2% realice posicionamiento, 39.8 % sugiera o realice adaptaciones ambientales, 25.8% diseñe, entrene, e indique férulas, 38.4% realice escucha activa, y 31.7% vehiculización de necesidades.*

Introducción:

La práctica de terapia ocupacional (T.O.) en Hospitales Generales de Agudos tiene sus antecedentes en el mundo a partir de la década del 80.

En los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) se inicia su inserción sistemática, a partir de la creación de la Residencia y Concurrencia de T.O. en 1997.

De la bibliografía publicada (Pub Med 1980- 2008 “Occupational Therapy and acute care” “occupational therapy and inpatient” “rehabilitation and acute care” “acute care settings and occupational therapy”) se encuentran artículos donde se citan las intervenciones que realizan los terapeutas ocupacionales con mayor frecuencia en los hospitales generales, no obstante no se han encontrado trabajos científicos que mencionen cuáles son las que prevalecen, dado que en el mundo la inserción de T.O. en los hospitales se encuentra más especializada por patologías (lesión medular, accidente cerebro-vascular, traumatismo craneoencefálico, patologías traumatológicas, entre otras), y grupo etáreo. Es decir el rol de T.O. como lo llevamos a cabo en nuestros hospitales, sea por falta de recursos humanos, sea por características institucionales, sea por causas socioeconómicas, posee características particulares al que observamos en el resto del mundo. Es por ello que las intervenciones tienen un perfil diferente en algunos aspectos a los que encontramos en las publicaciones disponibles, sin embargo las competencias de la T.O. de involucrar a las personas en situaciones vitales y significativas se comparte en todo el mundo.²

Es también de destacar que tampoco se encuentran antecedentes donde se investigue las intervenciones de T.O. relacionadas con variables donde podrían hacerse más pertinentes algunas intervenciones sobre otras.

Sólo se ha hallado un trabajo cualitativo donde fundamenta el porqué los terapeutas centran su atención en las actividades de la vida diaria durante la atención en el cuidado agudo por sobre el resto de las áreas del desempeño ocupacional.¹

La intención de este trabajo es mostrar las intervenciones documentadas por los terapeutas ocupacionales en un hospital general utilizando la terminología actual y su prevalencia según ciertas variables: edad y presencia de cuidador.

Es por ello que en pacientes internados se desea:

1. Estimar la distribución de frecuencias de las intervenciones de T.O. llevadas a cabo en las salas de internación de pacientes adultos.
2. Estimar la distribución de frecuencias de la cantidad de intervenciones de TO llevadas a cabo en las salas de internación de pacientes adultos.

3. Determinar si el promedio de edad es diferente según el tipo de intervenciones de Terapia Ocupacional.
4. Determinar si los distintos tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional son diferentes según presencia de cuidador.

Población:

Se incluyó la documentación que constituye el registro interno de pacientes adultos (mayores de 18 años) internados en las salas del hospital general y que hayan recibido al menos 1 intervención de T.O. Todos los pacientes que hayan recibido tto. Se excluyeron las observaciones en las cuales por situaciones relacionadas al sistema de salud no se pudo registrar la intervención de T.O. y los pacientes que no aceptaron que se registre su intervención para fines de investigación. El estudio se realizó durante el período junio 2008-junio 2009 en las salas del Hospital General de Agudos B Rivadavia.

Tipo de estudio: comparativo a muestras independientes, prospectivo observacional y longitudinal.

Variables en estudio:

1. Intervenciones de T.O.: proceso por el cual el terapeuta ocupacional actúa para cambiar el entorno, demandas de la actividad, características del paciente, habilidades y patrones del desempeño con el fin de mejorar el desempeño en las ocupaciones del paciente durante su estadía hospitalaria. Descripción en el registro interno de cada una de las siguientes categorías. Dentro de las posibles intervenciones que puede realizar un terapeuta ocupacional durante la estadía hospitalaria se toma en cuenta a las mencionadas por el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional
2. Cantidad de intervenciones de TO número de intervenciones
3. Edad medida en años según consta en historia clínica.
4. Estadio de la enfermedad medida en escala nominal : final de vida o no según referencia del médico tratante
5. Presencia de familia/cuidador medida en escala nominal (presente - ausente) según referencia del paciente y/o equipo de profesionales

Descripción de la muestra:

La muestra estuvo constituida por 141 pacientes el 58.2% femenino y el resto masculino.

El promedio de edad fue $67.1 \pm 18,5$ años (mínimo= 18, mediana 70 máximo=94)

El promedio de días de internación fue de 27.08 días \pm 37; (mínimo= 2, mediana 18 máximo= 369). El promedio de sesiones recibidas por los pacientes fue de 7 \pm 6; (mínimo= 1, mediana 5, máximo= 30 sesiones por paciente). El 73.8 % tenían cuidador. El 18.4% se encontraban en etapa final de vida según historia clínica.

Resultados

A partir del análisis de los resultados se encuentran las siguientes intervenciones de TO que se realizan con mayor frecuencia, y las mismas se presentan en la Tabla 1:

Intervenciones de Terapia Ocupacional	N	%	IC 95%
Interconsulta para pedir Información	133	94,3	89,1-97,5
Uso de las actividades de la vida diaria	96	68,1	59,6-75,5
Educación en desacondicionamiento	90	63,8	55,3-71,6
Método preparatorio: posicionamiento	73	51,8	43,2-60,2
Método preparatorio adaptaciones ambientales	68	48,6	39,8-56,8
Uso terapéutico del yo: escucha activa	66	46,8	38,4-55,4
Uso terapéutico del yo : vehiculización de necesidades	56	39,7	31,7-48,3

Las intervenciones que se realizaron con más frecuencia fueron las actividades de la vida diaria, el posicionamiento y la interconsulta para pedir información en más de 5 veces por paciente.

Del análisis de si el promedio de edad se relaciona con algún tipo de intervenciones de Terapia Ocupacional se presentan los siguientes resultados:

El promedio de edad entre los pacientes con intervención uso de AVD (n= 96) fue 71 \pm 16 años mientras que entre los que no recibieron dicha intervención (n= 45) fue 58 \pm 20 años. Las diferencias entre los promedios de edad halladas fueron estadísticamente significativos (t=4.21; p<0.0001).

Con respecto al promedio de edad entre los pacientes que recibieron la intervención correspondiente a método preparatorio en su sub categoría adaptaciones ambientales (n= 68) fue 73 \pm 15 años del grupo que tuvo la intervención (n= 73), mientras que los que no recibieron dicha prestación fue de 61 \pm 20 años. Las diferencias entre los promedios de edad halladas fueron estadísticamente significativos (t=4.12; p< 0.0001).

Siguiendo con este grupo de intervenciones también se hallaron diferencias significativas entre los promedios de edad de los que recibieron la prescripción de adaptaciones personales (n= 44) 73 \pm 14 años y los que no les prescribieron dichos elementos (n= 97) 64 \pm 20 años. (t=2.91 p<0.0042).

Se observa que el promedio de edad entre los pacientes que tuvieron la intervención posicionamiento (n= 73) fue 74 \pm 15 años mientras que, en los que no tuvieron dicha intervención (n= 68) fue 59 \pm 19 años. Las diferencias entre los promedios de edad halladas fueron estadísticamente significativos (t=5.11 p<0.0001).

Dentro de la última sub categoría de estas intervenciones de método preparatorio se encuentran diferencias entre los promedios de edad en el grupo que recibió la estimulación en

el alerta (n= 18) 78 ± 13 años y los que no la recibieron (n= 123) 66 ± 19 años. Las diferencias entre los promedios de edad halladas fueron estadísticamente significativos ($t=2.61$ $p<0.009$).

A continuación se presenta en la tabla N°2 las sub categorías de la Intervención Educación donde se hallaron diferencias significativas entre los promedios de edades:

Tabla N° 2

Variable	Si recibió			No recibió			Test de Student
	Promedio	DE*	n	Promedio	DE	N	
Educación en el uso de la mecánica corporal	81	9	13	66	19	128	$t= 4.85; p< 0.0001$
Educación en protección articular	45	20	3	68	18	138	$t= -2.15 p< 0.0332$
Educación en conservación de energía	61	20	27	69	18	114	$t=-2.02 p<0.047$
Educación en desacondicionamiento	72	16	90	59	20	51	$t=3.70 p<0.0004$

*Desvío estándar

En las tablas 3 y 4 se presentan las intervenciones que tuvieron diferencias significativas en relación a la presencia de cuidador.

Tabla N° 3

Presencia cuidador	Educación desacondicionamiento		Total
	Si	No	
Si	75	29	104
	72%	28%	
No	15	22	37
	41%	59%	
Total	90	51	141

$\text{Chi}^2=10.4; p=0.0012$

Tabla N° 4

Presencia cuidador	Consultoría organización de cuidados		Total
	si	No	
Si	16	88	104
	15%	85%	
No	0	37	37
	0%	100%	
Total	16	125	141

Conclusiones

- En la población de pacientes internados en un hospital general de agudos atendidos por los profesionales de terapia ocupacional podemos esperar que de mínimo:
El 89.1% realice interconsultas para pedir información.
59.1 % utilice las actividades de la vida diaria
55.3 eduque en desacondicionamiento
43.2% realice posicionamiento
39.8 % sugiera o realice adaptaciones ambientales
25.8% diseñe, entrene, e indique férulas
38.4% realice escucha activa
31.7% vehiculización de necesidades
- En la población de pacientes se realizó con mayor prevalencia 5 o más veces las intervenciones analizadas.
- Se halló relación significativa entre la edad y las diferentes intervenciones analizadas, siendo que a mayor edad son más frecuentes las mismas.
- Se halló relación significativa entre la presencia de cuidador y la educación en el desacondicionamiento y con organización de cuidados.

Estos resultados muestran intervenciones prevalentes diferentes a las que realiza un terapeuta ocupacional en otras instituciones de tercer nivel donde el estado clínico, las variables institucionales y el encuadre de tratamiento bed side (al lado de la cama) marcan la diferencia.

NOTA: el trabajo fue presentado en su totalidad para las jornadas de la Asociación de Profesionales del Hospital Rivadavia y posteriormente será publicado en la revista de la mencionada asociación.

Bibliografía

1. Gage, M; Cook Valiant, J; Friday-Field, K; Entendiendo la transición a la vida en comunidad después del alta de un hospital de cuidado agudo: un estudio exploratorio. Am J Occup Therapy February 1997.vol51 N°2.
2. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. Am J Occup Ther December 2002. vol56 N°6.
3. Pérez, Mariela "Terapia Ocupacional en un Hospital General de Agudos" 2006. Buenos Aires.
4. Pérez, M; Casal, C; Cirone, M; González, A; Parranquini, L; Bracco F; Vadell, A; Oromi, M; Instructivo ficha Evaluación Clínica Médica. Terapia Ocupacional Hospital Rivadavia. 2008. Buenos Aires.
5. Flimn ,N Jackson,J y cols Optimizing Abilities and Capacities: Range of motion, Strength and Endurance chap 21 pág 573 en Radomsky MV; Latham Trombly C A Occupational Therapy for Physical Dysfunction 6th edition Lippincot. Williams &Wilkins 2008 Section 5 Treatment occupational function.
6. Quintana LA Optimizing Vision, Visual Perceptual and Praxis Abilities en Radomsky MV; Latham Trombly C A Occupational Therapy for Physical Dysfunction 6th edition Lippincot. Williams &Wilkins 2008 Section 5 Treatment occupational function chapter 28 pág.728

7. Radomski, MV, Schold Davis, E Optimizing Cognitive Abilities en Radomsky MV; Latham Trombly C A Occupational Therapy for Physical Dysfunction 6th edition Lippincot. Williams &Wilkins 2008 Section 5 Treatment occupational function chapter 29 pág. 748
8. James AB Restoring the Role of Independent Person en Radomsky MV; Latham Trombly C A Occupational Therapy for Physical Dysfunction 6th edition Lippincot. Williams &Wilkins 2008 Section 5 Treatment occupational function chapter 30 pág.774
9. Lanier Pierce, S Restoring Mobility en Radomsky MV; Latham Trombly C A Occupational Therapy for Physical Dysfunction 6th edition Lippincot. Williams &Wilkins 2008 Section 5 Treatment occupational function chapter 31 pág 817
10. Lynn Y en Radomsky MV; Latham Trombly C A Occupational Therapy for Physical Dysfunction 6th edition Lippincot. Williams &Wilkins 2008 Section 6 Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis chapter 44 pág. 1214
11. López Rosetti, D Estrés Epidemia del Siglo XXI . Capítulo 11, 12 y 13. Ed LUMEN. Buenos Aires. 2000
12. Rausch, G Melvin J A new era in acute Care The American Journal of Occupational Therapy may 1986 vol 40 N° 5 319-322
13. Eyres, L; Unsworth, C "Occupational therapy in acute hospitals: The effectiveness of a pilot program to maintain occupational performance in older clients" Australian Occupational Therapy journal 2005 52,218-224.
14. Griffin, S; " Occupational Therapy practice in Acute Care neurology and Orthopaedics" Journal of Allied Health, Spring 2002, vol 31 N°1 35-42
15. Griffin, S Mcconnell, D. "Australian occupational therapy practice in acute care settings" occupational Therapy International 8 (3) 184-197. 2001
16. Sutton, A. An acute medical Admission Unit: is there Place for an Occupational Therapy? British Journal of Occupational Therapy january 1998, 61 (1)
17. Affleck A; Lieberman, JP; Rohrkerper, K. Providing Occupational Therapy in an Intensive Care Unit. The American Journal of occupational Therapy may 1986 vol 40 N 5 323-332
18. Giesbrecht Pressure ulcers and occupational therapy practice: A Canadian perspective. Canadian Journal of Occupational Therapy February 2006 N° 1 vol 73
19. Lim SM; Doshi V; Castasus B Lim JKH Factors causing delay in Discharge of Elderly patients in an Acute Care Hospital. Ann Acad Med Singapore 2006;35:27-32
20. Gillis A; MacDonald B; Macksaac A Nurses' Knowledge, Attitudes, and Confidence regarding Preventing and treating Deconditioning in older Adults. The Journal of Continuing Education in Nursing December 2008 vol39n°12
21. Gill, T; Allore, H; Guo, Z. The deleterious effects of bed rest among community-Living Older Persons. Journal of Gerontology Medical Sciences 2004. Vol 59 A N°7 755-761.
22. Sager, M A; Rudberg, M A; Jalaluddin, M; Franke, T; Inouye, S K; Landefeld, C S; Siebens, H; Winograd, C Hospital Admission Risk Profile (HARP): Identifying Older Patients at Risk for Functional Decline Following Acute Medical Illness and Hospitalization

LA AUTOEXPRESIÓN EN LA BÚSQUEDA DE LA LIBERTAD Y EL HACER TERAPÉUTICO OCUPACIONAL

SOARES, Rosangela Rocha

Correo electrónico: soares.to@terra.com.br

BITTENCOURT, Rita Barcellos

MONTEIRO, Marcia Garcia

FERNANDES, Tania Silva

INTRODUCCIÓN:

La investigación realizada es del tipo cualitativa, utilizando el método de la observación participante y la perspectiva fenomenológica de Frankl (¹). La gran pretensión de ese trabajo es captar los sentidos y significados que atraviesan el hacer autoexpresivo, enfocando la confección de dibujos nombrados por el sujeto de la investigación como láminas cromáticas “carbonadas”. “Carbonar” significa realizar, hacer el trabajo, establecer el contacto con el arte. Otra pretensión de la investigación es contribuir para la comprensión del psicodinamismo y singularidades relativas a la expresión plástica de sujetos institucionalizados, en ese caso, el usuario tiene 48 años de internación psiquiátrica. La terapia ocupacional es la herramienta interpretativa en la decodificación de las metáforas de libertad y de búsqueda de sí mismo, dando significado a la existencia de un ser sometido a condiciones adversas. Conceptuar el sí mismo ha sido objeto de preocupación en la terapia ocupacional.⁽²⁾ “El autoconcepto, la autoexpresión y el autocontrol son listados por la terminología uniforme de American Occupational Therapy Association en 1994, como áreas principales que van a ser abordadas durante la indicación y análisis de la ocupación.” Cada uno percibe y hace la captación del mundo – de las cosas, de acuerdo con las vivencias impresas en su imaginario y en el cruce de sus experiencias. Históricamente la terapia ocupacional centró sus conocimientos en las tareas cotidianas y artesanías. La contemporaneidad ha remitido a los terapeutas ocupacionales a la búsqueda de los sentidos y significados del hacer para los sujetos. La identidad praxis, el ser que se ocupa en hacer cosas, son la meta de esa reflexión. Ese trabajo es resultante del empleo de la metodología de la

¹ Frankl. V., 2002. “Em busca de sentido” *Vozes/Sinodal (Petrópolis)* **XVI**. 42-43-92

² Neistadat M., Crepeau E., 2002. “Terapia ocupacional” Editora Guanabara Koogan (Rio de Janeiro) **IX**. 419-420

observación participante para la comprensión de los materiales elaborados por un usuario portador de enfermedad mental e interno de la Colonia Juliano Moreira – Estrada Rodrigues Caldas, 3400, Jacarepaguá - Rio de Janeiro – RJ - Brasil – CEP: 22713-370, en la confección de láminas cromáticas de papel y bolígrafos coloridos, en un complejo de mosaicos y microcírculos, los cuales el usuario denomina de “cédulas de carbonamento”. En la creación de láminas cromáticas a través del dibujo, el termo “carbonar”, frecuentemente utilizado por él mismo, significa realizar, hacer su trabajo. Después de la observación sistemática e indagaciones, el usuario informa que esas láminas (cédulas) serían utilizadas para la compra de su libertad y de la salida del asilo psiquiátrico. En ese proceso emergen contenidos internos; variadas narrativas de su vida traspasan la elaboración de las cédulas para conquistar la libertad. La terapia ocupacional, en ese contexto, busca ofrecer al sujeto la oportunidad de transitar en la realidad externa, según su intención, voluntad y libertad.

DESARROLLO:

Se trata de una investigación de abordaje cualitativa, realizada en un espacio terapéutico destinado al atendimento de personas con sufrimiento mental, cuya población es de 35 usuarios. Fue seleccionado para la observación un usuario, portador de esquizofrenia residual, interno hace 48 años en la institución psiquiátrica en IMAS Juliano Moreira, Barrio Taquara, Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Los presupuestos fundamentales utilizados para la percepción y captación de las vivencias e imágenes, fueron la observación participante y la fenomenología de Frankl. El mapeo y procesamiento de las informaciones fueron realizadas bajo la perspectiva de la terapia ocupacional. Todas las expresiones del usuario fueron transcritas en su autenticidad, sin corrección de las normas del portugués o ajustes lingüísticos de concordancia. La investigación ocurrió de enero a septiembre de 2007.

El asilo psiquiátrico como proceso de institucionalización del sujeto, es decir, la internación de personas portadoras de trastornos mentales en Brasil remonta a la mitad del siglo XIX. Desde entonces, la atención a los portadores de trastornos mentales fue casi sinónimo de internación en hospitales psiquiátricos especializados. En el análisis foucaultiano (³) sobre la formación de asilos, está claro que no se trataban de instituciones médicas, sino de estructuras asistenciales, de carácter semijurídico, con poder máximo sobre el loco y, no solamente sobre

³ Foucault M., 1972. “A história da loucura” Editora Perspectiva (Rio de Janeiro) VI.79-80-83-85

él, como también sobre todas las personas marcadas por el signo de la ausencia de razón. La creación de esos establecimientos, era destinada y unida en su origen y en su sentido primero a la moralización del espacio social. La elección del tema para la elaboración del proyecto de investigación, se sostiene por la suposición que ese estudio puede agregar contribución a la interpretación de la actividad expresiva de la búsqueda de sentidos y significados para la existencia humana en situaciones de larga internación psiquiátrica en un asilo. El escenario que sirvió de telón de fondo a esa investigación fue el espacio terapéutico GAIA. Basándose por el trabajo desarrollado en ese espacio terapéutico y, dada la densidad del material a ser captado, elegimos uno de los usuarios para el cotejo de su experiencia con la producción plástica. De esa forma, el usuario RCG, sexo masculino, con la probable edad de 68 años, cuyo diagnóstico institucional es de esquizofrenia residual, internado por 48 años, fue sometido a un proceso de asistencia psiquiátrica tradicional. En ese contexto, se recurre a Heidegger ⁽⁴⁾ “considerando que el ser humano está siempre buscando algo además de sí mismo; su verdadero ser consiste en objetivar aquello que aún no lo es. El hombre es por lo tanto, un ser que se proyecta para fuera de sí mismo, sin jamás poder salir de las fronteras del mundo en lo cual está sumergido”. Se trata de una proyección en el mundo y con el mundo, de modo que el yo y el mundo sean totalmente inseparables. Y así hace este ser en el mundo: RCG se sirve de su arte como un vehículo de producción de subjetividad y como estrategia de resistencia a la masificación que el asilo psiquiátrico le impone. La observación a su arte provoca e instiga una comprensión y reflexión sobre los sentidos y significados de esta existencia, proveyendo interminables dispositivos reflexivos de los cuales serían esta producción. ¿Sería un hacer por hacer, o una actividad cargada de sentidos y significados para quién lo hace? Y aún: Y para quien observa ese hacer, ¿qué significado terapéutico tiene? Y más: ¿Dónde se inscriben esos acontecimientos en la rutina del sujeto, de una manera que se extraiga todo lo que de patológico podría tener en esos contenidos simbólicos, transformando esa praxis en producción de subjetividad y salud? La producción de RCG como mecanismo de resistencia a la institucionalización es una manera absolutamente singular y abstracta dentro de este contexto. Su “carbonamento” son reminiscencias de una historia de vida, es su modo de ser en el mundo. Modo singular, al que la ciencia tradicional clasifica como enfermedad mental, y que a la luz de la línea existencialista sería una manera de ser en el mundo, absolutamente única y limpia como se percibe en innumerables otros artistas, como a

⁴ Heidegger, M., 1997. “Ser e tempo” Vozes (Petrópolis) 30-31-32

ejemplo, Van Gogh. Dentro de ese proceso de institucionalización del sujeto, se irgue la estrategia de resistencia, se habla aquí de un dispositivo propio del usuario que vive en una institución que cesa todas las posibilidades de expresión del ser como unidad y singularidad. Afirmamos que esta institución cesó todo lo que podría existir, a ejemplo de su ropa cuando entró para el asilo, era única, su comida era única, por fin, su rutina era acompañada de uniformidad, inclusive los padecimientos y sufrimientos eran todos uniformes y perfectamente (que se entienda aquí imperfectamente) comunes.

Entonces, el sujeto encuadrado en esta investigación, utiliza un bolígrafo y papel que son cosas absolutamente comunes, y alimentando de su sufrimiento en el asilo, construye otro tejido, que es el tejido de la subjetividad. Siguiendo esta línea de pensamiento, se apunta la concepción de Jorge (⁵), en que dice que, “el hombre en actividad es antes de todo, un hombre vivo”. El ocio, como muerte de la actividad significa no sólo la muerte del hombre, sino un retorno del mismo a una etapa anterior de su desarrollo. La forma que le nace de las manos es la materialización de su sentir y pensar. Aún añade que no es permitido mentir cuando se fabrica. Fabricar, conceptuar para sí, y hablar para el otro lo que pensó; dentro de esa idea, la terapia ocupacional es un método que usa instrumentos muy antiguos para tratar: usa las manos. Mientras fabrica, “el hombre inmaterializa el material y materializa el inmaterial”. Esta acción torna posible hacer, deshacer, inventar y, por lo tanto, tornar palpable el pensamiento, el sentimiento, la intención.

Cuanto a las artes en terapia ocupacional, acordamos que en el proceso formativo de los terapeutas ocupacionales, es sorbida la historia de Nise da Silveira como precursora de la ciencia del hacer en Brasil. Usando un lenguaje alegórico, del abordaje utilizado por la Doctora Nise “jorram pérolas” (chorrean perlas), perlas del hacer expresivo, marcadas por una revolución en el tratamiento en psiquiatría. Ese tratamiento es nombrado por Nise como Terapéutica Ocupacional. (⁶) Según ella, “la pintura de los esquizofrénicos es muy rica en símbolos e imágenes que condensan profundas significaciones y constituyen un lenguaje arcaico de raíces universales. Lenguaje arcaico, pero no muerto”. El lenguaje simbólico se desarrolla en varias pautas, se transforma y es transformador. Uno de los objetivos principales

⁵ Jorge, R. C., 1981. “Chance para uma esquizofrénica” Editora I. Oficial (Belo Horizonte). 20.

⁶ Silveira N., 1991. “Imagens do inconsciente” Editora Alhambra (Brasilia) 167-168-169.

de su trabajo es el estudio de ese lenguaje. Ella no se preocupa en desmenuzar la imagen simbólica, o dividirla intelectualmente. Su trabajo se concentra en entender el lenguaje de los símbolos colocándose en la posición de quien aprende (o aprende de nuevo) un idioma. Busca ir hasta al enfermo. Siendo esa la intención cuando estudia los símbolos y sus paralelos en la arqueología, mitología, historia del arte y de las religiones. Son raras las verbalizaciones explícitas. El individuo cuyo campo del consciente fue invadido por contenidos emergentes de las capas más profundas de la psique estará perplejo, aterrorizado o fascinado por cosas distintas de todo que pertenecía a su mundo cotidiano. La palabra fracasa, pero la necesidad de expresión, necesidad indispensable inherente a la psique, lleva el individuo a configurar sus visiones, el drama de que se tornó personaje, sea en formas toscas o bellas, no importa. Aún según Silveira, un espacio de actividades en la terapéutica ocupacional sería crear oportunidades para que las imágenes del inconsciente y sus correspondientes motores encontraran formas de expresión.

CONCLUSIÓN:

La observación participante en espacio terapéutico ocupacional permitió y provocó la reflexión sobre los sentidos y significados del hacer y, de la plasticidad subliminal, las acciones y percepciones del sujeto, agregando valor a la prescripción de las actividades expresivas, donde el hacer y sus acontecimientos son mediadores del cambio o del encuentro del significado existencial. En esa construcción, la actividad expresiva presta sentido y significado a la existencia. El material de investigación científica del presente trabajo, buscó la captación de esos sentidos y de los significados subyacentes a sus láminas cromáticas, al “carbonamento” de vida de una persona en busca de la libertad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Frankl. V., 2002. “Em busca de sentido” Vozes/Sinodal (Petrópolis) **XVI**. 42-43-92
- 2 - Neistadat M., Crepeau E., 2002. “Terapia ocupacional” Editora Guanabara Koogan (Rio de Janeiro)
- 3 - Foucault M., 1972. “A história da loucura” Editora Perspectiva (Rio de Janeiro) **VI**.79-80-83-85
- 4 - Heidegger, M., 1997. “Ser e tempo” Vozes (Petrópolis) 30-31-32
- 5 - Jorge, R. C., 1981. “Chance para uma esquizofrénica” Editora I. Oficial (Belo Horizonte). 20. Janeiro) **IX**. 419-420
- 6 - Silveira N., 1991. “Imagens do inconsciente” Editora Alhambra (Brasília) 167-168-169.

La Cultura de la Prevención en el Ámbito de lo Público.

Autor: Belart, Miriam A.

Correo electrónico: miriambelart@yahoo.com.ar

Resumen:

En esta presentación, se da a conocer la experiencia de terapia ocupacional en el seguimiento de las problemáticas laborales de los trabajadores y trabajadoras en tres instituciones de la administración pública provincial.

El programa “cultura de la prevención” surge desde el área de prevención del Autoseguro de Riesgo de Trabajo de la Provincia de Santa Fe con motivo de la atención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El primer cuestionamiento fue ¿qué les suceden a las personas durante el desempeño de su jornada laboral?. Desde Terapia Ocupacional y en conjunto con una técnica en Higiene y Seguridad del trabajador se analizaron las problemáticas tanto en lo psicofísico como lo ambiental, tomando como eje central al trabajador, parte activa del proceso, colocando el foco de atención en el análisis de la actividad para visualizar la relación existente entre el trabajador y su trabajo, buscando investigar los problemas que se presentan, acompañar a los trabajadores en el reconocimiento de sus límites tanto de los factores internos como los externos.

Los trabajadores se enfrentan a dos variables: un trabajo poco demandante que no desafía sus capacidades, y el trabajo que demanda más allá de sus capacidades, generando sobrecargas, lo que los obliga a desarrollar exigencias físicas y mentales.

En las conclusiones se plantea la necesidad de fomentar la cultura de la prevención a partir del desarrollo de programas y participación de los trabajadores en el control y modificación de las condiciones ambientales y conductuales del trabajo a partir de la conformación de los comités mixtos de higiene y seguridad laboral, primer antecedente normativo en la materia tanto en el orden nacional como provincial.

“La Cultura de la Prevención en el ámbito de lo público.”

Introducción:

En el presente trabajo se da a conocer la inserción de terapia ocupacional en la órbita de la gestión pública específicamente en la Dirección Provincial de Autoseguro de la Provincia de Santa Fe, y el camino recorrido para el trabajo con tres instituciones donde se lleva a cabo el programa de prevención, tendiente a la preservación de la calidad de vida laboral y personal de los trabajadores.

Luego se realiza un recorrido por los conceptos que se trabajan con los y las trabajadoras, salud, seguridad laboral, salud ocupacional para trabajar en conjunto el concepto de cultura de la prevención. Se brindan detalles de los procedimientos llevados a cabo para realizar el estudio del trabajo que ellos realizan.

Inicialmente, se realiza una descripción de la situación problemática que se deduce de los relevamientos realizados, fotos, filmaciones, encuestas y entrevistas.

En la conclusión, se pone de manifiesto los aportes de terapia ocupacional con el objetivo principal de comprender el trabajo para transformarlo en pro de la salud de los trabajadores, adaptar los puestos de trabajo a los y las trabajadores poniendo en primer lugar la salud y el bienestar personal y comunitario.

Desarrollo:

La Dirección del Provincial del Autoseguro de Riesgos del Trabajo tiene por objetivo bregar por la integridad psicofísica de las y los trabajadores provinciales en el marco de la legislación vigente en materia de higiene y seguridad en el trabajo, desde una visión que integre las condiciones y medio ambiente de trabajo, la prevención y el seguimiento de las problemáticas de la salud. Ésta fue creada en el año 2008 con la gestión del gobierno socialista.

Nos acercamos a las instituciones que dieron respuestas a una cartilla de servicios de prevención que ofrecíamos desde la Dirección de Autoseguro, se proponía realizar estudios y evaluaciones de los puestos de trabajo para disminuir accidentes y enfermedades profesionales desde la detección de posibles riesgos laborales.

Así, nos convoca la directora del Hospital de Rehabilitación “Dr. Carlos M. Vera Candiotti” ciudad de Santa Fe, el coordinador de la Cocina Centralizada de Santo Tomé y desde el Ministerio de Educación la nutricionista de los Comedores Escolares por la Cocina Centralizada de Granadero Baigorria.

Durante varias semanas en cada lugar recopilamos fotos, filmaciones, encuestas, entrevistas, durante el desempeño laboral de los trabajadores. La información sistematizada y organizada en cd, fotos y filmaciones, se comparte con los y las trabajadoras de cada institución en un encuentro de discusión, donde se analizaron los riesgos derivados de las tareas y los posibles caminos a trabajar. Se estableció un espacio para la discusión y reflexión sobre el proceso de enfermedad del trabajo y sobre las formas de enfrentar las problemáticas personales e institucionales.

Entre los riesgos psicosociales se relevaron, aspectos del medio físico, aspectos de la organización institucional, y del sistema de trabajo, así como la calidad de las relaciones humanas, en cada persona, la problemática se manifiesta variando según las propias percepciones y experiencias personales influyendo en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. Las enfermeras por ejemplo, han reportado la necesidad de mantener dos o tres trabajos para poder sostener a sus familias.

En cuanto a los riesgos ergonómicos más frecuentes encontramos: movilización manual de personas y esfuerzos en general, adopción posturas forzadas, condiciones ambientales y edilicias inadecuadas, mal diseño de herramientas, equipo y mobiliario y la repetitividad de movimientos.

Los resultados de estos estudios han concluido que el conocimiento sobre los riesgos es sólo una de las condiciones necesarias. Otra es participar en el mantenimiento y asesoramiento en los cambios en las instituciones, es decir participar en la elección de las compras de elementos de protección personal, camas regulables en altura, pisos antideslizantes frente a las marmitas, carros de transporte más livianos, etc.. O en el diseño de los cambios edilicios necesarios, que permitan el mejor desempeño de las tareas.

Los tres programas aun están en funcionamiento, dado que el acompañamiento se realiza a través de un monitoreo con representantes de las instituciones, visitas, folletos y cartillas con sugerencias charladas durante los ateneos de capacitación.

Existen factores no visibles para quienes trabajan en una organización, ni tampoco para aquellos que componen las áreas de jefatura y gestión por lo que operan de manera invisible o inconsciente en el ambiente laboral. Uno de los aspectos que dañan la motivación de los trabajadores es la culpabilización de la víctima, otro es “por algo será”, u otra idea es la supervivencia del “más apto”. Con los trabajadores se discutió también el riesgo de depositar todas las responsabilidades de la enfermedad sobre el trabajador sin tener en cuenta los racionamientos en el contexto de las actividades.

El objetivo principal es la promoción de la salud, el sentido, saber y goce de la persona al realizar su tarea, transformando su relación consigo mismo, con su trabajo, los vínculos sociales y su saber cultural, todos ellos estructuran su identidad personal y profesional tornando al trabajador más activo en el proceso que pueden llevar a enfermarlo o accidentarse en el desempeño de sus tareas. La prevención que aquí se expone pasa por la movilización activa de la persona un saber hacer sobre la conducta humana.

La cultura de la seguridad se enfoca hacia dos ámbitos: las personas y su forma de pensar y sentir, y el ambiente laboral: la compleja trama social y la cultura donde las personas se desempeñan. Particularmente observa, detecta e interviene sobre factores organizacionales que afectan la salud y la seguridad ocupacional, tales como el liderazgo, las relaciones sociales, la percepción de riesgo y el sistema de creencias, entre otros factores nunca antes considerados en la administración de la seguridad ocupacional.

Conclusiones:

Como Terapeuta Ocupacional planteo la necesidad de fomentar la justicia ocupacional a partir del desarrollo del cambio de hábitos laborales, tendientes ellos, a la protección de la salud y el bienestar propio y comunitario, buscando la participación de los trabajadores en dichos planes de prevención, brindando además participación a los representantes de las reparticiones públicas donde se llevan a cabo los programas.

Que los trabajadores puedan gestionar las mejoras correspondientes accediendo a vías de comunicación, dando a conocer de lo que les sucede y las condiciones en las que se realizan las actividades.

Bibliografía:

- “Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: ámbito de competencia y proceso”.
- [en línea]. Traducción y adaptación al español: Diciembre de 2005. Se accede en forma gratuita y esta disponible en Internet en:
<http://www.terapiaocupacional.com/GruposTrabajo.shtml>

- KIELHOFNER, G.: Fundamentos conceptuales” de la terapia Ocupacional”. 2006
3ª Edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
- FALZON, P. “Manual de ergonomía”. 2009. 1ª Edición. Madrid. Editorial. Modus Laborandi.
- ROCHA MEDEIROS, Ma. H. “Terapia Ocupacional. Un Enfoque epistemológico y social”. 2008. Ediciones UNL.
- RODRIGUEZ, C. “La cultura de la Prevención”. 2010. Rosario. Borsellino Impresos.
- HOPKINS, H. SMITH, H. Willard & Spackman: “Terapia Ocupacional”. 2005. Buenos aires. Editorial Panamericana.

LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES EN LA ESCUELA PÚBLICA: UNA VISIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Autores: Atala Lotti García (atalagarcia@hotmail.com).

Gilma Correa Coutinho (gilma@ccs.ufes.br)

Braulia Valandro (lulyvalandro@hotmail.com)

Lorena Santos Rola (lolosr_90@hotmail.com)

Veniales Pamela (Pamela_PollyPocket@hotmail.com)

Resumen:

Comprender y describir cómo se da la inclusión de niños con necesidades especiales en la educación regular y cómo pueden contribuir los terapeutas ocupacionales. Este estudio cualitativo se propone describir e identificar las acciones contributivas de la terapeuta ocupacional y su papel en la red. La metodología de investigación utilizada es la investigación de campo basada en el análisis de contenido, con base en las propuestas de Bardin (2002). Tuvo como objetivo investigar cómo la inclusión de niños con necesidades especiales en las escuelas públicas regulares a la luz de las representaciones interactivas y sociales de los niños con necesidades especiales con el medio ambiente que les rodea, teniendo en cuenta tres supuestos básicos de análisis: los conceptos de la educación, el papel de la terapia ocupacional y la inclusión. La investigación se llevó a cabo en la institución de las escuelas primarias del E.S. (Brasil), desde la perspectiva del estudio de caso, teniendo como sujetos de un grupo de niños con necesidades especiales en el proceso de inclusión. El grupo que fue observado (con o sin discapacidad diagnosticada), profesor, director y todo el personal que forman parte del contexto. Con este fin, los datos fueron analizados frente a principales interlocutores de la literatura contemporánea sobre la inclusión y el posible papel de la terapia ocupacional. La investigación mostró una brecha entre lo que se habla de inclusión y lo que se pasa con los actores en el proceso educativo. Además, podríamos ver que hay diferentes acciones en el contexto investigado que, en lugar de incluir, parece provocar la exclusión en el proceso de escolarización. De ahí la importancia de los profesionales de terapia ocupacional se incluirán en la equipo con trabajo con estos niños y su entorno.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, inclusión, educación

INTRODUCCIÓN

De los ideales de la Revolución Francesa, que creó una escuela pública, como el vínculo de la inclusión y movilidad social, en Brasil ha sido un espacio de exclusión - "no sólo las personas con discapacidad, pero los que no entran en la Norma del imaginario de un estudiante "normal". Clases aisladas, a su vez, se convirtió en depósitos reales de todos aquellos que, por una razón u otra no encajan en el sistema escolar "(Glat) ¹.

La integración y la inclusión de las personas con necesidades especiales en la educación general es un tema que se ha debatido durante mucho tiempo, y ahora más que nunca, cuando la (Nueva Ley de Directrices Básicas de Educación) in Brasil se convierte en realidad.

Este concepto de escuela inclusiva se conoció como la Declaración de Salamanca (UNESCO) ³ que dice "¿por qué la educación inclusiva se entiende el proceso de inclusión de personas con necesidades educativas especiales o dificultades de aprendizaje en la red común de la educación en todos los grados" .

De acuerdo con (Glat) ¹ "la segregación social y la marginación de las personas con supuestas deficiencias tienen profundas raíces históricas y su integración escolar no puede ser visto simplemente como una cuestión de orden público porque se trata, sobre todo," el significado de la representación social" y la forma en que el significado determina el tipo de relación establecida con ellos"(p. 17).

A partir de esta declaración, no son las dificultades de los docentes y otros profesionales de la educación para trabajar con estas personas, pero la falta de preparación, aspiración y las dificultades de su entorno escolar propio.

El terapeuta ocupacional y su percepción hacia la inclusión en la educación ve la necesidad de crear soluciones personales y colectivas, porque hay diferentes necesidades entre las personas con discapacidad, diferentes espacios y situaciones.

Las posibles intervenciones del profesional son diversas, como las adaptaciones a los ambientes, equipos y mobiliario.

También ayudan con la construcción de entornos accesibles y cómodos, como rampas, ascensores, tecnologías de asistencia para las diversas dificultades, tales como lápiz espesantes, sujetas libros, proporcionando apoyo a los maestros, la asistencia en la observación de las dificultades de los niños y sus soluciones.

Otra importante contribución del terapeuta ocupacional en el ámbito educativo puede ser un indicio de posibles tratamientos terapéuticos y recomendaciones para el cuidado de la salud y la rehabilitación son necesarias. Además de dar orientación a las familias a los servicios que

proporcionan los equipos de asistencia, tales como aparatos ortopédicos, sillas de ruedas, a menudo necesarias para el desarrollo y la comodidad de sus actividades escolares.

Para la discusión de temas relacionados a la inclusión puede llevar a cabo los grupos, talleres, actividades, entre otros. Estas actividades facilitan la reflexión y el diálogo sobre temas comunes dentro de la institución.

Por lo tanto, este proyecto pretende, a través de observaciones, señalar las dificultades en la inclusión de las necesidades especiales y mostrar cómo un terapeuta ocupacional puede contribuir.

DESARROLLO

METODOLOGÍA

Este estudio cualitativo incluyó a treinta (30) niños, siendo dos (2) niños con necesidades especiales.

Los investigadores

durante las observaciones de los niños trató de comprender todo el contexto de la escuela: la enseñanza, el diseño, estructura, recursos humanos y toda la organización. El profesor hablo sobre el tema y sus opiniones fueron tomadas en cuenta en la discusión. Como todos los relatos de los involucrados: investigadores, profesores, directores y asesores, por lo que obtuviésemos otras narraciones sobre el tema de la educación inclusiva.

Instrumento

Contamos con una guía de observación.

Procedimientos

Los encuentros con los niños con necesidades especiales se llevaron a cabo en el aula y el lugar elegido por los profesores. Los investigadores escucharon también las experiencias de todos atores interesados en el ámbito escolar. Fueron levados in cuenta las observaciones y el registro de experiencias que fortalecen la institución. Se registró la representación de la diferencia y sus percepciones respecto a la presencia de las personas con necesidades especiales. Esto fue posible debido a la coexistencia de uno de los investigadores en el contexto escolar, que nos guía en las cuestiones clave en la investigación.

El análisis de contenido fue con base en las propuestas de Bardin (2002), los criterios específicos relativos a propiciar los datos de la frecuencia, las estructuras temas, entre otros para formaren las categorías.

ESCUELA

La Escuela de la municipalidad es una escuela pequeña, ya que sólo tiene estudiantes de primero a cuarto año en la escuela primaria. Su aportación es más alta que el nivel de la calle, por lo que su acceso es a través de una rampa con pasamanos alrededor. Tiene un pequeño patio de cemento donde los niños juegan y hacen la clase de educación física y un área cubierta donde los niños generalmente se alinean antes de entrar en el salón de clases y actividades en un día lluvioso. Esta área cerrada proporciona acceso directo a la escuela y tiene algunos murales con imágenes de los propios alumnos y algunas obras en exhibición. El interior de la escuela se caracteriza por un amplio corredor, facilitando el acceso a las aulas, y donde hay en las mesas de la mitad y bancos de madera en medidas especiales para los niños. Entre otras hay una pequeña mesa y una fuente con varios grifos, donde los niños deben traer sus propias tazas, y al final del pasillo una cantina, donde la escuela ofrece el almuerzo gratis.

Entre los profesionales se encuentran: profesor especializado en educación inclusiva, el profesor regente responsable por la clase, después de la escuela, pedagoga, administrador y director. No hay terapeuta ocupacional.

Además de las aulas tradicionales, se observó que la escuela también tiene una sala de video, sala de arte, servicios especiales para niños y para los profesores, sala de profesores, oficina y comedor, como se mencionó anteriormente.

Algunas observaciones de los estudiantes de Terapia Ocupacional:

"Estudiante Y es un niño que como la mayoría de la gente, le gusta llamar la atención sobre sí mismo y es muy inquieto. Tuve una sorpresa al verlo descalzo en el primer día de observación, se ríe fuerte, no sé si para llamar mi atención o se han quedado clara mi asombro. "

"En las actividades que requieren movimientos finos y coordinados, me doy cuenta de que el estudiante Z tiene poco control en su coordinación fina, lo que debería ser más estimulado durante las actividades con el profesor acompañante."

"El maestro ayuda al alumno, diferenciando del tratamiento con Z para el resto de los estudiantes, facilitando sus acciones y no habla de sus acciones, que sigue en su error cuando ya podría haber aprendido."

"El maestro empezó a contarme un poco sobre el estudiante Z. Dijo que el muchacho llegó a la escuela sin hablar, con una higiene muy pobre, chupar chupete y tomar una botella como su único recurso para ser alimentado y sin interactuar con otros niños, maestros y personal. "

"El estudiante Y empieza una actividad que demuestra que no han desarrollado su coordinación motora fina, sin embargo sostiene el lápiz con habilidad y muchas veces se dispersa su atención a otros estímulos, pero luego vuelve a la actividad. Teniendo en cuenta también que su postura sentada es correcta. "

"La clase regresa a las aulas y continua realizando la actividad que se hizo anteriormente. Estudiante Z comienza a pintar libremente, pero profesor asistente no permite y muestra su dibujo para que repita. "

DISCUSIÓN

El maestro interfiere a todo el tiempo, junto a estudiantes con necesidades especiales y tiente ayúdale a llevar a cabo sus actividades sin fomentar su independencia.

Los niños con necesidades especiales interactúan muy poco con la clase.

Esta escuela tiene un maestro de educación inclusiva, que es el profesor especializado en educación inclusiva, pero el no participa en todas las acciones de la escuela, no tiene espacio para opinar y discutir con el maestro de educación regular, no coopera en la planificación y ni participa de las reuniones.

Más allá de esto no trabaja con las familias.

CONCLUSIONES

La educación especial se ha establecido como una movilidad de la educación escolar, es una propuesta basada en una adaptación curricular, con el objetivo de introducir y mantener niños con necesidades especiales en escuelas regulares.

A raíz de las observaciones realizadas en las escuelas regulares, pone de relieve la necesidad de un Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la educación y la importancia de la familia en este proceso.

Aunque la acción de este profesional en llevar la máxima independencia para los estudiantes con necesidades especiales. Como ya se ha descrito, los profesionales observados tienen una tendencia a súper proteger a los estudiantes, haciendo más lento el progreso de los mismos.

Un ejemplo es cuando el niño está acompañado en todo momento (en el almuerzo o durante las actividades), que le impedía socializar con los compañeros, tomar decisiones, entre otras situaciones.

El terapeuta ocupacional amplia el campo de visión de todos actores envueltos, ayudando en la estructuración de planes de educación, apoyo familiar, directamente a los estudiantes, en la escuela entre muchas situaciones.

Dado que la familia es el primero y uno de los principales grupos sociales en que vivimos. Aprender de ella, la construcción de nuestra individualidad e independencia. Por lo tanto, es sumamente importante conectar con otras familias que enfrentan o no, los problemas con necesidades especiales.

Los padres deben ser conscientes y movilizados para la participación, apoyo, trabajar juntos, con unidad y consenso. También deben prestar atención en su relación con el niño con necesidades especiales, la súper protección de sus necesidades o la negación de las dificultades, porque esas actitudes no contribuyen al desarrollo de la autonomía personal, que es el principal objetivo que debe lograrse.

La inclusión en el ámbito escolar, como en cualquier otro entorno, no es una tarea sencilla. Es necesario entender que la profesión docente requiere un perfil nuevo basado en el estudio, la reflexión y el desarrollo de habilidades para las prácticas de educación inclusiva.

Podemos decir que el maestro es un agente clave en el proceso de inclusión, pero por sí solo no puede afectar a la construcción de una escuela basada en un diseño inclusivo. Él tiene que ser apoyada, mejorada e integrada con un equipo multidisciplinario que apoye tanto el maestro y las necesidades físicas especiales.

Por lo tanto, es necesario "preparar todo el personal de la educación como un factor clave para la promoción y el progreso de escuelas inclusivas" (UNESCO) ³ Y, sin embargo, 'la prestación de servicios de apoyo es fundamental para el éxito de las políticas de educación inclusiva'(UNESCO) ³ p. 31.

Una das soluciones es el empoderamiento de los involucrados en la enseñanza y el aprendizaje. Las buenas reuniones de profesionales, padres y alumnos, en consecuencia, debe dirigir la relación del sujeto con otros en el proceso de integración escolar. El fortalecimiento de estas reuniones fomenta la necesidad de logro individual y adelante con el grupo, que es al mismo tiempo, el fundamento y el objetivo de la labor de la terapia ocupacional en la inclusión.

Referencias bibliográficas principais

1. GLAT, R.; NOGUEIRA LIMA, M. L. 2002
Políticas Educacionais e a Formação de Professores para a Educação Inclusiva no Brasil. Integração, Brasília. V.14, nº24, p.22-27.

2. ROCHA, E. F.; LUIZ, A.; ZULIZN, M. A. R., 2003. Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 72-8, maio/ago.
3. UNESCO. **Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais**. Brasília: CORDE, 1994/1998.

“La participación social en las Demencias”

Autor: Camino de la Llosa Julieta.

Correo electrónico: jcamino@ineco.org.ar

Resumen:

Los pacientes con Demencia presentan dificultades para desempeñar sus actividades de la vida diaria instrumentales y básicas. Este impacto funcional progresa hacia una dependencia total del individuo para vestirse, alimentarse e higienizarse.

Al inicio de la enfermedad, los problemas más importantes en cuanto a la capacidad funcional son: la pérdida de independencia, falta de iniciativa, y la participación en actividades sociales. Esto trae una consecuente reducción de su calidad de vida.

El departamento de Terapia Ocupacional de INECO, realiza desde hace 4 años, un programa de salidas recreativo-culturales para pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Desarrollo del Trabajo:

El Departamento de Terapia Ocupacional de INECO organiza durante todo el año, un programa de salidas recreativo-culturales para pacientes con Deterioro Cognitivo Progresivo.

Debido a la falta de espacios recreativos y culturales preparados especialmente para personas que presentan Enfermedad de Alzheimer u otras Demencias, se propuso desde Terapia Ocupacional este programa, con el fin de ofrecer una visita guiada a pacientes con esta enfermedad, en estadios temprano e intermedio, en un ambiente de estimulación seguro y adaptado a sus necesidades.

La intervención de Terapia Ocupacional busca promover la salud del paciente, aumentando sus destrezas y competencias en actividades sociales y de esparcimiento de su interés y estimulando la organización y el manejo de la vida diaria.

Los objetivos principales del programa son:

- Brindar un espacio significativo de recreación cultural.
- Incorporar una actividad social a la rutina de los pacientes.
- Mejorar y/o mantener la calidad de vida del paciente, a través de la participación en esta actividad.
- Estimular la socialización e interacción con los pares.
- A nivel familiar: Aliviar a los cuidadores y/o familiares en la atención permanente del individuo, situación que produce altos niveles de estrés

Desde el año 2006 se han realizado visitas al MALBA, MNBA, Teatro Colón, Confitería Ideal, Museo Sivori, Jardín Japonés, Teatro San Martín, Museo Evita, entre otros.

La propuesta surge en el momento en que comienza a funcionar, en la institución, el servicio de Terapia Ocupacional. Se pensó en una alternativa que promueva la participación de los pacientes en actividades dentro de la comunidad, y que refuercen aquello que se estimula en las actividades grupales. Además, se buscó generar un impacto en la sociedad a través de la divulgación de este tipo de actividades, a modo de generar conciencia y brindar educación a la población.

(http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=843242&high=INECO
(http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=945960&high=INECO)

Los pacientes son invitados a través de sus familiares y cuidadores, y en las actividades de estimulación semanal, se refuerzan, a través de la reminiscencia, la evocación de las obras recorridas o el lugar visitado.

Si bien el equipo de Terapistas de INECO contacta a los diferentes lugares, los pacientes participan en la selección, antes de realizar el contacto. Cabe destacar, que los pacientes que participan se encuentran en un estadio moderado de la enfermedad, por lo cual resulta difícil que ellos participen activamente en este proceso.

Los lugares son elegidos teniendo en cuenta la importancia que los pacientes les dan a los lugares, así como la disposición de los museos a tener charlas acerca de cómo abordar a los pacientes durante la visita. Otro factor importante es la accesibilidad del lugar y el tiempo que dura la visita.

La cantidad de pacientes es muy variable. Han participado entre 3 a 18 pacientes, más sus acompañantes. Los terapeutas suelen ser dos por salida.

No se llevan a cabo evaluaciones que tiendan a detectar algún beneficio particular de participar en las salidas. La experiencia ha mostrado que no todos los pacientes concurren siempre (es variable la participación de los mismos). Resulta difícil obtener un seguimiento estructurado en este sentido.

Sin embargo, el programa forma parte de un esquema de actividades que se le ofrecen al paciente con Demencia, en donde se realizan evaluaciones neuropsicológicas y funcionales, de manera general.

Bibliografía:

- 1 Lisbeth Villemoes Sørensen, Frans Boch Waldorf, Gunhild Waldemar. Social participation in home-living patients with mild Alzheimer's disease. Archives of Gerontology and Geriatrics 47 (2008) 291-301
- 2 Valerie C. Crooks, James Lubben, Diana B. Petitti, Deborah Little, and Vicki Chiu. Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women. American Journal of Public Health 2008, Vol 98, No. 7 1221-1227
- 3 Akbaraly, F. Portet, S. Fustinoni, J.-F. Dartigues, S. Artero, O. Rouaud, J. Touchon, K. Ritchie, C. Berr. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly Results from the Three-City Study. Neurology 2009. 73(11) 854-861.

4 R.C. Petersen, J.C. Stevens; M. Ganguli, E.G. Tangalos, J.L. Cummings; and S.T. DeKosky, Practice parameter: Early detection of Dementia: Mild Cognitive Impairment (An evidence-based review) *Neurology* 2001;56;1133-1142

5 Wicklund AH, Johnson N, Rademaker A, Weitner BB, Weintraub S: Profiles of decline in activities of daily living in non-Alzheimer dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007; 21: 8–13.

6 Maud J L Graff, Myrra J M Vernooij-Dassen, Marjolein Thijssen, Joost Dekker, Willibrord H L Hoefnagels, Marcel G M Olde Rikkert. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333; 1196-;

7 Laura N. Gitlin, Walter W. Hauck, Marie P. Dennis, Laraine Winter, Nancy Hodgson, and Sandy Schinfeld. Long-term Effect on Mortality of a Home Intervention that Reduces Functional Difficulties in Older Adults: Results from a Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2009 March; 57(3): 476–481

8 Guy G. Potter, and David C. Steffens. Contribution of Depression to Cognitive Impairment and Dementia in Older Adults. *The Neurologist* 2007; 13: 105–117

9 K. Palmer, A.K. Berger, R. Monastero, B. Winblad, L. Ba'ckman, L. Fratiglioni, Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease *Neurology* 2007. 1596-1602

10 Johnson N, Barion A, Rademaker A, Rehkemper G, Weintraub S: The Activities of Daily Living Questionnaire: a validation study in patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18: 223–230.

11 Varma AR, Snowden JS, Lloyd JJ, Talbot PR, Mann DM, Neary D: Evaluation of the NINCDS-ADRDA criteria in the differentiation of Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66: 184–188.

12 Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community dwelling Spanish older adults. *J Gerontol B Psychol Soc Sci.* 2003; 58: S93–S100.

13 Ezequiel Gleichgerricht, Julieta Camino, María Roca, Teresa Torralva, Facundo Manes. Assessment of Functional Impairment in Dementia with the Spanish Version of the Activities of Daily Living Questionnaire. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009; 28:380–388

Nota:

EL trabajo ha sido presentado en el siguiente congreso:

Conferencia “La Participación Social en las Demencias”

15th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists

Jueves 6 de Mayo 2010. Santiago de Chile.

“La participación social en las Demencias”

Autor: Camino de la Llosa Julieta.

Correo electrónico: jcamino@ineco.org.ar

Resumen:

Los pacientes con Demencia presentan dificultades para desempeñar sus actividades de la vida diaria instrumentales y básicas. Este impacto funcional progresa hacia una dependencia total del individuo para vestirse, alimentarse e higienizarse.

Al inicio de la enfermedad, los problemas más importantes en cuanto a la capacidad funcional son: la pérdida de independencia, falta de iniciativa, y la participación en actividades sociales. Esto trae una consecuente reducción de su calidad de vida.

El departamento de Terapia Ocupacional de INECO, realiza desde hace 4 años, un programa de salidas recreativo-culturales para pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Desarrollo del Trabajo:

El Departamento de Terapia Ocupacional de INECO organiza durante todo el año, un programa de salidas recreativo-culturales para pacientes con Deterioro Cognitivo Progresivo.

Debido a la falta de espacios recreativos y culturales preparados especialmente para personas que presentan Enfermedad de Alzheimer u otras Demencias, se propuso desde Terapia Ocupacional este programa, con el fin de ofrecer una visita guiada a pacientes con esta enfermedad, en estadios temprano e intermedio, en un ambiente de estimulación seguro y adaptado a sus necesidades.

La intervención de Terapia Ocupacional busca promover la salud del paciente, aumentando sus destrezas y competencias en actividades sociales y de esparcimiento de su interés y estimulando la organización y el manejo de la vida diaria.

Los objetivos principales del programa son:

- Brindar un espacio significativo de recreación cultural.
- Incorporar una actividad social a la rutina de los pacientes.
- Mejorar y/o mantener la calidad de vida del paciente, a través de la participación en esta actividad.
- Estimular la socialización e interacción con los pares.
- A nivel familiar: Aliviar a los cuidadores y/o familiares en la atención permanente del individuo, situación que produce altos niveles de estrés

Desde el año 2006 se han realizado visitas al MALBA, MNBA, Teatro Colón, Confitería Ideal, Museo Sivori, Jardín Japonés, Teatro San Martín, Museo Evita, entre otros.

La propuesta surge en el momento en que comienza a funcionar, en la institución, el servicio de Terapia Ocupacional. Se pensó en una alternativa que promueva la participación de los pacientes en actividades dentro de la comunidad, y que refuercen aquello que se estimula en las actividades grupales. Además, se buscó generar un impacto en la sociedad a través de la divulgación de este tipo de actividades, a modo de generar conciencia y brindar educación a la población.

(http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=843242&high=INECO
(http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=945960&high=INECO)

Los pacientes son invitados a través de sus familiares y cuidadores, y en las actividades de estimulación semanal, se refuerzan, a través de la reminiscencia, la evocación de las obras recorridas o el lugar visitado.

Si bien el equipo de Terapistas de INECO contacta a los diferentes lugares, los pacientes participan en la selección, antes de realizar el contacto. Cabe destacar, que los pacientes que participan se encuentran en un estadio moderado de la enfermedad, por lo cual resulta difícil que ellos participen activamente en este proceso.

Los lugares son elegidos teniendo en cuenta la importancia que los pacientes les dan a los lugares, así como la disposición de los museos a tener charlas acerca de cómo abordar a los pacientes durante la visita. Otro factor importante es la accesibilidad del lugar y el tiempo que dura la visita.

La cantidad de pacientes es muy variable. Han participado entre 3 a 18 pacientes, más sus acompañantes. Los terapeutas suelen ser dos por salida.

No se llevan a cabo evaluaciones que tiendan a detectar algún beneficio particular de participar en las salidas. La experiencia ha mostrado que no todos los pacientes concurren siempre (es variable la participación de los mismos). Resulta difícil obtener un seguimiento estructurado en este sentido.

Sin embargo, el programa forma parte de un esquema de actividades que se le ofrecen al paciente con Demencia, en donde se realizan evaluaciones neuropsicológicas y funcionales, de manera general.

Bibliografía:

- 1 Lisbeth Villemoes Sørensen, Frans Boch Waldorf, Gunhild Waldemar. Social participation in home-living patients with mild Alzheimer's disease. Archives of Gerontology and Geriatrics 47 (2008) 291-301
- 2 Valerie C. Crooks, James Lubben, Diana B. Petitti, Deborah Little, and Vicki Chiu. Social Network, Cognitive Function, and Dementia Incidence Among Elderly Women. American Journal of Public Health 2008, Vol 98, No. 7 1221-1227
- 3 Akbaraly, F. Portet, S. Fustinoni, J.-F. Dartigues, S. Artero, O. Rouaud, J. Touchon, K. Ritchie, C. Berr. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly Results from the Three-City Study. Neurology 2009. 73(11) 854-861.

4 R.C. Petersen, J.C. Stevens; M. Ganguli, E.G. Tangalos, J.L. Cummings; and S.T. DeKosky, Practice parameter: Early detection of Dementia: Mild Cognitive Impairment (An evidence-based review) *Neurology* 2001;56;1133-1142

5 Wicklund AH, Johnson N, Rademaker A, Weitner BB, Weintraub S: Profiles of decline in activities of daily living in non-Alzheimer dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007; 21: 8–13.

6 Maud J L Graff, Myrra J M Vernooij-Dassen, Marjolein Thijssen, Joost Dekker, Willibrord H L Hoefnagels, Marcel G M Olde Rikkert. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333; 1196-;

7 Laura N. Gitlin, Walter W. Hauck, Marie P. Dennis, Laraine Winter, Nancy Hodgson, and Sandy Schinfeld. Long-term Effect on Mortality of a Home Intervention that Reduces Functional Difficulties in Older Adults: Results from a Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2009 March; 57(3): 476–481

8 Guy G. Potter, and David C. Steffens. Contribution of Depression to Cognitive Impairment and Dementia in Older Adults. *The Neurologist* 2007; 13: 105–117

9 K. Palmer, A.K. Berger, R. Monastero, B. Winblad, L. Ba'ckman, L. Fratiglioni, Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease *Neurology* 2007. 1596-1602

10 Johnson N, Barion A, Rademaker A, Rehkemper G, Weintraub S: The Activities of Daily Living Questionnaire: a validation study in patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18: 223–230.

11 Varma AR, Snowden JS, Lloyd JJ, Talbot PR, Mann DM, Neary D: Evaluation of the NINCDS-ADRDA criteria in the differentiation of Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66: 184–188.

12 Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community dwelling Spanish older adults. *J Gerontol B Psychol Soc Sci.* 2003; 58: S93–S100.

13 Ezequiel Gleichgerricht, Julieta Camino, María Roca, Teresa Torralva, Facundo Manes. Assessment of Functional Impairment in Dementia with the Spanish Version of the Activities of Daily Living Questionnaire. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009; 28:380–388

Nota:

EL trabajo ha sido presentado en el siguiente congreso:

Conferencia “La Participación Social en las Demencias”

15th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists

Jueves 6 de Mayo 2010. Santiago de Chile.

LA PERCEPCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN AL EMBARAZO COMO RECURSO PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS DESPUÉS DEL PARTO.

Autores:

*Nathacha Barroso Rosa

Correo electrónico: nathachabarroso@hotmail.com

*Ana Claudia Santos Souza

*Mirelle Souza Matos

RESUMEN

El trabajo expuesto presenta una encuesta realizada en el Centro de Coordinación Integrado a la Salud de la Mujer en municipio de Carmo/RJ. El programa referido es ofrecido a las madres y retrata el motivo por el cual los cuadros de depresión después del parto tiene baja fiabilidad o ni siempre son adecuadamente tratados. Debido a estas razones, considera el interés en formular las siguientes preguntas de estudio: Aclarar cómo la intervención de la Terapia Ocupacional en la atención a las mujeres en el prenatal y a las madres con depresión posparto ya diagnosticada. Identificar la demanda de servicios de terapia ocupacional para las mujeres en el período prenatal atendidas por la institución.

El trabajo también muestra el resultado de la encuesta con mujeres que han tenido la depresión posparto, sus sentimientos, miedos, angustias y sobre lo que piensan de un programa de cuidado de la terapia ocupacional desde el prenatal. Los resultados estructurados fueron obtenidos mediante la aplicación de un instrumento estructurado adaptado de la Escala de Edimburgo (EPDS) junto a las mujeres con depresión posparto ya diagnosticada, en un universo de 120 mujeres tratadas en el Centro de Coordinación Integrado a la Salud de la Mujer. A partir del análisis de los datos recogidos por la encuesta realizada, tenemos la intención de mostrar que la Terapia Ocupacional tiene importantes recursos para mujeres embarazadas que tienen como objetivo prevenir la depresión posparto, así como en las madres que ya presentan cuadros depresivos.

INTRODUCCIÓN

El parto constituye un proceso de transición que ponga fin al estado de embarazo y se inicia el período puerperio o posparto. Los cambios hormonales, cambios en la estructura familiar, en la identidad femenina pueden provocar frecuentes los síntomas psiquiátricos después del parto. No sabemos todavía las causas exactas de la depresión posparto. Los estudios muestran que la patología se debe a la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Delante de este hecho, esta encuesta se llevó a cabo en el Centro de Coordinación en Salud Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia en la ciudad de Carmo – RJ. En esta institución fue hecha una encuesta donde los datos fueron obtenidos en respuesta al tipo de atención que estas mujeres reciben durante el prenatal, durante el puerperio, si hay algún seguimiento terapéutico y cómo el programa es ofrecido por el gobierno de ese país. También fue realizada, la aplicación de un instrumento adaptado a la Escala de Edimburgo, semiestructurado en las mujeres con depresión posparto ya diagnosticada, en un universo de 120 mujeres tratadas en la institución. Antes de iniciar la aplicación del instrumento de investigación, fue entregado a la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de Carmo/RJ, un formulario de consentimiento que establece los objetivos de la encuesta y se obtiene permiso para acceder al total requerido durante la investigación. Un formulario de consentimiento y aclaración también ha sido entregado a la coordinadora responsable por la institución. Además de la investigación de campo, se hizo un estudio minucioso de los textos, revisión de la literatura, documentos de investigación, pruebas, encuestas, estudios de casos y sitios relacionados con la maternidad / embarazo / posparto.

DESARROLLO

En La mayoría de las veces, las mujeres embarazadas en Brasil son vistas por las instituciones públicas meramente como vientres y olvidan de su lado emocional, así, muchas sufren de depresión posparto, pero no son tratadas adecuadamente, pues no lo es diagnosticado a la falta de profesional para reconocer y tratar el caso.

Dado el hecho de que no se diagnostican casos de depresión posparto, muchos tienen la enfermedad, pasan por enormes sufrimientos sin saber lo que realmente están sufriendo, así que no hay registros importantes de las mujeres que tienen la patología.

El programa del gobierno del Estado de Rio de Janeiro (PAISMCA) fue implantado en 1998 y el Centro de Coordinación Integrado a la Salud de la Mujer, Niñez y Adolescencia en año de 2005, se le diagnosticó un solo caso de la depresión posparto. El cuadro psíquico solo fue reconocido porque la mujer ya presentaba trastornos psiquiátricos y ella fue remitida a la institución con la finalidad de asistencia.

En esa institución, con el nacimiento del niño, el cuidado es realizado en otra institución integrada y en ese período la mujer contesta a un cuestionario clínico ginecológico. El recién nacido se somete a consultas médicas, exámenes, evaluación del recién nacido, vacunas, etc.

Este es uno de los factores que prueba la importancia del equipo multiprofesional. Si en el período del prenatal, esas mujeres, además de ser tratadas por el equipo central, les fuese ofrecido la Terapia Ocupacional, posibles síntomas de una depresión después del parto, podrían aparecer y así, esos serían trabajos terapéuticos de la Terapia Ocupacional para que se invierta o incluso para tratar de evitar o reducir una posible depresión posparto.

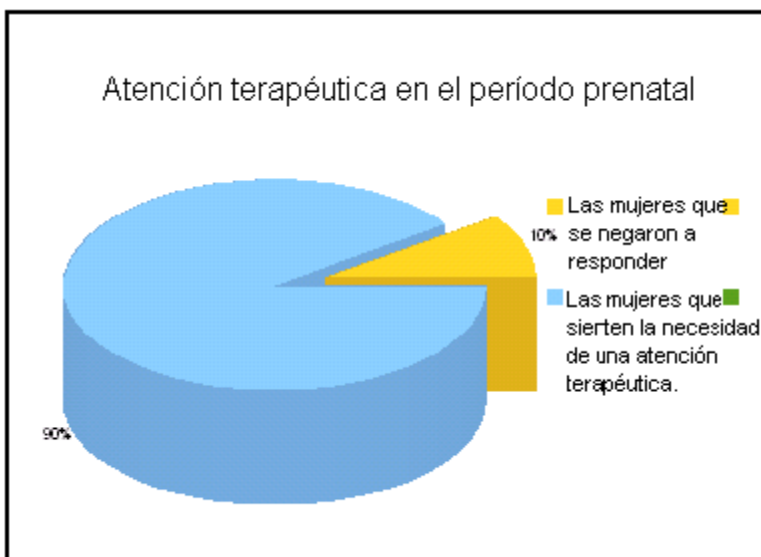
Además del PAISMCA la institución tiene otros programas del gobierno, incluyendo el SISPRENATAL. Actualmente los asisten a 9 profesionales: 2 médicos ginecólogos y obstetras, 2 enfermeros, 1 coordinador del C. C. I.

Salud de la Mujer, Niñez y Adolescencia (jefe de departamento), 2 auxiliares de enfermería, 1 auxiliar administrativo y 1 nutricionista.

ANÁLISIS DE DATOS

La encuesta fue realizada entre julio y agosto de 2009, los resultados estadísticos, tal como se presenta en el Cuadro I, se encontró que el 10% de las mujeres se negaron a responder el instrumento, porque no aceptan que tengan depresión después del parto. El 90% que dijeron que sienten la necesidad de un seguimiento de terapia ocupacional en el período prenatal, ya que es el momento en que están más sensibles. Con la aclaración a respecto de la asistencia de Terapia Ocupacional en el período prenatal, constatamos que la demanda de este servicio existe y tiene una gran contribución para esas mujeres, una vez que muchas de ellas están confundidas, asustadas y necesitan de ayuda. Aproximadamente el 99% de las mujeres que son diagnosticadas con depresión posparto, creen que si hubieran pasado por el acompañamiento de un terapeuta ocupacional desde el prenatal, la depresión posparto podría haber sido más débil o incluso no haber sido constituido la patología.

Cuadro I:



Encuesta de campo: Julio de 2009.

CONCLUSIONES

El embarazo y el parto son acontecimientos estresantes que ellos mismos pueden contribuir a la aparición de depresión, durante este período la mujer es más sensible y muchas veces confusa. Dadas estas circunstancias, la atención terapéutica en el período prenatal tiene gran contribución en la prevención de la depresión posparto y en los casos ya diagnosticados, ya que la Terapia Ocupacional a través de actividades puede promover la mejora de la calidad de vida de estas mujeres. Dado el gran número de mujeres con problemas emocionales después del embarazo, diagnosticado depresión posparto, la formación de un grupo de actividades con mujeres embarazadas en la presencia de un terapeuta ocupacional durante el prenatal, podrá ayudar a identificar, prevenir o mitigar una futura depresión después del parto. El objetivo de un grupo de actividades de terapia ocupacional es el tratamiento y todo lo que ello implica, y los principios que rodean la práctica clínica es lo que tienen un efecto terapéutico.

REFERENCIAS

- ARGERAMI, Valdemar Augusto,2006.”Psicología Hospitalar: Teoría y práctica.” Editora Thomson pioneira, (São Paulo).
- BURROUGHS, Arlene,1995. “Una introducción a la: Enfermería Materna”. Editora artes médicas, (Porto Alegre), **6 ed.**
- CURY, Augusto,2007. “María: la mayor educadora de la historia”. Editora Planeta do Brasil. (São Paulo).
- KAPLAN, Harold I Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack ^a Grebb, 2007. “Compendio de Psiquiatría”. Editora Artmed, (Porto Alegre), **8^a ed.**
- MAGALHÃES, Lílian Vieira. et.al, 2005. “Terapia Ocupacional:Teoría y Práctica”. Editora Papyrus. (Campinas), **3 ed.**

MALDONADO, Maria Tereza,1985. “Psicología del embarazo”. Editora Vozes,(Petrópolis) **7ª ed.**

MINISTERIO DA SAÚDE, 2006. “2006. Manual Técnico: prenatal y atención posparto calificada y Humanizada”. (Brasília).

PSIQUIATRÍA, Asociación Brasileña de. Disponible en: <<http://www.abpbrasil.org.br/>>
Accedido en noviembre de 2008

SANTOS MFS, 1995. “Depresión posparto: Validación de la Escala de Edimburgo en madres de Brasilia[tesis]: (Brasília: Universidade de Brasília).

SOIFER, Raquel,1980. “Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio”. Editora: Artes Médicas,(Porto Alegre).

WINNICOTT, D.W, 1988. “Los Bebés y sus Madres. Colección Psicología y Pedagogía”. Editora Martins Fontes, (São Paulo).

**La práctica pericial del terapeuta
ocupacional en los distintos fueros de la
Justicia**

La práctica pericial del terapeuta ocupacional en los distintos fueros de la Justicia

Autor: Gómez Roberto.

Correo electrónico: topineda@gmail.com

RESUMEN

Varias razones, colaboran para dar en la actualidad estas características al entrecruzamiento entre el ámbito jurídico y el de la ciencia ocupacional : desde el ámbito jurídico, la creciente complejidad de los litigios, las problemáticas ocupacionales que es necesario despejar en las causas judiciales, y una apertura paulatina en el ámbito jurídico a la idea de que la persona no puede ser comprendido únicamente desde la vara de la norma, hacen que cada vez más se demande la intervención de profesionales de la terapia ocupacional formados específicamente en el área forense que aporten como expertos su opinión fundada en determinada litis.

La práctica pericial de terapia Ocupacional en los distintos fueros de la Justicia, tal como se la concibe en la actualidad, constituye un área relativamente nueva como campo delimitado del quehacer de la profesión de terapia ocupacional. Existen escasos peritos registrados con los títulos, habilitaciones y numero de registro correspondientes para desempeñarse para la Suprema Corte de La Provincia De Buenos Aires. En los últimos cinco años existe un sostenido pedido de los jueces para que se realicen peritajes por parte de terapeutas ocupacionales. Tal vez estos datos se desconozcan es por ello que se intentará, socializar la necesidad de capacitación y acreditación para realizar las pericias. Es por ello necesario GESTIONAR aun mas ,los cargos ya que el peritaje se encuentra enmarcado dentro de las incumbencias por la ley de ejercicio profesional 17132

El presente artículo consta de los distintos tipos de pericias, y enuncia generalidades del rol del T.O en forense y su incumbencia en los distintos fueros de la justicia

Presentación

La práctica pericial de terapia Ocupacional en los distintos fueros de la Justicia, tal como se la concibe en la actualidad, constituye un área relativamente nueva como campo delimitado del quehacer de la profesión de terapia ocupacional. (3) Existen escasos peritos registrados con los títulos, habilitaciones y numero de registro correspondientes para desempeñarse para la Suprema Corte de La Provincia De Buenos Aires. En los últimos cinco años hay un sostenido pedido de los jueces de la realización de peritajes por parte de terapeutas ocupacionales. Tal vez estos datos se desconozcan, es por ello que se intentara en la breve trabajo libre, socializar la necesidad de un mayor numero de profesionales de la terapia ocupacional que poseen las acreditaciones para realizar las pericias.(1) Que se encuentra dentro de la incumbencia por la ley de ejercicio profesional 17132

(2) Varias razones, a nuestro juicio, colaboran para dar en la actualidad estas características al entrecruzamiento entre el ámbito jurídico y el de la ciencia ocupacional : desde el ámbito jurídico, la creciente complejidad de los litigios, las problemáticas ocupacionales que es necesario despejar en las causas judiciales, y una apertura paulatina en el ámbito jurídico a la idea de que el persona no puede ser comprendido únicamente desde la vara de la norma, hacen que cada vez más se demande la intervención de profesionales de la terapia ocupacional formados específicamente en el área forense que aporten como expertos su opinión fundada en determinada litis. (7) Desde la perspectiva de la terapia ocupacional, el ámbito forense constituye un área de paulatino interés al posibilitar intervenciones en problemáticas ocupacionales desde una perspectiva que excede la tradicional práctica clínica.

La práctica pericial de terapia ocupacional

El rol del terapeuta ocupacional en el ámbito forense

La inserción en este ámbito es desde el rol de perito.

Perito: docto, experimentado, práctico en una ciencia o arte. Designa al sujeto que poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos o simplemente prácticos, es llamado por la justicia para dictaminar sobre hechos cuya apreciación no puede ser llevada a cabo sino por aquel que, como él, es poseedor de tales nociones muy especializadas.

El profesional que realiza esta tarea es un auxiliar de la justicia. Es un auxiliar porque colabora para que el juez se forme un panorama acabado sobre los hechos en examen, a los que aplicará el derecho vigente.

Tipos de perito:

- **Perito oficial:** es el profesional que trabaja en relación de dependencia con la justicia. Puede desempeñar su labor en la asesoría pericial o en un juzgado
- **Perito de oficio:** para desempeñar este rol el T.O debe inscribirse en las listas que están en las Cámaras de Apelaciones de los diferentes fueros. Su relación con la justicia es un contrato para actuar en determinado juicio, para lo cual es convocado por el juez
- **Perito de parte:** su función está reglamentada en el Código de Procedimientos Penal. Es nombrado por el juez a pedido de alguna de las partes, tiene rol pericial y por lo tanto, obligaciones. De no ser cumplidas se le impondrá una sanción. Presenta informe

El actuar del perito en terapia ocupacional: (4)

Para poder realizar el informe pericial el T.O deberá realizar dos trámites prioritarios:

1) la consulta del expediente judicial 2) el contacto con los puntos de pericia

Los puntos de pericia son las preguntas que debe responder específicamente el perito.

El terapeuta ocupacional recurrirá a: a) entrevistas libres y semi estructuradas b) administración de técnicas de evaluación ocupacional (5)

Todo el material recopilado para la realización del informe ocupacional pericial, deberá ser reservado y quedará a disposición en el caso de que surjan pedidos de aclaración o impugnación por algunas de las partes o el juez.

Informe pericial:

No existen normas estrictas. El perito deberá guardar ciertas formalidades. El encabezamiento debe ser dirigido al Señor Juez y Juzgado correspondiente, consignando la nominación y numeración de la secretaría.

Preámbulo debe contener las razones de la presentación, nombre y apellidos completos del perito y la confirmación de haber aceptado el cargo y dado el cumplimiento a los requisitos legales.

Desde cómo se presenta la persona exteriormente hasta el comportamiento que ésta evidencia durante la prueba, incluyendo los antecedentes de examinado que hagan aportes al tema de la pericia y su estado actual.

Se debe responder a los puntos de pericia que se encuentran consignados en el expediente.

Deben presentarse, tantas copias del informe como partes interesadas haya en el mismo.

Puede suceder que la pericia: sea impugnada por las partes, sea declarada nula, se ordene su desglose, no se considere, se pida ampliación, se pida aclaración de algún punto, se ordene repetirla, se acepte en su totalidad.

La confidencialidad de los datos que recibe el terapeuta ocupacional en las entrevistas constituye una obligación ética y es resguardada legalmente por lo pautado por el secreto profesional.

Lenguaje debe ser preciso y desprovisto de todo tipo de tecnicismos.

Consideraciones finales:

Para realizar peritajes de terapia ocupacional para la Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires los terapeutas ocupacionales deben tener nro. de registro que lo habilita para realizar practicas periciales en lo civil, comercial laboral y penal, la demanda esta requerida pero existen pocos peritos de la profesión con la habilitación e incumbencia pertinente.(6) La presentación de este trabajo lleva la socialización de la información básica para que se pueda GESTIONAR una mayor cantidad de profesionales que se capaciten e inscriban para realizar los peritajes y asumir funciones e incumbencias que están presentes en nuestra ley de ejercicio profesional.

Referencias Bibliográficas:

(1) *ley 17132 / Ejercicio de la medicina Buenos Aires, 24 de enero de 1967 ... ejercicio profesional-médicos-odontólogos-auxiliares de la medicina-*

(2) “Ciencia Ocupacional: Desarrollo de la ciencia y la Practica de la Ocupación a través de una disciplina académica” 2005 Larson-wood –Clark En Terapia Ocupacional. Capitulo II Crepeau – Cohn – Schell. Williard & Spackman.10ma. Edición. Ed. Panamericana. Madrid, España,

(3) “Código procesal civil y Comercial de la Nación” con legislación complementaria 2006 editorial LA ley Impreso en Buenos Aires ACORDADA 27/28

(4) “Manual de Curso de Practica Procesal” En Código procesal civil y Comercial de la Nación con legislación complementaria 2006 editorial LA ley Impreso en Buenos Aires ACORDADA 27/28

(5) “Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación humana teoría & Aplicación” En Cap. 23 “Comunicación y Aplicación” Foresyth-Kielhofner 4º Edición Editorial medican panamericana Impreso en Buenos Aires –Argentina

(6) “Gestión de los Servicios de T.O”_(2011) Brente- Broveman En Terapia ocupacional Crepeau – Cohn – Schell. Williard & Spackman. 11ºEdicion Ed. Medica Panamericana impreso en China

(7) “El modelo de ocupación humana como herramienta conceptual para entender y hacer frente al apartheid ocupacional” 2006. Abelenda Kielhfner Cap 14 En “Terapia Ocupacional Sin Fronteras” Kronenberg-S. Algado editorial. Médica Panamericana Impreso Buenos Aires

La práctica profesional como productora de contextos

Autores: Testoni, Cecilia Rita.

Pradolini, Viviana Albina

Alegre, Luciana Gisela

Correo Electrónico: ceci_testoni@hotmail.com

vivipradolini@hotmail.com

lucianalegre@yahoo.com.ar

Resumen:

El trabajo resulta de un proceso de indagación sobre la práctica de la enseñanza desde el espacio curricular Práctica Profesional II, en la formación de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral, centrado en las intervenciones promocionales y preventivas con población vulnerable y/o vulnerada, niños, adolescentes y adultos mayores, en sistemas o servicios públicos y privados.

En el proceso de enseñanza – aprendizaje la reflexión desde la acción tiende a develar los principios, procedimientos, valores, propósitos de la práctica y los contextos, que entran en tensión, transformándose en situaciones dilemáticas.

Procuramos compartir la problematización de las problemáticas: ¿Cómo producimos el contexto como objeto de estudio? ¿Cómo abordar el contexto de las prácticas desde la perspectiva de la buena enseñanza y la enseñanza comprensiva para potenciar el proceso de aprendizaje de los alumnos?

Se concibe la intervención como un acto socio-político, se presume el protagonismo de la profesión en la construcción y de-construcción de concepciones, sujetos y contextos, y se proponen prácticas de enseñanza – aprendizaje reflexivas, a fin de que los estudiantes puedan comprender e intervenir sobre la realidad de un modo crítico y responsable aportando a la transformación social.

Consideraciones finales: Resulta necesario y relevante producir otros contextos de actuación profesional, junto con otros sectores y representantes, mediante la planificación e implementación de servicios promocionales y preventivos para la población. Asimismo, la

objetivación del conocimiento del contexto abre nuevos problemas: debatir qué formación queremos para nuestros alumnos, cuál es la diversidad tolerable dentro de la cual se quiere formar a los egresados para su inclusión regional, nacional y latinoamericana.

Desarrollo:

La asignatura Práctica Profesional II, instituida desde la creación de la carrera de Terapia Ocupacional (plan de estudios 1986), y actualmente plan Licenciatura en T.O. (plan 1997) de la Universidad Nacional del Litoral, se centra en el abordaje de terapia ocupacional en prevención primaria de la salud, con población vulnerable y/o vulnerada, niños, adolescentes y adultos mayores, en sistemas o servicios públicos y privados.

La práctica profesional en la formación de grado es una propuesta pedagógica donde el estudiante tiene las oportunidades y desafíos para el ensayo del ejercicio del rol profesional, construido desde los conocimientos filosóficos y teóricos, la experiencia clínica y los contextos. Los encuentros docentes – estudiantes se configuran en dos modalidades: supervisión (en grupos de hasta diez alumnos) y plenarios (con la totalidad del grupo, promedio 25 por cuatrimestre). En los mismos, se reflexiona sobre el hacer de los practicantes en los centros (hogares de niños, centros de jubilados, geriátricos, escuelas, casas de tránsito, centros de día, otros), las teorías y procedimientos de la disciplina, los sujetos y contextos. Así podemos identificar diversas problemáticas convergentes y recurrentes en la trayectoria de inserción de la asignatura en diversas organizaciones. Algunas de éstas son:

- ✓ Dilemas entre los principios y el ejercicio de la profesión.
- ✓ Reducción de las incumbencias profesionales en los centros de práctica ligado a una representación social de la profesión, asociada al hacer y a una construcción del rol profesional poco fortalecido.
- ✓ Discrepancias y/u oposición entre los objetivos de intervención profesional y los intereses de las organizaciones.
- ✓ Dificultad para integrar los valores, los principios, los conocimientos teóricos, las demandas y las intervenciones con y en los contextos.

Desde la cátedra, nos empeñamos junto con los alumnos en abordar estas problemáticas desde múltiples análisis, por lo que nos es posible problematizar-las, es decir, problematizar las problemáticas. A su vez, advertimos que la búsqueda de alternativas viables para abordar las mismas, alcanzan un umbral de complejidad y estancamiento, que nos impide avanzar en este sentido. ¿Cuáles son los problemas que subyacen y/o confluyen en estas problematizaciones? ¿Cómo se refuerzan estas problemáticas? El contexto como contenido de enseñanza es enfocado en forma fragmentada, escindido de un conjunto de situaciones socio-históricas y no como un proceso que se construye. Entonces, problematizamos: ¿Cómo producimos el contexto como objeto de estudio? ¿Cómo abordar el contexto de las prácticas desde la perspectiva de la buena enseñanza y la enseñanza comprensiva para potenciar el proceso de aprendizaje de los alumnos?

Nos es posible interpelarnos las formas en que tradicionalmente instrumentamos el análisis del contexto: durante las dos primeras semanas de cursado, el alumno analiza el centro de práctica y produce un informe de Análisis Institucional. Es decir, que el análisis del contexto queda reducido espacial y temporalmente. Pero, si todo el proceso de práctica atraviesa el contexto y viceversa, es necesario abordarlo en todos los momentos, identificando sus componentes, sus dimensiones, sus características, en conjunción con la perspectiva de la asignatura.

¿Qué sostenemos desde la asignatura? La intervención es en sí misma un acto socio-político. Las tensiones que surgen en las instituciones cuando un profesional y/ o alumno tiende a reflexionar desde la acción (cuestiona las tareas en su sentido, las teorías en acción que aportan a la misma y los procedimientos habituales) aumenta la burocratización. Esta reflexión puede cuestionar los elementos de la estructura organizativa, pues deja al descubierto no solo los supuestos, las técnicas, sino también los valores y propósitos que forman parte del conocimiento organizativo. Por ejemplo, el hogar transitorio con misión de formación y protección de los derechos de los niños, con sus normativas punitivas tienden a resistir al desarrollo de la autonomía, la creatividad, la responsabilidad, entre otros; en numerosas ocasiones se observa en las residencias geriátricas que, bajo las argumentaciones de brindar numerosos servicios junto con las familias en procura máxima cobertura de asistencia, generan condiciones discapacitantes en los viejos.

Entendemos que el rol docente es guiar a los alumnos para que puedan reflexionar críticamente, comprender los contextos y su práctica en éstos, tomar postura y argumentar, desarrollar competencias y responsabilizarse.

Según Schön¹: “Hay zonas indeterminadas de la práctica – tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores –que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. Cuando una solución problemática es incierta, la solución técnica del problema depende de la construcción previa de un problema bien definido – lo que en sí mismo no es una tarea técnica.” Desde esta afirmación podemos pensar ¿cómo nos es posible trabajar el contexto?

Mirando las dos décadas de existencia de este espacio curricular, la terapia ocupacional ha participado en la construcción y de-construcción de las concepciones, modos de intervención, denominaciones y configuraciones de los sujetos y objetos de conocimiento, como la niñez, la adolescencia, la vejez, la familia, los modelos socio-económicos (globalización, neoliberalismo), el rol del estado, las políticas públicas, la universidad, la profesión, el ejercicio de la ciudadanía, integración versus exclusión social, del patronato de menores a la ley de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, de la población carenciada a la población en situación de desfavorecimiento social, de la funcionalidad a la participación ocupacional, entre otros, que se conjugan en los modos de vida de las poblaciones.

Consideraciones finales:

Si categorizamos “contexto” integrado al análisis de los problemas a resolver y sus alternativas, podemos inferir propuestas más factibles, pertinentes y eficaces. Para esto es necesario configurar otros contextos posibles de actuación profesional desde la perspectiva de la salud, abriendo a debate los criterios para la selección de los centros de prácticas. Proyectar la articulación y diálogo con organismos públicos, el diseño, programación e implementación de servicios promocionales y preventivos de tal modo que generen contextos de participación, aprendizaje, de vida más saludables y garantes de derechos.

Creemos que la acción-reflexión sobre el contexto produce conocimiento, el desafío será transformar esta acción bajo el método científico, con el propósito de promover la formación

¹ Schön, D. 1998. “El Profesional Reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan”. 1ª ed. Paidós: (Barcelona, España). I-20.

de profesionales y actores sociales reflexivos y comprometidos con la realidad y su transformación. Este trabajo podría resultar un aporte para otro principal problema a develar: ¿Qué formación queremos para los futuros Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral? ¿Cuál es la diversidad tolerable dentro de la cual se quiere formar al egresado para que se incluya en un contexto regional, nacional, latinoamericano?

Referencias bibliográficas:

Britos M., Ugalde M, Baudino S. 2002. “Método y Juego. Experiencia de trabajo intelectual”. Ed. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de Entre Ríos. (Paraná Entre Ríos).

Camillioni A. y otros. 2001. “Corrientes didácticas contemporáneas”. Ed Paidós. (Buenos Aires).IV, 91-112.

Guajardo A. 2009. “Desafíos Actuales del campo de Terapia Ocupacional. Reflexiones sobre el presente y futuro de las prácticas y teorías en contextos sociales y comunitarios”. Conferencia dictada en Facultad de Psicología –UBA. (Buenos Aires).

Pérez Soto C., 2009. “Sobre la Condición Social de la Psicología”. Ed LOM (Santiago de Chile) III.45-62.

Schön, D. 1998. “El Profesional Reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan”. 1ª ed. Paidós: (Barcelona, España). I-II-17-48.

FMDESATE...LA RADIO EN EL HOSPITAL MOYANO.

Autor: Silvia Maltz.

SILVIAMALTZ@HOTMAIL.COM

Resumen:

LA RADIO:fmdesate en el hospital moyano.

Objetivo : Demostrar que la Comunicación y la salud mental conforman un cruce indisoluble, no es uno sin el otro-

Tomar la palabra en un espacio radial aloja al sujeto y en su producción subjetiva y colectivamente se crean valores, creencias, significados compartidos, hábitos etc. doble juego de relaciones interpersonales como transmisor y oyentes

Desarrollo. Fmdesate está conformada por un grupo de mujeres internadas y externadas que se desempeñan como comunicadores de salud, objetivo que cobra sentido y función social a su hacer cultural.

Resultados :fmdesate ,la radio del Hospital Moyano ha logrado traspasar el marco hospitalario para ser escuchada en la comunidad a través de otras radios que solidariamente prestan su espacio y desde su transmisión on- line desde www.fmdesate.org como así también en la Radio Pública.

Desarrollo del trabajo

Ha comenzado a transcurrir su tercer año de existencia de la radio Fmdesate, integrada por pacientes internadas y externadas.

¿A qué alude el nombre Desate? A desatar prejuicios en relación a la locura, a desatar la imaginación, los anhelos y todo lo que “obtura” la posibilidad de crear nuevos sentidos.

El nombre fue elegido por quienes, en ese tiempo, concurrían a construir la radio. Previamente, todos aquellos que querían aportar un nombre colocaron su propuesta en urnas distribuidas en varios lugares del hospital...

La radio, rompe con la desidia, el abandono, el aplanamiento afectivo, la mirada perdida y, a veces, transforma esas voces que suelen irrumpir maliciosamente en algunas personas, en un encuentro entre el hablante y el oyente necesariamente se fue instalando en el mismo proceso de construcción radial y sus mensajes en la pag web dan sustento y destino a los contenidos radiales.

En la posibilidad de encontrar en sus sentimientos, impresiones, pensamientos se crea un programa llamado “Radio poemas” o, como se dice en la locución, poemas hechos radio.

La exploración de la noticia, el impacto de la misma, la necesidad de opinar, hacen posible traspasar los muros para leer la actualidad. Palabras que cobran sentido y responsabilidad

Mujeres en radio, hacedoras de la cultura, en tanto esta da cuenta de todas las prácticas humanas.

Sus efectos terapéuticos y sociales se traducen en un encuentro de trabajo donde, justamente, hay radio si hay comunicadoras y, como dice Susana, una de ellas, **“si la radio enmudece, no es una radio”**.

La devolución que proviene de lo social incrementa en ellas el interés y la satisfacción por el dispositivo, satisfacción de encontrarse, afecto que circula entre las participantes, y desde ellas para con los otros.

Visitas que se reciben, invitaciones que se aceptan, concurrencia a diferentes eventos culturales, participación en congresos:

Congreso de Derechos Humanos y Salud Mental,

Festival Nacional simultáneo de Arte y Salud Mental,

Festival y Congreso de artistas psiquiátricos, realizado en la ciudad de Mar del Plata.

Otras escenas son posibles fuera del hospital: una plaza pública en la ciudad de Mar del Plata, escenarios en diferentes teatros como el Roxy, en la misma ciudad, o el Centro Cultural San Martín, en Buenos Aires.

La radio, un lugar donde se recobra identidad; mujeres donde dejan la Historia clínica por un rato para vestirse de comunicadoras.

En su afán de multiplicar la radio no deja de singularizar.

Es un espacio donde el recuerdo se encarrila en su historia, dando lugar a la creación de otro programa, por ejemplo “Bocaditos de vida”, trozos significativos de su historia que desean compartir y resaltar, por los diferentes efectos y afectos que ellos producen.

Comunicadoras sociales en salud, así se denominan, con el claro objetivo de mitigar prejuicios en relación con la locura. Donde se cree que se escuchará el sinsentido, descubren a la poeta, a la mujer crítica, pensante, a Julia, Susana, Graciela, Alba, Cristina, Betty, y así podríamos nombrar a muchísimas personas que han concurrido a la radio en estos años para pasar un momento, para quedarse un tiempo, para irse y volver, si así lo desean, para permanecer aún.

Es observable cómo su inclusión incrementa autonomía, iniciativa, interés social.

La radio les exige, en cierta medida, estar atentas a situaciones del medio social, que luego les darán letra a sus contenidos.

.Toda esta actividad les impone cierto grado de concentración en la tarea y una responsabilidad que se traduce en transmitir lo más claramente posible.

Esto significa, entre otras cosas, que deben escucharse entre ellas, no interrumpir al compañero, esperar que un comunicador finalice para que, levantando la mano, quien dirige el programa les dé la palabra.

Solo hay una condición para concurrir al taller y es, simple y complejamente, su INTERÉS en participar.

Quisiera señalar aspectos de la Ley 448 de Salud Mental de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y otros aspectos que avalan la fundamentación arriba expresada.

1) La comunicación como cultura (Art. 2, Inc. C)

La comunicación como instrumento de “consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención (Art. 3, Inc. E).

La comunicación como herramienta de rehabilitación y facilitación de la reinserción familiar, laboral y comunitaria (Art. 3, Inc. J).

Interés que se basa en uno de los objetivos que se ha propuesto Fmdesate, como dicen en su artística las comunicadoras: “mujeres que se proponen difundir y propiciar salud mental.

Salud mental, concepto polisémico, cruzado por múltiples variables, que compromete al Estado en garantizar trabajo, salud, educación, vivienda, único camino para desterrar el encierro injustificado y recobrar la condición de sujetos de derecho.

Desesperanza, insania, carencia que no piensa, sino, más bien, mortifica, trascienden lo médico y abarcan ideología, economía y política, asociadas totalmente al concepto de salud y, cuando decimos salud mental, decimos reivindicaciones inobjtables para la condición humana.

2) “Luis Parente, integrante ya fallecido del Frente de Artistas del Borda, siempre decía: “... el hospital es como una boca grande que te traga”.

Una cosa es concurrir al hospital a tratar su padecer, a internarse, si es necesario, y otra muy distinta es vivir en él o transcurrir muchos años de la vida, lo que se justifica solamente por condiciones sociales y no clínicas. Cuando esto sucede, convive en él la moral manicomial.

3) “La institución psiquiátrica recluta, forma y disciplina gente que encarna un ideal de salud domesticada, una lógica que suministra premios y castigos, una razón que redime o expulsa”.

Terapia Ocupacional, que cuenta con el aporte de múltiples empréstitos científicos, se nutre en la radio de los aportes de la comunicación social.

Psicólogos, comunicadores, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales participan desde cada discurso sumando creatividad e intervenciones diversas, enriqueciendo la mirada, no sin la tensión que implica el abandono del poder que se sustenta en el saber disciplinario.

Justamente, al renunciar a ese narcisismo, la mirada está puesta en la radio, como aquel objeto en el que confluyen los unos y los otros, dando lugar a un NOSOTROS, convocándolos a USTEDES, para agradecer este espacio de escucha y reflexión.

BIBLIOGRAFIA

1) Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, reglamentada 26/4/2004 decreto 635/004 (Art. 2, Inc. C (Art. 3, Inc. E). (Art. 3, Inc. J).

2) Sava, Alberto, compilador Arte y Desmanicomialización, Ediciones Artes Escénicas, pág. 32.

3) Percia, Marcelo, 2004. “Deliberar las psicosis”, primera edición, Lugar, Buenos Aires, pág. 9.

La Terapia Ocupacional como carrera universitaria: una reflexión comparativa

Autor: Mg. En Antropología Cultural Peter van Aert, Lic. En TO Ana Cora Testa

Email: pvaert@unq.edu.ar, atesta@unq.edu.ar

Resumen:

Partiendo de un análisis comparativo, nos proponemos reflexionar acerca del lugar que ocupa la carrera de Terapia Ocupacional dentro del ámbito académico en la Argentina, en relación a los Estados Unidos y a Holanda; y a partir de allí nos permitimos establecer una relación entre dicho lugar y las posibilidades de profundizar la inclusión de los Terapistas Ocupacionales en espacios de formación de postgrados y de investigación, que permitan aumentar la producción de generación de conocimiento local, tal como observamos se viene dando en los últimos años.-

La Terapia Ocupacional como carrera universitaria: una reflexión comparativa

Este trabajo fue elaborado con la intención de reflexionar sobre el lugar que ocupa la Terapia Ocupacional como carrera en el sistema académico Argentino.

Consideramos que la Terapia Ocupacional como carrera académica responde a dinámicas, lógicas y exigencias diferentes que la Terapia Ocupacional como profesión. Que ambas caras de la misma moneda que podría llamarse *disciplina*, se deben reforzar mutuamente. No solo formamos en nuestro espacio académico a los profesionales, sino que consideramos que la experiencia profesional se debe nutrir de los contenidos de nuestros programas educativos para poder responder a la realidad dinámica y transformadora en la que trabajamos. Los argumentos aquí contruidos combinan una mirada externa y comparativa con otra introspectiva e histórica, provenientes del origen y profesiones de los autores: un antropólogo holandés y una terapeuta ocupacional argentina.

Basta leer solo algunas definiciones de la profesión de Terapia ocupacional, para entender que esta profesión de carácter dialéctica, se encuentra ubicada en el cruce entre una realidad social y otra médica, entre el cuerpo y la mente, la naturaleza y la cultura. “La medicina” decía Elizabeth Yerxa (1990:8), “se dedica a preservar la vida; la Terapia Ocupacional se dedica a la cualidad de la vida preservada”.

Justamente esta diferencia evidencia que la Terapia Ocupacional como disciplina, se nutre de diferentes campos. Aboga por un abordaje holístico de problemáticas socio-sanitarias, en la cual el diagnóstico médico, el método del profesional (en función de un modelo teórico determinado), el material biográfico (entre ellos la historia ocupacional) de la persona involucrada y el contexto social particular (económico, político, cultural e histórico) intervienen simultánea y dialécticamente sobre el caso. Poniendo en jaque así una percepción unilateral, mecanicista, medicinista e incluso científicista de la profesión.

Consideramos que dicha realidad nos confronta con una pregunta: ¿cómo podemos organizar nuestro espacio formativo para que los futuros profesionales puedan operar adecuadamente en un campo de trabajo tan complejo y diverso? Existen en la práctica varias estructuras formativas a nivel mundial. Analizarlas solo superficialmente nos enseña mucho acerca de la posición de la carrera de Terapia Ocupacional en la Argentina. Tomamos como ejemplo los casos de Holanda y Estados Unidos.

Algunas fuentes consultadas revelan que la Terapia Ocupacional en Estados Unidos está cerca de cumplir su primer centenario. Hoy en dicho país, cientos de universidades y *colleges* ofrecen la carrera de grado (*undergraduate*) de Terapia Ocupacional, perteneciendo la misma a la esfera académica en general. Factor que ha impulsado fuertemente el desarrollo de la carrera en dicho país ha sido la creación, en 1989, de una ciencia *básica*, La Ciencia de la Ocupación, justamente por Yerxa anteriormente mencionada. Dicha ciencia ha abierto un gran espacio de investigación del cual la carrera de Terapia Ocupacional se nutre continuamente, agregando nuevos conocimientos a las ofertas curriculares. Esta nueva disciplina, sin duda, también ha impulsado la creación de los primeros programas doctorales en Terapia Ocupacional en los años 90. Hoy, según la página gradschool.com, sólo Estados Unidos ofrece 171 Maestrías en Terapia Ocupacional y 34 Doctorados.

El sistema holandés distingue dos diferentes formaciones superiores ubicadas en instituciones separadas. Las llamadas Hogescholen (*escuelas altas* literalmente traducidas y autodenominados en Inglés “Universidades de ciencias aplicadas”) que ofrecen programas orientados hacia profesiones, y las Universidades que, en cambio, ofrecen los conocimientos básicos de disciplinas académicas. De modo que los estudiantes de las escuelas altas se reciben como Bachelor Profesional, y los de las universidades como Bachelor Académico.

Ambos grados permiten acceder a Maestrías, mientras sólo se accede a los programas de Doctorado al terminar una Maestría. La carrera de Terapia Ocupacional se ofrece en cuatro *Escuelas Altas*, por lo que no integra la red universitaria de dicho país aunque, como se dijo, no dejan de ser carreras de grado. Al separar físicamente las así llamadas ciencias aplicadas de las básicas, se generan dos espacios formativos de alto nivel con diferentes fines. Las Universidades ofrecen una formación más teórica, dirigida hacia la construcción de conocimiento, mientras que las Escuelas Altas ofrecen programas en virtud de la formación de profesionales.

Si comparamos la carrera de Terapia Ocupacional en la Argentina, con el panorama recién descrito, podemos encontrar similitudes y diferencias con ambos ejemplos, lo cual evidencia una situación que nos interesa plantear.

Al igual que en la estructura estadounidense, la carrera de Terapia Ocupacional en la Argentina pertenece a la esfera académica. El sistema educativo de nivel superior en Argentina no separa las universidades que generan conocimiento de las que forman profesionales (la polémica dicotomía ciencia aplicada- ciencia básica), al menos no como estructuras separadas, todas forman parte de la misma infraestructura académica. Ahora bien, en cuanto al contenido de la carrera de Terapia Ocupacional, hoy en día, podemos visualizar más paralelos con el sistema holandés, ya que sigue siendo una carrera mayoritariamente centrada en la formación profesional, cuyos contenidos teóricos provienen en gran parte de laboratorios intelectuales lejos de aquí, aunque se evidencian en los últimos años producciones locales y latinoamericanas que responden al contexto en el que nos hallamos insertos.

Aquí es donde llegamos al centro de nuestro argumento. En Argentina, durante los últimos veinte años, la Terapia Ocupacional ha logrado consolidarse como carrera de Grado. Nuestro país cuenta actualmente con una amplia oferta académica de grado. Ahora parece haber llegado el momento de iniciar un proceso que podría llamarse de *independización*, que consiste, a nuestro parecer, en fortalecer la generación de conocimientos genuinos y orientaciones formativas hacia problemáticas más bien locales. Gracias al desarrollo de los últimos años podemos afirmar que se ha iniciado un proceso hacia la consolidación de la Terapia Ocupacional como disciplina. Lo que significa, por un lado la formación de posgraduados en Terapia Ocupacional para optimizar nuestra oferta curricular; y por el otro,

directamente relacionado con el primer requisito, la generación de nuevos conocimientos provenientes de investigaciones dirigidas hacia problemáticas afines a nuestra profesión.

Hoy, tanto la Argentina como países cercanos, representan una experiencia empírica y un capital humano inacabables respecto a nuestra profesión y otras afines. Dichos recursos merecen ser capitalizados para avanzar en el entendimiento de las problemáticas con las que trabajamos, e integrar los conocimientos genuinos sobre dichas problemáticas en nuestros planes de estudio. El paso lógico a dar sería entonces, para efectivamente poner en la práctica el mutuo fortalecimiento entre la profesión y la formación mencionado arriba, el hecho de reciclar nuestras experiencias y conocimientos para profundizar nuestros espacios educativos consolidados durante las últimas décadas.

Si recordamos, como se dijo al iniciar este trabajo, que la Terapia Ocupacional articula saberes de diferentes áreas de conocimientos que se relacionan con nuestro propio universo socio-sanitario, sabemos que la investigación y los programas de posgrado son los ingredientes necesarios para que nuestra carrera y nuestra profesión orbiten en un espacio singular que posibilite su mutuo fortalecimiento. Se debe, y se merece.

Bibliografía

- Yerxa, E., Johnson, J., (1990). "Occupational Science: the foundation for new models of practice". Haworth Press, Nueva York (EE.UU.)

Otras Fuentes

- www.gradschool.com: <http://www.gradschools.com/search-programs/occupational-therapy/masters>

La terapia ocupacional más allá del diagnóstico médico. Una reflexión acerca de nuestro rol y el lugar desde donde lo ejercemos

Autor: Lic. En TO Ana Cora Testa.

Email: atesta@unq.edu.ar

Resumen:

La autora se permite realizar una reflexión acerca del lugar que ocupa el diagnóstico en las intervenciones que realizamos como Terapistas Ocupacionales; partiendo de su propia experiencia profesional, relacionada más bien con el área laboral, o sea con las actividades productivas del hombre, y con el ejercicio de la docencia universitario en un espacio académico propio de la Terapia Ocupacional, como es la Universidad Nacional de Quilmes.-

Con éste trabajo me propongo realizar un recorrido a lo largo de mi experiencia profesional en el campo laboral de la Terapia Ocupacional, y desde ahí establecer algún correlato con el lugar que considero fue ocupando el diagnóstico médico de las personas destinatarias de mis intervenciones, a lo largo de dicho recorrido.

Ha sido la ACTIVIDAD PRODUCTIVA del hombre el objeto de mi interés desde que he iniciado mi actividad profesional, *allá largo y hace tiempo.....*; entendiendo como actividad productiva al trabajo, que incluye la producción de arte, ideas, conocimiento, ayuda, información, protección, etc. (Simón Algado, 2008).-

Inicialmente parecía que solo podía insertarme en ámbitos relacionados con la discapacidad, recibí una formación profesional en la que el modelo médico hegemónico era el que primaba, sino hay ENFERMEDAD no hay necesidad de TO, parecía decirme; o por lo menos eran los resultados que arrojaban mis búsquedas laborales, fue en ese momento donde empezó a surgir en mi un interrogante: *es la TO una disciplina que solo interviene en la vida de las personas cuando, muchas veces, antes que el nombre de las mismas viene su diagnóstico médico...??-*

No lo sabía, pero que así fuera era algo que al menos me parecía un reduccionismo.-

Y bueno..., con interrogante y todo hacia allí fui, trabajé en distintos ámbitos institucionales, como Centros de Formación Laboral, Talleres Protegidos de Producción (TPP), Centros de Día y Hogares de Día, entre otras instituciones.-

Recuerdo que cuando me interrogaban sobre que significaba la Terapia Ocupacional, yo inmediatamente apelada al discurso de que la TO era una carrera de las consideradas paramédicas, como intentando acercarlo no solo a lo muy conocido como es la medicina sino estableciendo una relación directa entre dicha disciplina y la nuestra. Podría haber mencionado que era una carrera humanista, o de las ciencias sociales, pero no...indudablemente “lo médico” primaba.-

Y me preguntaba...*Podría yo como Terapeuta Ocupacional, en ésta temática tan apasionante como es el trabajo, intervenir sin que el diagnóstico médico “tapara” a la persona, y por ende se volviera el centro de mi intervención?* Sentía que era un gran desafío... pero hacia allí me interesa ir.-

Al decir de Simón Algado¹:”... **En las dos últimas décadas se ha recuperado para la Terapia Ocupacional el valor de la ocupación, que durante la época mecanicista se había menoscabado. El nuevo paradigma redescubre su valor central para la vida. La ocupación posee un valor intrínseco para las personas. Las ocupaciones conectan a la gente con la vida, desarrollan su potencial humano, su iniciativa personal y le permiten relacionarse con el mundo.**”

Me hago eco de los dichos de Simón Algado en relación a la época mecanicista, ya que sospecho que es de la mano de dicho paradigma que los TO le dimos al diagnóstico médico de las personas, objeto de nuestras intervenciones, un lugar primordial. Considero que el paradigma mecanicista menoscabó nuestro “hacer”, que si le otorgamos a la ocupación el verdadero espacio, el verdadero lugar en la profesión, podremos quizá ir consolidando una profesión, seria, útil y respetada por el resto del espectro profesional. Comencé a sentirme más cerca de la Terapia Ocupacional que Polatajko (1994) denominó “una disciplina centrada en la ocupación”.-

Y siguiendo mi recorrido profesional comencé a acercarme profesionalmente a otra problemática dentro del trabajo que comenzaba a interesarme, que es la de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, dentro de la misma comencé a intervenir en procesos de recalificación laboral.

El trabajo de los Terapeutas Ocupacionales en lo que se llama Recalificación Laboral, implica no solo evaluar a las personas que han sufrido dichas dolencias, sino conocer in situ los puestos de trabajo de las mismas, entonces empecé a interactuar con profesionales

del ámbito de la Higiene y Seguridad Industrial, con Ingenieros, con técnicos de empresas, con empresas con intereses económicos, mas allá del trabajo, en fin...con otro mundo...ya no era el equipo interdisciplinario de la institución de discapacitados, ahora mi ámbito de trabajo profesional era el mundo de las empresas, sus numerosos trabajadores, los distintos puestos de trabajo y los intereses en pugna entre todas éstas partes, parecía interesante, lo es aún.-

Partir del análisis de los determinantes sociales en salud implica que los profesionales y en este caso los terapeutas ocupacionales seamos partícipes de entender, comprender los problemas de salud de una población, los cuales se expresan en las interacción entre el modo, las condiciones y el estilo de vida, y las respuestas sociales organizadas en salud y bienestar. Es decir, se deben interpretar desde el dominio general en el contexto social, político, en el dominio particular del grupo poblacional específico y en el dominio individual de las personas y grupos familiares (Solangel García Ruiz)ⁱⁱ.

Y fue a partir del trabajo en recalificación laboral, cuando comenzó a entrar en juego otro componente en mis intervenciones desde Terapia Ocupacional, que es *el contexto socio-político* en el cual se encontraban esos trabajadores. También en éste ámbito de trabajo parecía difícil despegarse del diagnóstico médico, que siempre acompañaba y acompaña al nombre de la persona. Me propuse intentar correrlo de escena y más bien “traer a escena” al ámbito social, y de esa forma conocer la historia laboral de la persona, y ya no paciente, sus intereses, sus necesidades e intentar desde ese lugar, el de su historia vincular con sus actividades productivas, realizar un aporte que resignifique su cotidianeidad, o un pedacito de ella, aquella parte del día en la que los seres humanos sentimos que transcendemos, que somos “alguien” y que nuestro aporte modifica algo, como podría ser el momento en el que ejercemos el rol de TRABAJADOR.

Un poco más adelante en mi vida profesional comencé mi actividad como docente universitaria, acompañando a los alumnos a formarse en el área laboral dentro de la TO, y es en ese momento sobre todo cuando el interrogante aumentó, se hizo grande, con todo lo que esto significa, ocupaba más lugar, pero al mismo tiempo también recuperaba más visibilidad. Y la misma cuestión en relación al lugar del diagnóstico médico se fue volviendo un poco el “eje” de mis clases, en el transmitir conocimiento; y se volvió un reto para mi intentar que los alumnos, ya en su etapa final de formación, pudieran realizar observaciones, propuestas de intervención y quizá alguna intervención propiamente dicha, “mas allá” de diagnóstico médico y “más acá” de la historia vincular de esa persona con las ocupaciones.-

Aunque creo que continuaré toda mi vida profesional girando alrededor de éste interrogante inicial, ya que me inquieta y por ende me pone en acción al mismo tiempo, estoy convencida que nuestra intervención profesional como Terapistas Ocupacionales, tanto en el ámbito profesional como en el académico, debe realizarse donde haya una persona con dificultades para relacionarse con las ocupaciones y no donde haya solo “un paciente” con un diagnóstico médico determinado. Y desde una concepción teórica que nos abarque, no ya solo importando conocimiento, sino produciendo al propio.-

-
- ⁱ Simo Algado, Salvador, (Enero de 2008). “Una Universidad donde confluyen la educación, la investigación y la ciudadanía”. PROGRAMA DE DOCTORADO *EDUCACIÓN INCLUSIVA I ATENCIÓN SOCIOEDUCATIVA AL LLARG DEL CICLE VITAL*-Bienio 2005-2007-Trabajo de Investigación para la obtención del título de Diploma de Estudios Avanzados-*Universitat de Vic*.-
 - ⁱⁱ García Ruiz, Solangel. (2007) “El terapeuta Ocupacional como gestor social de la calidad de vida de la población”. Secretaria de Salud distrital de Bogotá, Colombia.-

Bibliografía

- Kielhofner, Gary. “Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional”- 3ra. Edición.-

LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL USO DE LA TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA CON DEFICIENTES VISUALES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Nobre, Maria Inês Rubo de Souza;

Azevedo, Tássia Lopes;

Montilha, Rita de Cássia Ietto

correo electrónico: inesrsnobre@hotmail.com

RESUMEN

El proceso de rehabilitación visual se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario teniendo el terapeuta ocupacional el objetivo de promover la autonomía y la independencia de las personas con discapacidad. En este proceso se utilizan los recursos de tecnología de asistencia. La tecnología de asistencia abarca una amplia gama de equipos, servicios, estrategias y prácticas. Entre ellos se encuentran los recursos de tecnología óptica, no ópticos, electrónico y de informática. El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento y uso de tecnologías de asistencia y aumentar el interés de los discapacitados visuales para utilización de las mismas en el ámbito escolar. Se realizó un levantamiento de datos por medio de un cuestionario semi estructurado, que consiste en preguntas cualitativas y cuantitativas y experiencias con los recursos tecnológicos de asistencia. La muestra fue compuesta por 33 deficientes visuales siendo en su mayoría del sexo femenino (60%). La edad media de los sujetos era de 14 años. Con respecto al conocimiento de las tecnologías de asistencia: 70% de los sujetos declararon no conocer el uso y la importancia de estas tecnologías. En cuanto al interés de los estudiantes en el uso de los recursos de la tecnología de asistencia en las actividades escolares, después de la experiencia, se observó que (22%) tenía interés en utilizar el plano inclinado, seguido por el uso de las pautas, y fuentes ampliadas (19%), el sistema Braille regla móvil (15%). Se concluye la necesidad del uso de la tecnología de asistencia, tan pronto como sea posible con los deficientes visuales en la escuela para que desarrollen su potencial, superando las limitaciones de su discapacidad. Con la experiencia y la presentación de los recursos tecnológicos, se mostró interés de los estudiantes en el uso de estos recursos en las actividades escolares y en la vida cotidiana.

TERAPIA OCUPACIONAL Y EL USO DE LA TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA CON DEFICIENTES VISUALES EN LA ESCUELA

Introducción

Sobre la base de la población mundial, se estima que hay aproximadamente 1.2 millones de ciegos y cerca de 4 millones de personas con baja visión en Brasil (1).

El impacto de la deficiencia visual en la calidad de vida de los discapacitados visuales puede ser mejorado mediante la identificación temprana de enfermedades oculares, la planificación de la acción médica curativa y la rehabilitación y la estimulación de la capacidad visual (2).

La deficiencia visual (DV) se divide en dos grupos: la ceguera y la visión subnormal o visión baja, estas pueden ser congénitas o adquiridas y causar la pérdida de la agudeza visual de cerca y / o lejos y la disminución del campo visual. La ceguera se define como la pérdida total de visión, una persona tiene una agudeza visual desde el 3 / 60 (0.05) en el mejor ojo y la corrección óptica posible, hasta la ausencia de percepción de la luz o la correspondiente pérdida de campo visual en el mejor ojo con la mejor corrección posible.

La baja visión es ya considerada como una condición en la que existe un deterioro de la función visual, incluso después del tratamiento y corrección de errores refractivos comunes, corresponde a una agudeza visual igual o inferior a 6 / 18 (0.3) e igual o superior a 3 / 60 (0.05) en el mejor ojo con la mejor corrección posible (3). La Organización Mundial de la Salud se encuentra actualmente en conversaciones para la modificación de las definiciones relativas a la discapacidad visual, pero esta publicación se llevará a cabo en 2015 (4).

La terapia ocupacional tiene un papel favorecedor en la rehabilitación del sujeto, en la medida en que actúa para desarrollar habilidades y ganar autonomía. Su objetivo principal es estimular el hábito de mirar y observar, partiendo de la consideración de que cuanto más se utiliza la visión residual, se hace más funcional. De esta manera, la terapia ocupacional orienta al individuo el acto de acercarse el objeto de acuerdo con la distancia necesaria para que pueda ver, identificar, distinguir, y denominar lo que se ve, también, la adaptación de materiales y / o informar acerca de las posibilidades de adaptación de los mismos para obtener mejor respuesta visual (5).

El objetivo de la terapia ocupacional no se limita a evaluar y trabajar la funcionalidad y eficacia visual, sino considerar el aspecto emocional, o contexto familiar y social, la historia de vida, intereses y expectativas del individuo, teniendo como meta mejorar su calidad de vida.

Según Ferrigno (1990) (6) la terapia ocupacional es un proceso de tratamiento que utiliza la actividad como un recurso, lo que permite que sea viable a través de la expresión, la espontaneidad, el conocimiento del potencial y las limitaciones de los clientes durante sus acciones.

La rehabilitación de la visión tiene por objeto promover el desarrollo y la independencia de los deficientes, es realizada por un equipo multidisciplinario, siendo el terapeuta ocupacional uno de los miembros de este equipo. El proceso de rehabilitación visual consiste en la indicación y uso de la tecnología de asistencia (TA), Carvalho et. al., 1994 (7).

La tecnología de asistencia es un área del conocimiento de característica interdisciplinar, abarcando una amplia gama de equipos, servicios, estrategias y prácticas concebidas e implementadas para atenuar los problemas encontrados por los individuos con deficiencia BERSH y TONOLLI, 2007 (8).

Estas tecnologías en los casos de deficientes visuales pueden ser clasificadas como recursos ópticos, no ópticos, electrónicos y de informática. Las ayudas ópticas pueden ser para cerca y lejos siendo utilizados con deficientes visuales con baja visión.

Comprenden los sistemas telescópicos, lupas manuales, de soporte, de mesa, unas gafas especiales, entre otros, y requieren un período de adaptación debiendo ser utilizados en situación estática. Las ayudas no ópticas se pueden utilizar con deficientes visuales con baja visión y ceguera; son simples recursos que se pueden utilizar como complemento de las ayudas ópticas, por ejemplo, la ampliación de los materiales, uso de accesorios de soporte a la lectura y a la escritura, realce de contraste, iluminación, el tiposcópio, etc (7).

Objetivo

Verificar el conocimiento de los deficientes visuales sobre las tecnologías de asistencia; Levantar las necesidades del uso de la tecnología de asistencia en la escuela después de la vivencia.

Metodología

Esta investigación se desarrolló en el Centro de Estudios e en Rehabilitación Profesor Dr. Gabriel O. S. Oporto - CEPRE y fue aprobada por el Comité de Ética de la FCM UNICAMP con parecer número 782/2010. Participaron de la investigación escolares de 7 a 17 años, con deficiencia visual que se insertan en el sistema de enseñanza pública o privada. Se trata de un estudio cualitativo y cuantitativo. De acuerdo con Fonseca, de 2002, la utilización conjunta de la investigación cualitativa y cuantitativa permite recoger más información de la que podría lograrse en forma aislada (9).

Fue utilizado como una herramienta para el desarrollo de este estudio, el cuestionario semi estructurado con preguntas de carácter cualitativo y cuantitativo. El instrumento permitió estudiar las variables: edad, sexo, necesidades e intereses de integración escolar en el uso de la tecnología de asistencia, la presencia de adaptaciones en el entorno escolar, el uso de recursos y conocimientos sobre la tecnología de asistencia.

A partir del conocimiento de las necesidades de cada caso, fueron confeccionados equipos de tecnología de asistencia, tales como: tiposcópio (guía de lectura), plano inclinado, regla adaptada, pautas reforzadas en color negro y textos con letras ampliadas. Los recursos para la adaptación fueron construidos con materiales baratos y reciclables. La construcción y vivencias para el uso de la TA se produjeron durante las sesiones de terapia ocupacional.

Resultados

La muestra consistió en 33 individuos deficientes visuales. Los deficientes visuales que participaron de la investigación eran de ambos sexos, con un predominio del sexo femenino (60%). La media de las edades de los sujetos fue de 7 a 17 años, con una edad media de 14 años, siendo todos los participantes del Programa de Rehabilitación de CEPRE / UNICAMP. Respecto al conocimiento de las tecnologías de asistencia, 70% de los sujetos declararon no conocer el uso y la importancia de estas tecnologías. Se constató que 71,0% de los encuestados informó sobre la falta de equipos y adaptaciones en la escuela. En cuanto a los intereses de los estudiantes en el uso de los recursos de tecnología de asistencia en las actividades escolares, señaló que una gran parte de la población estudiada (22%) tenía interés en utilizar el plano inclinado, seguido por el uso de las pautas y fuentes ampliadas (19%), Braille móvil (15%), regla adaptada (14%), la placa de alfabetos y números en Braille (12%) y tiposcópio (8%).

Discusión

Como filosofía de habilitación y rehabilitación de la persona con deficiencia visual, los profesionales del CEPRE tienen el papel de instrumentalizar y facilitar el proceso de crecimiento y desarrollo del propio sujeto. Montilha 2006 (10) "relata que se debe considerar y respetar la historia de vida, estilo cognitivo, las expectativas, la resistencia emocional, el potencial, las habilidades y el ritmo, tanto de la familia como la del propio sujeto", durante el proceso de rehabilitación. Hace hincapié en que el conocimiento de las percepciones de los estudiantes con impedimentos visuales sobre sus procesos educativos es fundamental para la planificación de las actividades educativas. MONTILHA et. al., 2009 (11). Una persona con baja visión y ceguera se pueden beneficiar de varias adaptaciones que

permiten un mejor aprovechamiento funcional de su visión. Las sugerencias de estas adaptaciones deben ser propuestas por los terapeutas ocupacionales o profesionales especializados, después de un intenso trabajo de observación y conocimiento de las necesidades específicas de estas personas (SOLER ET AL, 2007. (12) El análisis de los resultados indica que la mayoría de los encuestados (70%) desconocen y no utilizan la tecnología de asistencia en las escuelas.

Los niños y adolescentes deficientes visuales deberían usar los recursos de tecnología de asistencia para las actividades de la escuela. Para Monteiro et al, 2006 (13) la necesidad de aceptación social y el deseo de ser parte de un grupo de escolares de los jóvenes, se constituyen en obstáculos para la utilización de estos recursos. Por otra parte, la falta de información de los profesionales en el sistema educativo puede impedir la correcta utilización de estas tecnologías. Los estudios muestran que los estudiantes deficientes visuales encuentran a menudo muchas dificultades en el proceso escolar debido a la falta de recursos adecuados GASPARETTO, 2001 (14).

Cabe a los profesionales de la rehabilitación mostrar a los estudiantes y maestros formas de cómo modificar el ambiente, por ejemplo, acercar la pizarra, mejorar la iluminación, colocar al estudiante en la primera fila colocándolo en el pupitre central, además, estos profesionales pueden introducir y promover experiencias con el uso de equipo de adaptación cuando sea necesario.

Tabla 1 – Interés en el uso de los recursos tecnológicos de asistencia- después de la vivencia para el conocimiento y uso de los mismos recursos de tecnología de asistencia

n = 33

	f	%
Tiposcópio	05	8
Plano inclinado	13	22
Pautas ampliadas	11	19
Fuentes ampliadas	11	19
Regla adaptada	8	14
Braille móvil	9	15
Placa de alfabeto en Braille	7	12
Placa de números en Braille	7	12

*múltiples respuestas

La Tabla 1 identifica los intereses de los estudiantes en el uso de los recursos de la tecnología de asistencia, después de la vivencia para el conocimiento y uso de los mismos. Se observó que (22%) tenía interés en utilizar el plano inclinado, seguido por el uso de las pautas y fuentes ampliadas (19%), Braille móviles (15%), regla adaptada (14%), la placa de alfabetos y números en braille (12%) y tiposcópio (8%). Recursos: Braille móvil, tablero de alfabetos y números en braille, son utilizados por los deficientes visuales ciegos. El tiposcópio, plano inclinado, pautas y fuentes ampliadas son utilizados por los deficientes visuales con baja visión. Ya la regla adaptada puede ser utilizada por los estudiantes ciegos y con baja visión.

Para Masini, 2002 (15), el mejor desarrollo de los niños, niñas y adolescentes en las actividades escolares, necesita una buena educación general, sumada a un tipo de educación compatible con sus requisitos especiales, haciendo o no, el uso de equipos o tecnología adecuada a sus necesidades.

En el proceso de construcción y vivencia con la TA el terapeuta ocupacional puede crear un entorno favorable a la participación del individuo con sus acciones, lo que le permite ser el sujetos de su propio proceso de transformación, elaborando la aceptación de la baja visión, adquiriendo autonomía en el conocimiento del uso de su residuo visual y viviendo situaciones de vida que le permitan la independencia en el desempeño de sus actividades cotidianas y escolares, ganando con ello la mejora en su calidad de vida.

Conclusión

La necesidad de la utilización de la tecnología de asistencia, tan pronto como sea posible, con los deficientes visuales en el ámbito escolar, para que éstos desarrollen su potencial, superando las limitaciones de su deficiencia. Con la vivencia y la presentación de los recursos tecnológicos, mostró interés de los estudiantes con DV en el uso de estos recursos y proporcionó el conocimiento de los mismos sobre la importancia de utilizar la tecnología en las actividades escolares y en la vida cotidiana.

Anexo

La Terapia Ocupacional y el Uso de Tecnología de Asistencia con Dificultades Visuales en el Ámbito Escolar.

Perfil del entrevistado

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nivel de escolaridad:

Enseñanza Primaria	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Incompleta
Enseñanza Secundaria	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Incompleta
EJA / Continua	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Incompleta
Enseñanza Superior	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Incompleta

Nombre de la escuela: _____

Preguntas:

1 – Usted presenta alguna dificultad relacionada a los deberes escolares?

No Sí.

ECA ¿Cuáles? _____

2- Presenta conocimiento con relación a los recursos de tecnología de asistencia?

No Sí

3 Utiliza equipos de tecnología de asistencia para realizar los deberes escolares?

No Sí

ECA ¿Cuáles? _____

4 - Para usted, el uso de la tecnología de asistencia en la realización de los deberes escolares es:

- Muy importante
- Importante
- Poco importante
- No es importante
- No necesita

5 – En la escuela donde estudia actualmente hay materiales de tecnología de asistencia?

No Sí

ECA ¿Cuáles? _____

6 – Interés en el uso de recursos de tecnología de asistencia en el ámbito escolar:

No Sí

Recursos no ópticos**7. Plano inclinado**

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

8. Tiposcópio (ayuda en las actividades de lectura y escrita)

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

9. Ampliación de textos didácticos

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

10. Ampliación de pautas

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

11. Regla adaptada

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

12. Braille móvil

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

13. Placa de alfabeto en Braille

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

14. Placa de números en Braille

- Ayuda en las actividades escolares
- No ayuda en las actividades escolares
- No necesito este recurso

Gracias por su participación.

Referencias bibliográficas

- 1- José, Newton-Kara, Rodrigues, M. L. V. 2009 “Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira” Cultura Médica (Rio de Janeiro). **163-172**.
- 2- Temporini, E. R. 1993. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. Rev. Bras. Oftal. **52**,4: 49-52.
- 3- THYLEFORS, B.; NÉGREL, A. D.; PARARAJASEGARAM, R.; DADZIE, K. Y. 1995. Global data on blindness. Bull World Health Organ. **73**,1: 115-121.
- 4- Sampaio, M. W, Haddad, M.A.O., Costa Filho, H. A., Siaulys, M.O.C. 2010 “Baixa Visão e Cegueira- Os Caminhos para a reabilitação, a Educação e a Inclusão” Cultura Médica e Guanabara Koogan (Rio de Janeiro). **7- 16**.
- 5- Nobre, M.I.R., Temporini, E.R., Kara-José N, Montilha, R.C.I. 2001. Deficiência Visual de escolares: percepção de mães. Temas desenvolv **10** : 24-27.
- 6- Ferrigno, I.S.V. 1990. Um estudo sobre os docentes de Terapia Ocupacional como agentes transformadores da profissão. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. PUC-SP.
- 7- CARVALHO, K.M.M.; GASPARETTO, M.E.R.F.; VENTURINI, N.H.B.; KARA-JOSÉ, N. 1994. “Visão Subnormal: Orientações ao Professor do Ensino Regular”. Ed. da UNICAMP(Campinas) **25-38**.
- 8- BERSCH, R.; TONOLLI, J. Introdução ao conceito de tecnologia assistiva.[Online].2007.Disponível em: <www.cedionline.com.br/ta.html>. Acesso em 10.Set. 2010.
- 9- FONSECA, J. J. S. 2002 “Metodologia da pesquisa científica”. UEC (Fortaleza) **21-38**
- 10- Montilha RCI, Temporini ER, Nobre MIRS, Gasparetto MERF, Kara-José N. 2006. Utilização de recursos ópticos e equipamentos por escolares com deficiência visual. Arq Bras Oftal **69**:207-211.
- 11- MONTILHA, R. C. I.; TEMPORINI, E. R.; KARA - JOSÉ, N.; NOBRE, M. I. R. S. 2009. Percepções de escolares com deficiência visual em relação ao seu processo de escolarização. Revista Paidéia **19** (44) 333-339.
- 12- SOLLER, T.R.F.; PLAZZA, T. G.; EZEQUIEL, L. A. Formação requerida para o professor especializado atender o aluno com visão subnormal na escola regular. In: MASINI, E. F. S.; GASPARETTO, M. E. R. F. (org).2007 “Visão Subnormal: um enfoque educacional.” Vetor (São Paulo) **29-35**.

- 13-MONTEIRO, G. B. M.; TEMPORINI E. R.; CARVALHO, K. M. 2006. Use of optical aids by visually impaired students:social and cultural factors. Arq Bras Oftal. **69**(4) 503- 511.
- 14-GASPARETTO, M. E. R. F.; TEMPORINI, E. R.; CARVALHO, K. M. M.; KARA-JOSÉ, N. 2001. O aluno portador de visão subnormal na escola regular: desafio para o professor? Arq Bras Oftal. **64** (1) 45-51.
- 15-MASINI, E. F. S. “Deficiente visual educação e reabilitação”. Programa Nacional de apoio à educação de deficientes visuais. 2002 Vetor (São Paulo).

LA TUBERCULOSE EN UNA UNIDAD DE LA SALUD EN LA REGIÓN OESTE DEL RIO DE JANEIRO - ACCIONES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ENFOQUE DE EL CLIENTES.

MIRIAM BARROZO DE ALMEIDA Estudiante de Terapia Ocupacional Universidad: Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
abittenc@gmail.com

Resumen:

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, cuyo la transmisión se da por vía aérea, al toser y discurso. Afecta más comúnmente a los pulmones, llegando a otros órganos del cuerpo. Objetivo: comprender las creencias de los clientes de la zona oeste del Río de Janeiro, para entender la razón de dejar el tratamiento y verificar como la terapia ocupacional puede ser un nuevo dispositivo para ayudar a la adherencia al tratamiento. Metodología: Doce clientes, nueve hombres y dos mujeres, siendo que 45% tienen estudios primarios incompletos. Respondieron a un cuestionario de preguntas abierto y cerrado. Resultados: 90% de los clientes tienen servicios de saneamiento básicos; 54,4% vive en su propia casa, con un promedio de 6 personas por hogar y el 20% son residentes sin hogar. El ingreso familiar es un salario (60%) y 20% realizan actividades formales mientras que 55% están desempleados. En relación con el tiempo de tratamiento 42% fazem uso da medicação por mais de 2 años, lo que demuestra la falta de la adhesión al tratamiento. En cuanto a los efectos secundarios 64% reportó haber náuseas, dolor de cabeza, mal olor a respirar. Entre los clientes, 37% siguen utilizando alcohol y las drogas y el 55% informó de las limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria como comer, vestirse, higiene personal, ocio y trabajo. Conclusión Se concluye que viven la tuberculosis es difícil y más fácil de abandonar el tratamiento y se olvidan que tienen esta enfermedad porque el tratamiento tiene consecuencias tales como reacciones adversas, limitaciones en las AVD. Los clientes han informado de que el terapeuta Ocupacional sería importante en un equipo de profesionales de la salud, porque se dieron cuenta de una nueva forma de cuidar centrada en el cliente y el hacer.

LA TUBERCULOSE EN UNA UNIDAD DE LA SALUD EN LA REGIÓN OESTE DEL RIO DE JANEIRO - ACCIONES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ENFOQUE DE EL CLIENTES.

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que tiene una gran tasa de mortalidad en el mundo. De acuerdo con la Jornada Mundial de la Tuberculosis, lanzada en 2010, indica que 9,4 millones de personas se infectaron en 2008 y que en Brasil¹ en mismo año fueron reportados, 73 000 casos, de una enfermedad que se cuida gratuitamente y que la distribución de la medicina es gratis en todo país, pero los casi seis meses de atención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tuberculosis está estrechamente vinculada a la desigualdad social, el envejecimiento de la población, la gran migración, la urbanización rápida y la aparición del SIDA. Es importante recordar que la tuberculosis es la segunda infección más oportunista del SIDA en Brasil^{2 3 4 5}. Como el SIDA, la tuberculosis afecta principalmente a la población económicamente activa (de 14 a 54 años), con una prevalencia entre los hombres, casi el doble que en las mujeres⁶.

En Brasil, el tratamiento ambulatorio es libre y sólo en casos de manifestaciones severas, como la intolerancia a la droga y asociaciones con otras enfermedades es que ocurre la hospitalización. La curación de la tuberculosis enfrenta gran desafío que es asegurar la adesion de los clientes al tratamiento, porque los efectos secundarios causados por la medicación, hace que muchas personas interrumpir su tratamiento.

El régimen del tratamiento en ambulatorio, fue establecido desde de 1950, por no se efectiva, muchos de los portadores de tuberculosis terminan abandonando la quimioterapia, lo que contribuye para enfatizar la conflicto esta situación, deliberada el mayor impedimento para el control y la eliminación de la enfermedad, gracias el desarrollo de cepas resistentes de los bacilos^{7 8}. Factores como la baja escolaridad, nivel socioeconómico bajo, el mercado de trabajo informal y mal hábito de vida que perjuicio a la salud son conocidos por cumplir con la menor adhieren al tratamiento⁹. Otro aspecto a considerar es el contexto y cultural del cliente, porque él tiene sus propias ideas acerca de la salud y la enfermedad, que a menudo va más allá que las enseñanzas de la medicina que pueden dificultar la adhesión.

La tuberculosis es una enfermedad cuya el tratamiento recomendad es el ambulatorios con la medicina por la vía oral, lo que lleva a una persona a abandonar este tratamiento? ¿Y cómo la Terapia Ocupacional puede ayudar en la adhesión al tratamiento de las personas del región oeste del Río de Janeiro que hacen tratamiento un centro de la salud?

METODOLOGIA

Este es un estudio exploratorio de naturaleza canti-cualitativa, que se han llevado a cabo desde agosto 2010 a diciembre 2010, después de su aprobación por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos (CEP) de la ciudad del Río de Janeiro (número 171 / 2010). El estudio se realizó en uno centro de la Secretaría Municipal de la Salud que se encuentra en la región oeste de la ciudad del Río de Janeiro, para los clientes con tuberculosis. La institución cuenta con cinco profesionales: uno médico, dos enfermeras y dos técnicos de enfermería. La institución proporciona la atención médica para personas con síntomas respiratorios sin diagnóstico confirmado de tuberculosis, el SIDA, o ambos, que requieren tratamiento. Solamente 12 clientes que estaban en el centro de la salud aceptaron participar del estudio y firmaron su consentimiento.

Las entrevistas semi-estructuradas y individuales se llevaron a cabo, con preguntas cerradas, dirigidas a la caracterización de los clientes de acuerdo con la edad, genero, estado civil, ocupación, duración de los tratamientos, etc., y preguntas abiertas de que fueron analizadas utilizando el modelo de análisis Contenido de Bardin, con categoría de análisis temático¹⁰, un modelo ampliamente utilizado para el tratamiento de los datos cualitativos¹¹.

Para los datos cuantitativos se utilizó el programa Epi Info y para el análisis de los datos cualitativos, después de las transcripciones de las entrevistas se realizó la pre-análisis, examen del material y los resultados del tratamiento. La muestra de los códigos fueron agrupados en categorías y subcategorías, poniendo en evidencia los problemas que surgieron durante las entrevistas y se ilustran con extractos de las mismas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las preguntas abiertas, se encontró que 90% de los clientes tiene servicios de saneamiento básico y 54,4% viven en su propia casa, con un promedio de seis personas por hogar. El ingreso familiar es del uno salario mínimo (60%), cerca de R \$ 540.00 (quinientos cuarenta reales) y 20% son personas que viven en las calles, lo que dificulta el tratamiento, porque tiene una ubicación fija.

De los participantes 45% tienen estudios primarios incompletos y no se ha encontrado ninguna persona con educación superior. Con respecto a la actividad laboral, 25% tienen un empleo, 20% realiza actividades informales y 55% están desempleados.

Cuanto a la duración del tratamiento 42% el realizan la más de dos años, lo que demuestra la falta de continuidad en la medicina y la posibilidad de desarrollar resistencia a los medicamentos.

En cuanto a los efectos secundarios 64% reportó haber náuseas, dolor de cabeza y mal olor en la respiración. Dentro de los entrevistados 37% hacen consumo del alcohol y drogas, lo que refuerza los estudios previos de Bardin, que mostró que los clientes no dejar estos hábitos con la presencia de la enfermedad.

En relación a las actividades de la vida diaria como comer, vestir, higiene personal, ocio y trabajo, 55% de los participantes del estudio reportaron limitaciones para realizar estas tareas debido a la debilidad física, la dificultad para caminar, permanecer mucho tiempo en la posición de pie y los cambios en la sensibilidad debido a la medicina.

Clasificación de los datos cualitativos

Hubo gran dificultad en la expresión verbal de los entrevistados, pero mismo hacían discursos breves y directos, dificultando un análisis más profundo de los datos. Estos datos fueron destacados cuatro categorías y sus subcategorías: (A) la falta de conocimiento sobre la enfermedad, (B) el miedo de los prejuicios, (C) el abandono de tratamiento ambulatorio, (D) la atención en Terapia Ocupacional asociadas a hacer.

La falta de conocimiento sobre la enfermedad

La falta de conocimiento sobre la tuberculosis, se observó en las entrevistas y se creó una categoría. Muchos de los pacientes no tenían un mínimo de información sobre la enfermedad, formas de contagio y de la existencia del tratamiento en ambulatorio, como sigue a la adelante: "... No tengo idea de cómo me llamó esta enfermedad." (entrevista 1).

Como ya se ha sabido, no se conoce la enfermedad, sus síntomas y la progresión de los factores importantes para la adhesión del tratamiento. El desconocimiento de la posibilidad de curación puede fomentar el abandono.

El miedo de los prejuicios

El análisis de los datos podría mostrar que la tuberculosis sigue siendo una enfermedad rodeada por los prejuicios y estigmas de la sociedad y muchas veces de los propios enfermos. Esta situación a menudo gera conductas de aislamiento social, como se ha visto en siguiente citacion: " cuando mi hermana descubrió la mía enfermedad, salió deprisa a cerca de mí" (entrevista 4).

La ignorancia de los prejuicios del propio enfermo, puede generar el deseo y la distancia física con su familia, generando el aislamiento marcado por la culpa.

El abandono del tratamiento en el ambulatorio

La no adhesión del tratamiento ambulatorio es una dificultad importante por la salud pública. Las causas del fracaso para completar el tratamiento a menudo se atribuyen a las características de la actividad profesional del cliente, la desinformación sobre el tratamiento ambulatorio, la falta de la credibilidad en los sistemas de atención primaria, las reacciones adversas de los medicamentos, la falta de habitación fija, como se puede observar en el siguiente discurso: "este tratamiento me hace más daño que la enfermedad, antes pudiera hacer mucho, ahora con estos fármacos, no hacen nadie"(entrevista 9).

Entendemos que el incumplimiento de la terapia es un viejo problema y puede presentarse en diferentes formas, desde falta eventual de la memoria o la interrupción intencionada implicando en el abandono total del tratamiento.

Asociadas con defectos

Otro factor para el abandono del tratamiento que se destacó fue la ingestión del alcohol y drogas. Estos fortalecidos en la elección desde el punto de vista de los clientes, por el abandono del tratamiento. Se ha observado en el discurso: "Estuve unos días sin beber una branquita, no aguanté y bebí" (entrevista 3).

Como se ha conocido, las drogas y el alcohol son factores primordiales para el abandono al tratamiento, desarrollando los usuarios en personas vulnerables que requieren intervenciones urgentes y específicas ¹²

Atención en Terapia Ocupacional

Es importante señalar que los participantes del estudio reportaron que la terapia ocupacional se relaciona con la atención, con la vivienda, con la aceptar, con el proteger, con recibir consuelo, con la curación por la fe, como se hay visto en la siguiente cita: "Este trabajo que está haciendo con nosotros es bueno, porque podemos hablar, sin ella (terapeuta) mirar mal" (entrevista 12)

Estas palabras provienen de la reunión con las ideas de Merhy ¹³, cuando propone un mundo más humano y acogedor por los profesionales de la salud.

Terapia Ocupacional y el ocupación.

Los clientes se dio cuenta de que a través de hacer que podían expresar su enfermedad y en el período en que se olvidó de su creación y se sintió integrado en el

grupo. Tomamos nota de estos datos: "... No puedo creer que tengo tuberculosis" (Entrevista 6).

El ocupacion implica en la libre expresión, en la experiencia y en lo crecimiento personal. La ocupación como fuente del equilibrio y la satisfacción, existe entre las distintas actividades y están fuertemente influenciadas por la cultura. Ella también organiza el tiempo de los hábitos, los roles y patrones, que se refleja en las rutinas y expectativas particulares de los estereotipos que pueden promover o limitar el potencial de una persona para en su desempeño ocupacional ¹⁴

CONCLUSIÓN

La Terapia Ocupacional es una profesión que ha declarado su convicción de construir comunidades donde las personas puedan desarrollar su potencial: cuando los terapeutas ocupacionales facilitan a las personas el desarrollo de su función ocupacional las están preparando para su integración activa en sus comunidades, en su familia y en su trabajo. Por ello uno de los campos primordiales de la Terapia Ocupacional es el de la exclusión social. La inclusión social versa sobre un tema de derechos legales y humanos, e implica que las personas tengan oportunidades justas en la sociedad a pesar de su capacidad, género u otras características específicas, como en el caso de la tuberculosis.

Se concluye que vivir la tuberculosis es difícil y es más fácil abandonar el tratamiento debido las reacciones adversas y limitaciones en las AVD. Los clientes han informado de que el terapeuta ocupacional sería importante en un equipo de profesionales de la salud, porque se dieron cuenta de una nueva forma de cuidar centrada en el cliente y el hacer.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Ministério da Saúde. 2009. Secretaria de Políticas de Saúde-Departamento de Atenção Básica de Vigilância. Manual Técnico para Controle da Tuberculose. Brasília.
- ² Guimarães MDC. 2000. Temporal trends in AIDS-associated opportunistic infections in Brazil, 1980-1999. *Cad Saude Publica* 16(suppl 1): 21-36.
- ³ Hijjar MA, Oliveira MJPR de, Teixeira GM. 2001. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol Pneumol Sanit* 9, 2: 9-16.
- ⁴ Nogueira PA, Abrahão RMC de M, Malucelli MIC. 2004. Baciloscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo. *Rev bras epidemiol* 7,1:54-635
- ⁵ Ruffino-Netto, A. 2002. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop* 35, 1: 51-58.
- ⁶ Secretaria de Estado da Saúde [homepage na internet] São Paulo. 2009. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças Crônicas Transmissíveis. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb_historia.html Acessado: 2010 outubro 10
- ⁷ Brito RC, Gounder C et al. 2004. Resistência aos medicamentos antituberculose de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas de pacientes atendidos em hospital geral de referência para tratamento de AIDS no Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol* 30, 4: 425-432.
- ⁸ Oliveira HB, Moreira-Filho DC. 2000. Tuberculosis recurrence and its risk factors. *Rev Panam Salud Publica* 7, 4: 232-41.
- ⁹ Caliarì JS, Figueiredo RM. 2007. Perfil de pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. *Rev. Panamericana de Infectologia* 9, 4: 30-35.
- ¹⁰ L. Bardin L. 2009. “Análise de Conteúdo”. Persona (Lisboa).
- ¹¹ Campos CJG, Turato ER. 2009. Análise do conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem* 17, 2: 259-64.
- ¹² Paixão LMM, Gontijo ED. 2007. Profile of notified tuberculosis cases and factors associated with treatment dropout. *Rev. Saúde Pública* 41, 2: 205-21.
- ¹³ E.E. Merhy. 1994. “Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida” In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança em saúde*. Hucitec (São Paulo) 116-60.
- ¹⁴ Towswend, E. et al. 1988 Developing rural health services: an occupational therapy case study. *Canada Journal of Public Health* 79: 92-96

Las acciones del Terapeuta Ocupacional en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal: una revisión integradora de la investigación en Brasil

Autor: Carolina Lannes Machado de Melo e-mail: carol_lannes@yahoo.com.br

Maria José Gugelmin de Camargo e-mail: mariajosegugelmin@hotmail.com

Resumen:

Anualmente, nacen en el mundo 20 millones de bebés prematuros y de bajo peso, un tercio de ellos morirá antes de completar un año de vida y un cuarto de ellos necesitará de cuidados neonatales intensivos, aun pudiendo presentar déficits neurológicos y en el desenvolvimiento. Con el objetivo de levantamiento del estado actual de las investigaciones sobre el papel del terapeuta ocupacional (TO) en el desarrollo del neonato de riesgo en el ámbito nacional, se utilizó de la revisión integrativa de la literatura. Fueron analizados diez trabajos científicos, escritos por TOs, enfermeros y médicos. Como resultados, se observó que cada área de la salud contribuye de alguna forma para la actuación del TO en ese contexto: los textos de medicina contribuyeron para la comprensión del neonato de riesgo en sí mismo y en como el ambiente puede influir en el desenvolvimiento de esos bebés; los textos de enfermería trajeron los sentimientos de los padres frente al internamiento del hijo, el sufrimiento en manejar la diferencia entre el bebé imaginario y el bebé real, más allá de la dificultad de establecer relaciones en un ambiente desconocido y asustador; los textos escritos por TOs muestran como debe ser la actuación de ese profesional dentro de las unidades de terapia intensiva neonatales, incluyendo las adaptaciones ambientales, la minimización del stress en los manoseos de rutina, las estimulaciones en acuerdo con el desarrollo del neonato, la identificación de los papeles de los padres, el favorecimiento de las relaciones entre padres y bebés, y la importancia del acompañamiento pos alta. Se concluyó por la escasez de la investigación escrita publicada en esa área, en el ámbito nacional, aunque haya larga experiencia en los hospitales nacionales, o sea, nuestro análisis apunta para una escasez de documentación.

Introducción

Anualmente, nacen 20 millones de bebés prematuros y de bajo peso⁽¹⁾, o sea, 55 mil al día, siendo que un tercio de ellos - 7 millones morirán antes de completar un año de vida y un cuarto de ellos - 5 millones de bebés necesitarán de cuidados neonatales intensivos⁽²⁾. Este problema se agrava por dos factores estructurales: el inadecuado ambiente de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y la falta de capacitación de la familia frente a las condiciones de riesgo del bebé^(2, 3).

En ese contexto, el problema que se plantea es ¿cómo la literatura sobre la salud en Brasil ve el papel del terapeuta ocupacional en el desarrollo del neonato de riesgo, con la resultante disminución de las consecuencias de los factores estructurales? Con el objetivo de estudiar el estado actual de las investigaciones sobre el rol del terapeuta ocupacional⁽¹⁾ en el desarrollo de los neonatos de riesgo, se utilizó la metodología de revisión integradora de la literatura.

Metodología

La revisión integradora de la literatura consiste en la construcción de un amplio análisis de la misma, con vistas a obtener un profundo entendimiento de un determinado fenómeno basándose en estudios anteriores del tema⁽⁴⁾. Para su ejecución, se utilizó un total de diez artículos encontrados en las bases de datos Lilacs, Scielo y Medline, utilizando las palabras claves Terapia Ocupacional, UTI Neonatal, Neonatología y Familia, eligiendo apenas aquellos artículos en portugués e, inicialmente, cerradas en el período de los últimos veinte años (1990-2010). Se eligió diez artículos (Cuadro 1), los cuales fueron elegidos porque trabajan con cuidados generales, incluyendo la familia en el tratamiento de los neonatos de riesgo. Fueron rechazados aquellos con sesgo meramente técnico, específicos de otra área de la salud y fuera de la intervención de los terapeutas ocupacionales.

Cuadro 1 – Trabajos científicos sometidos a la revisión integradora

Autores	Título	Año	Área
Dittz, Érika da Silva; Melo, Daniela Cristina Cardoso de; Pinheiro, Zélia Maria Machado	A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva	2006	Terapia Ocupacional
Meyerhof, Pessia Grywac	Auto-organização em neonatos pré-termo: comportamento interativos e não interativos	1999	Terapia Ocupacional
Meyerhof, Pessia Grywac	Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo	1998	Terapia Ocupacional
Ferreira, Lenita Buchalla Bagarelli	Terapia Ocupacional: uma experiência em UTI pediátrica	1997	Terapia Ocupacional
Brêtas, José Roberto da Silva	A arte de massagear bebês	1999	Enfermería

Kimura, Amélia Fumiko	O nascimento: os familiares como participantes do processo de cuidar do recém-nascido	1996	Enfermería
Gomes, Maria Magda Ferreira	O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares	1996	Enfermería
Rudge, Marilza Vieira Cunha	Avaliação do peso dos recém-nascidos: o que é normal ou anormal	2005	Medicina
Linhares, Maria Beatriz Martins; Carvalho, Ana Emilia Vita; Bordini, Maria Beatriz Machado; Chimello, Juliana Rhomazatti; Martinez, Francisco Eulógio; Jorge, Salim Moises	Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança	2000	Medicina
Lamy, Zeni Carvalho; Gomes, Romeu; Carvalho, Manoel de	A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal	1997	Medicina

Fuente: investigación de las autoras

Los artículos elegidos comprenden tres áreas de la salud, las cuales contribuyeron de alguna forma para la constitución de esa investigación. Los trabajos del área de medicina presentan datos más técnicos, como las características del neonato prematuro, sus necesidades, tamaño y peso, los conocimientos básicos sobre el recién nacido prematuro que cualquier profesional actuante en terapia intensiva neonatal deba saber; así, contribuyeron para la comprensión del neonato en sí, fisiológicamente hablando. Los trabajos de enfermería revelaron la importancia del vínculo familiar, demostrando que, para la implementación de una política de humanización dentro de la UTI Neonatal, los profesionales de la salud que actúan junto a esa población deben comprender los padres y madres, dejando que expresen sus sentimientos y aclarar las dudas y calmar sus temores y ansiedades; esos artículos fueron de extrema importancia ya que abordan la familia de forma práctica, describiendo los relatos de los padres y madres que experimentaron esas situaciones. Por fin, los artículos de los terapeutas ocupacionales presentan la actuación de esos profesionales en ese contexto de riesgo neonatal, describiendo las actividades y recursos propios de la profesión, como la adaptación ambiental, la reestructuración de las rutinas de las madres y otros miembros de la familia, con reconocimiento de sus papeles ocupacionales, además de señalar la necesidad del acompañamiento después del alta hospitalaria de los bebés; esos trabajos contribuyeron para profundizar el entendimiento de cómo el terapeuta ocupacional puede actuar tanto con los neonatos de riesgo, como con la familia.

El recién nacido de riesgo

El recién nacido de riesgo es aquel que presenta riesgo de vida o sobrevida con secuelas graves y describe algunas situaciones que resultan en riesgo previsible ⁽⁵⁾. Un bebé prematuro es un organismo único, bien equipado, funcionando adecuadamente dentro de su estadio de

desarrollo, pero que se encuentra fuera del ambiente adecuado para su desarrollo y maduración de patrones, el útero materno⁽²⁾. En cuanto al desarrollo futuro de esos bebés, aquellos nacidos con edad gestacional inferior a 37 semanas y peso inferior a 2500g presentan problemas de desarrollo psicológico, comprometimiento cognitivo, de aprendizaje, comportamental y en el crecimiento físico; cuando comparados a los neonatos y con pesos arriba de 2500g, esos bebés están 7 a 10 veces más propensos a desarrollar problemas de parálisis cerebral, sordera y deficiencia mental. El mejor índice pronóstico de esos bebés confluye más para el patrón de interacción madre-bebé que para el desarrollo del bebé en sí⁽⁶⁾.

La familia del neonato internado en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

La literatura ofrece dos ámbitos de problemas enfrentados por la familia: el descompaso entre la situación imaginaria y real y la inadecuación del ambiente de UTIN para que la relación y vínculo madres e hijos pueda desarrollarse.

En cuanto descubren el embarazo, los padres se vuelven eufóricos, luego pasan por la preocupación con la responsabilidad de criar un hijo, anhelan ser los mejores padres. En los últimos meses de gestación, el bebé empieza a aparecerse a los padres como un ser cada vez más separado y real; es el periodo cuando se elige el nombre, se arregla la habitación del bebé, se compran sus ropitas, y, mientras eso ocurre, los padres van personificando al bebé, vivenciando un ser imaginario y perfecto⁽⁷⁾.

Cuando el bebé nace prematuro, sus padres lo reciben cuando aún no están listos, y por ello hay un desequilibrio en el proceso normal de volverse padres; la internación de un hijo es un hecho nuevo e inesperado⁽⁸⁾. Además, el escenario de una UTIN es percibido por los padres como un ambiente asustador; así, al ver su bebé enfermo, lleno de aparatos, los padres presentan dificultades de reconocerlo como suyo⁽⁹⁾.

El ambiente de la UTIN es inadecuado para que la relación padres-hijos se desarrolle normalmente, puesto que se cuenta con poca privacidad, poco espacio “en paz”, incluso para actos de solamente observar, conocer y cuidar de su bebé. La permanencia del bebé en la UTIN dificulta la interacción madre-hijo y puede perjudicar el desarrollo del apego y resultar en desordenes en su relacionamiento^(3, 10).

Así, el cuidado centrado en la familia se constituye en una filosofía que reconoce y respeta el papel que la familia desempeña en la vida del niño, bien como busca identificar las

preocupaciones, prioridades y recursos de esa familia, estimulándolos a encontrar fuerzas, por medio de estrategias de apoyo, para el desempeño de su papel natural de cuidador⁽³⁾.

La actuación del Terapeuta Ocupacional en la UTIN, junto a los neonatos de riesgo y su familia

La actuación del terapeuta ocupacional (TO) puede ser en tres ámbitos, es decir, las intervenciones en el ambiente físico, en la vida diaria y directamente con el neonato^(2, 11).

El terapeuta ocupacional inicialmente adaptará el ambiente de la UTIN, buscando minimizar sus impactos negativos, como los ruidos, las luces excesivas, la circulación constante de profesionales, volviéndolo más acogedor. A lo largo de este estudio, se observó que la preocupación con el ambiente físico es extremadamente importante, pues cuanto más “cómodo” esté el bebé, más saludable será su desarrollo. Pero el contacto con el bebé es inevitable, ya que deberá ser manipulado para recibir medicamentos, para realización de su higiene, o sea, para todas las intervenciones necesarias de la rutina. Sin embargo, cuando esa manipulación es adecuada, ella no causará solo aflicciones en el bebé, sino que facilitará su auto organización interna, estimulará su estado de alerta y le favorecerá a ganar peso^(2, 11).

No obstante, no es solo de un ambiente acogedor, con niveles sonoros y luminosos controlados y una manipulación adecuada que el neonato necesitará. Las intervenciones del TO no se limitarán a la recuperación fisiológica del neonato, ellas serán ampliadas para la familia, la cual también se encuentra desamparada y necesitando de cuidados^(2 y 3).

Los padres vivieron durante meses la expectativa de tener un hijo, lo imaginaron, se vieron cuidándolo, jugando, desarrollándolo, sin embargo, eso no ocurrió. Por ello, la actuación del TO deberá incluir a los padres y a los familiares en las intervenciones con el bebé, induciéndolos a participar activamente en el desarrollo de su hijo^(3, 12).

A pesar de que rara vez se mencione, las directrices tras el alta hospitalaria y el acompañamiento por *follow-up* son de extrema necesidad, ya que, aun tras la salida del hospital, el bebé seguirá necesitando cuidados especiales. Así que, la intervención y orientación del TO no deberá restringirse a la UTIN, sino que deberá ultrapasar los límites locales y ampliarse, dentro de lo posible, en la proximidad máxima de la “normalidad” e incluso hacia los familiares orientándolos en cómo deben proceder para favorecer el desarrollo del bebé.

Conclusiones

La asociación de la revisión de la literatura a la revisión integradora ha permitido constatar que la actuación del terapeuta ocupacional TO en la UTIN ocurre en tres situaciones: 1- las adaptaciones ambientales; 2- la identificación de los comportamientos de los neonatos, para comprender y enseñar a los padres cuando el bebé está listo para la interacción; 3- la inclusión de los padres en la asistencia, preparándolos para luego del alta hospitalaria.

Se entiende que las adaptaciones ambientales conllevan estabilidad, seguridad, comodidad y estímulo para el desarrollo del neonato, y favorecen la participación de la familia en el cuidado del niño. El TO reconoce que para que los padres sean vistos como cuidadores ellos necesitan desarrollar este papel, pero la UTIN impide el proceso natural en el cual este ocurre, por lo tanto el terapeuta ocupacional debe facilitar el desarrollo de este papel, insertando a los padres en el ambiente de la UTIN, preparándolos y enseñándolos a interactuar con el bebé, acogiendo sus angustias, aclarando sus dudas y reconociendo lo limitante que se les hace esa situación.

Al comprender a los padres y sus sentimientos de dudas, miedos y fantasías, el terapeuta ocupacional puede ayudarlos a desarrollar su rol ocupacional de cuidadores.

Sin embargo, el conocimiento previo acerca de las necesidades fisiológicas del recién nacido y sobre los sentimientos de los padres en este contexto son esenciales y deben buscarse en otras áreas de la salud, demostrando que el trabajo interdisciplinario es esencial para que el cuidado en la UTIN suceda de forma global.

Se puede concluir que en Brasil hay una escasez de publicaciones sobre la labor del terapeuta ocupacional en las UTIN, asociado con poca documentación de la práctica, bien como, documentación sin publicar. Este hallazgo pone de manifiesto la necesidad de repensar la formación de los terapeutas ocupacionales y concienciar a los profesionales con el fin de valorar la investigación y la difusión de su propia práctica, la cual dialécticamente servirá como instrumento para la difusión de conocimientos para mejores prácticas y mejor formación profesional.

Referencia bibliográfica

- (1) BRASIL/Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área de Saúde da Criança, 2002. "Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru". Ministério da Saúde (Brasília) 1-196. Disponible en: <<http://www.metodocanguru.org.br/manual.pdf>>. Acceso en: 25/10/2009.

- (2) MEYERHOF, P. G., 1998. Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascido pré-termo. *Sinopse de Pediatria*, **2**: 33-37.
- (3) DITZ, E. da S.; MELO, D. C. C. de; PINHEIRO, Z. M. M. A., 2006. Terapia ocupacional no contexto de assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de Terapia Ocupacional*, **17**, 1: 42-47.
- (4) MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M., 2008. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, **17**, 4: 758-764.
- (5) MURAHOVSKI, J. 1997. “Emergências em pediatria”. Sarvier (São Paulo). 91-93.
- (6) LINHARES, M.B.M [et al] , 2000. Prematuridade e muito baixo peso com fator de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia. Ribeirão Preto*, **10**, 18.
- (7) BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. A pré-história do apego. In: BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G., 2002. “As Primeiras Relações”. Martins Fontes (São Paulo). 5-19.
- (8) ARBAITMAN, E. Terapia ocupacional como agente facilitador na interação criança/família. In: KUDO, A. M., 1997. “Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria”. Sarvier (São Paulo). 223-231
- (9) LAMY, Z.C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. 1997. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *J. Pediatria*, **73**, 5: 293-298.
- (10) FERREIRA, L.B.B., 1997. Terapia Ocupacional: uma experiência em UTI pediátrica. *Revista de Terapia Ocupacional PUCCAMP, edição especial*: 32-34.
- (11) MONTEIRO, R. C. S. M. Neonatologia. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C., 2007. “Terapia ocupacional: fundamentação e prática”. Guanabara Koogan (Rio de Janeiro), 512-518.
- (12) MOREIRA, M. E. L.; RODRIGUES, M. A.; BRAGA, N. A; MORSCH, D. S. Conhecendo uma UTI neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; BRAGA, N. A; MORSCH, D. S., 2003. “Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal”. Fiocruz (Rio de Janeiro), 29-42.

Las practicas de T.O con Familias Adoptivas, desde la mirada Sistémico Constructivita

Autor: Pacheco Gabriela. Estudiante de la Escuela Superior de Sanidad “Dr Ramon Carrillo”- Universidad Nacional del Litoral

Correo electrónico: veronicapacheco74yahoo.com.ar

Resumen:

Como alumna de la carrera de Lic. en T. O. de la Universidad del Litoral, me propongo reflexionar acerca del desempeño del T. O. en el abordaje de las familias adoptivas, considerando que aun cuando no es una practica común en nuestro medio, se podría inferir que no obstante a la carencia de formación académica en la temática, se cuenta con herramientas que permiten razonar clínicamente en el ejercicio de la practica.

El modelo sistémico constructivita plantea una mirada del sujeto y su circunstancia desde la concepción centrada en el poder de significar la realidad que reside en este.

Con el presente trabajo se pretende pensar meta cognitivamente sobre la participación del T. O. en el abordaje a familias adoptivas, y desde la mirada sistémico constructivita.

Concluyendo en que la temática de familia adoptiva guarda una enorme complejidad, la que nos demanda como profesionales comprometidos con la constante formación, y la responsabilidad ante cada propuesta hacia familia.

Se considera pertinente que la curricula académica tienda a ahondar en la formación de los futuros profesionales para la inserción en el campo de trabajo con familias adoptivas, puesto que aun cuando esta temática guarda larga data en nuestra sociedad, sigue demandando de estrategias que acompañen a la gestión y proceso de este modo particular de conformar una familia.

Introducción:

El presente trabajo surge de la motivación personal por el tema de las familias que adoptan niños residentes de dispositivos institucionales para la restitución de derechos¹. Y como desde el hacer profesional se podría acompañar para alcanzar los mayores logros desde sus propios potenciales, introduciendo una mirada más abarcadora y respetuosa de las concepciones de cada sujeto.

¹ Instituciones públicas o privadas que tienen como fin garantizar los derechos de los niños que excepcionalmente fueran separados de su contexto familiar. La modalidad es convivencial, teniendo como base la implementación de proyectos personalizados que fomenten el desarrollo de la autonomía de la población destinataria. Se enmarcan en las leyes 26061 (Nacional) y 12967 (Provincial) de Protección Integral de niñas, niños y adolescentes.

Aunque no se hace referencia a los marcos legales del tema en nuestro país, cabe aclarar que se encuentran actualmente en tratamientos y revisiones, para posibles modificaciones.

Por último vale destacar, que el tema de “Familias Adoptivas”, guarda toda su complejidad, es multifacético para su estudio, e invita a minuciosos análisis. Por lo que este trabajo solo pretende ser un bosquejo de dicho tema.

Desarrollo:

Aun cuando la ciudad de Santa Fe no registra experiencias de prácticas de T. O. con familias adoptivas, y al presentarse la ocupación como un eje en la existencia de la humanidad, se podría inferir que el abordaje de T.O. es pertinente en el acompañamiento y fortalecimiento de familias adoptivas. Es en el ejercicio de roles la instancia en la que las personas establecen los vínculos y manifiestan sensaciones, adquieren nuevas experiencias, y ponen en juego lo ya internalizado. De esta manera se puede sostener que la Terapia Ocupacional, haciendo uso de la ciencia y arte de la misma puede intervenir y aportar en la construcción, y reconstrucción de los significados que tienen los sujetos, movilizandolos potenciales propios como recursos en este hacer.

Hablar de familia adoptiva, es hacer referencia a un modo particular de fundar un sistema familiar, en el cual está implícito un acto en el que se espera que todos los miembros del sistema hayan consensuado. La adopción redundante en el compromiso emocional y estable que se contrae con el niño. Tomando a Mondelli, A., la autora refiere “...la maternidad y la paternidad son funciones sociales en relación con las necesidades de protección y amor hacia un niño o niña, que ninguna relación tienen ni con la biología, ni con el género ni con el número de quienes las ejercen.”²

El sistema familiar debe tender a la plena evolución de este, y el óptimo desarrollo de cada uno de sus miembros, Mutis, F. (2006) tomando a Minuchin (1999) nos dice que las funciones de la familia se orientan a dos fines: “Uno es interno, la protección psico-social de sus miembros, el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura”.³

El Modelo Sistémico-Constructivista considera a las personas como seres dotados de inteligencia, la cual les permite tomar registro de sus vivencias. La interacción con otros y el medio, generan significaciones en un sujeto, la particularidad de la realidad reside en el interior de cada ser, y no es más que la propia significación que se otorga a un evento dado.

² www.bebesymas.com/ser.../la-familia-adoptiva - España

³ Mutis, F. 2006 Trabajo Infantil y Familia. En mailxmail.com, cap. 15 www.mailxmail.com/curso.../funciones-familia.

No existen generalizaciones de lo que es más o menos importante para la vida de una persona, tan solo se puede aproximar a ello conociendo las subjetividades de cada uno. Desde nuestra práctica podríamos plantearnos conocer la rutina diaria de los integrantes familiares, y que significaciones otorgan a esta. El modo de significar los hechos es el cimiento de la construcción de la identidad, da forma al sentido de sí mismo, y orienta hacia las estrategias de afrontamiento para los futuros eventos vitales. Los vínculos son iconos para la construcción de las significaciones, y se presentan como los entornos sociales de los espacios que habita un sujeto. Estos pueden ser estimulantes, desafiantes, o frustrantes en una determinada experiencia a partir de la cual se construye un significado. ¿Qué bagaje trae el niño de otras experiencias familiares, de su interacción en el barrio, en la escuela, y la institución de residencia?. ¿Qué concepciones guardan los adoptantes, sobre la niñez?. La trama de la vida se construye desde los comienzos mismos de esta, y son las etapas tempranas las de mayor solidez en la historia de un sujeto. Las experiencias de la niñez son determinantes, y los vínculos que en estas etapas se establecen imprimen registros indelebles en la trama vital.

Cuando las familias deciden adoptar niños residentes de instituciones, deben saber que se encuentran en situación diferente a aquellas que adoptan niños recién nacidos, la particularidad de la historia de vida del niño, sumada a su edad, y al tiempo de institucionalización, hacen que el vínculo se funde entre dos fuerzas sinérgicas⁴, e historias diversas⁵

Desde la mirada sistémico constructivista el profesional se posiciona como un promotor de cambios en el modo que los sujetos tienen de vivir su realidad, en T.O. sería invitar a descubrir y descubrirse, construir y construirse en la realización de actividades, y usar el feedback sensorial para desplegar potencialidades que logren una transformación en el auto concepto, y el de los otros, de modo que se logre fundar un sistema armónico, basado en cambios comprendidos y sostenidos por el total del sistema familiar.

Acompañar a la familia y al niño, en esta mutua adopción y los nuevos roles que asume cada integrante es todo un desafío para los profesionales. Podría comenzar tal vez, por el intercambio de prismas con los cuales se mira la nueva vida que se emprende, para comprenderse mejor, y sobre todo al más indefenso y vulnerable. Surgen preguntas tales como: ¿Cómo iniciar esta gestión?, ¿Cuánto conoce la familia adoptante a cerca de los niños residentes de instituciones? Podríamos tal vez invitarlos a leer un seleccionado de artículos, que nos conduzca al debate del tema. ¿Qué

⁴ Las necesidades del niño, y la entrega de la familia entre otras.

⁵ Cúmulos de valores, de esquemas de significación hacia la tolerancia a la espera, a la frustración, a las postergaciones etc.

conciben los niños como familia adoptiva, o que esperan de ellas? Se podría invitarlos a ver películas de historias familiares, que permitan la aproximación a las distintas dinámicas. Se podría también compartir relatos de niños que han sido adoptados.⁶ El profesional deberá desplegar estrategias, que faciliten la co-construcción y auto construcción de los miembros del sistema en sus nuevos roles, permitiendo amalgamar constructor, fortalecer aquellos que favorecen, y ayudar a transformar los que generen obstáculos. No se podrá obviar que en este encuentro aun en la presencia de enormes potencialidades, hay historias de vida construidas a lo largo del tiempo, fundas en cada vínculo, en cada experiencia ingresada por cualquiera de los sentidos. Coronel Aispuro, C y Beltrán Angulo, R. (2006), como resultado de su investigación⁷ señalan que el niño institucionalizado experimenta sentimientos tales como: "sin amor, asustados, sin amigos, espantados, atrapados, desesperados, pensativos, tímidos y sin casas".

¿Con que dispositivos de equipos profesionales se cuenta ante las demandas particulares del nuevo sistema? Gestionar la asistencia de Psicología, Asistencia Social u otra área profesional, es otro modo de acompañar a la familia en este proceso, como también es importante proveerlos de conocimiento acerca de sus derechos y deberes estipulados legalmente. Acompañarlos en la gestión de becas o subsidios en el caso que lo crean necesario y que tenga como fin la conclusión de proyectos tendientes a fortalecer vínculos y/o favorecer el pleno desarrollo de niño.

¿Que recursos ofrece la comunidad para fortalecer a este nuevo sistema? Sería interesante acercarles las propuestas de los distintos espacios recreativos para compartir en familia.

Conclusión:

La familia adoptiva, es un sistema complejo, colmado de nuevas experiencias, (colectivas e individuales), con amplios espectros de demandas, incertidumbres y ansiedades. El abordaje de estas familias demanda interacción entre los profesionales, análisis minuciosos, y comunicación fluida. Y sobre todo decisiones éticas que favorezcan plena e igualitariamente a todos los involucrados del sistema.

Se podría inferir que entre los objetivos de T. O. cabrían los siguientes:

- ✚ Explorar sobre los intereses particulares de uno y otro miembro, buscando el punto de convergencia que invite a la interacción.
- ✚ Lograr que todos, en diversa medida y modalidad, sean protagonistas.

⁶ Existe bibliografía infantil de la temática, en distintos formatos

⁷ "Significado psicológico de abandono en menores institucionalizados y no institucionalizados"

✚ Fomentar la construcción de lazos vinculares, donde cada miembro logre corresponder y sentirse correspondido. Que la mutualidad gane a los sentimientos temidos.

Por último me permito considerar, que como trabajadores de la salud, y en la responsabilidad de co-participar en acciones tendientes al bienestar general, nuestra profesión adeuda su incursión en el campo de acompañamiento y fortalecimiento de futuros adoptantes, niños en situación de adaptabilidad y familias adoptivas.

Bibliografía:

- ✚ Aispuro, C. ; Beltrán Angulo, R. 2006 “Significado psicológico de abandono en menores institucionalizados y no institucionalizados”

- ✚ La familia adoptiva www.bebesymas.com/ser.../

- ✚ La paternidad adoptiva en el imaginario social www.jus.mendoza.gov.ar

- ✚ Mondelli, M. s.f. En Vivir Mejor online. Adopción y Familia www.vivirmejoronline.com.ar/.../D%20-%20Adopcion-masdetalle.asp?

- ✚ Mundaca, M., Gallardo Rayo, I. y Angulo Díaz, P. Factores Que Influyen en el Apego y la Adaptación de los Niños Adoptados. www.galeon.com/ucrania/arxius/apego_adopcion.pd

- ✚ Mutis, F. 2006 Trabajo Infantil y Familia. En mailxmail.com, cap. 15 www.mailxmail.com/curso.../funciones-familia

- ✚ Psicología y Terapia Ocupacional psicologiyto.blogspot.com/

LIMITACION ADQUIRIDA EN EL DESEMPEÑO LABORAL Y DESEMPLEO-

Autor: Sbriller, Liliana

Barrera, Ricardo.

Correo Electrónico: rosalila01@gmail.com

ESTABLECIMIENTO DONDE SE EFECTUÓ LA INVESTIGACIÓN: Productores de Frutas Argentinas Cooperativa de Seguros Ltda. Anchorena 670. C.A.B.A.

Resumen:

Para el presente estudio se tomó como universo el total de los trabajadores despedidos por limitación en el desempeño (39 casos sobre un total de 619 tratados), bajo diferentes circunstancias económicas del país, de la rama de fruti-hortícola, oleaginosas, industria y afines, pertenecientes a Río Negro, Neuquén, Mendoza y Entre Ríos, entre agosto de 1997 y diciembre de 2010

La investigación se dividió en dos etapas, en primer término se elaboró un cuadro de situación y en segundo lugar se estableció como objetivo determinar el beneficio obtenido a partir de la aplicación de recalificación profesional para promover la continuidad laboral.

Se utilizó como modalidad de análisis la investigación basada en la evidencia clínica.

Se dividió la muestra en 3 opciones de implementación: 1) Formación profesional 2) Entrega de maquinarias/herramientas y 3) Asesoramiento y entrega de instalaciones para comercios.

A partir de los resultados obtenidos se determinó la opción “pequeños comercios” como prioritaria, en segundo lugar las “maquinarias y herramientas” y se descartó “formación profesional” para casos de desempleados por limitación adquirida dada la carencia de beneficios encontradas.

Conclusión: este estudio permitió obtener evidencia clínica de los beneficios de la prestación para promover la continuidad laboral autónoma de los casos de trabajadores despedidos por limitación adquirida en el desempeño laboral.

INTRODUCCION

El objetivo del presente estudio fue explorar variables afines a un grupo de trabajadores que fueron desempleados por presentar limitaciones en la actividad (1), tras un accidente laboral o enfermedad profesional y evaluar los beneficios recibidos de la prestación de recalificación profesional, en el marco de la Ley de Riesgos del Trabajo 22457/96 y Resolución 216/03,(2) , con el objeto de promover la continuidad laboral del siniestrado.

En la muestra se incluyeron trabajadores que presentaron las siguientes desventajas: la tarea puede agravar su patología de base o secuelas, presentan riesgos para sí o para terceros o, finalmente, requieren de una modificación en la modalidad de ejecución.

Para Karen Jacobs (3), el concepto de trabajo está constituido por cuatro elementos; 1) el comportamiento laboral o habilidades pre-vocacionales, 2) las destrezas, la capacidad que el trabajador ha aprendido o tiene la posibilidad de aprender, 3) la aptitud o habilidad temprana como coordinación o inteligencia y 4) las capacidades físicas motoras y senso-perceptivas.

Es necesario agregar a este concepto la actitud, es decir, la postura subjetiva del trabajador con respecto a su fuente económica y en este caso la posición que adopta ante la limitación adquirida.

Estos aspectos, que sirven como base para determinar la capacidad laboral actual y futura de una persona aislada, resulta escasa al momento de justificar un despido. Debemos acudir, entonces, al concepto de Factores Contextuales Ambientales (1-4), incluyendo en ese caso, situación jurídica, económica, políticas de empleo, situación particular de la empresa empleadora y relación histórica del trabajador en dicha empresa, relación con sus jefes inmediatos y compañeros.

Dada la magnitud de variables macro, para este estudio, en particular, se descartaron los casos de despido ajenos a la limitación y debido a factores económicos o por dificultades en la relación laboral previos.

Un monto considerable de trabajadores con desventaja fueron reubicados en otros puestos o recibieron la adecuación ergonómica del habitual. Este grupo merecería un análisis posterior.

Para el presente estudio se tomó el total de los trabajadores despedidos por limitación en el desempeño (39 casos sobre un total de 619 tratados), bajo diferentes circunstancias económicas del país, de la rama de fruti-hortícola, oleaginosas, industria

y afines, pertenecientes a Río Negro, Neuquén, Mendoza y Entre Ríos, entre agosto de 1997 y diciembre de 2010.

El objetivo se centró en primer término en detectar factores en común a este grupo para elaborar un cuadro de situación. En segundo lugar se evaluaron los beneficios de la prestación de recalificación profesional para promover la continuidad laboral autónoma. Todos fueron informados en la primera entrevista sobre los alcances de la prestación y sus derechos en caso de ser desvinculados. Recibieron evaluación del desempeño ocupacional, es decir, el querer, el saber y el poder hacer, análisis del puesto de trabajo, entrevistas familiares, a jefes inmediatos y empleadores con el objeto de construir el perfil ocupacional (5-6-7), comunicación al Empleador acerca de las condiciones de reinserción, orientación en formación profesional o asesoramiento en micro-emprendimientos y seguimiento. Para la evaluación se utilizó la biografía ocupacional (8), el profesiograma de OIT modificado (9), en los casos de enfermedad profesional por gesto repetitivo se complementó con evaluación Rula, Test de Michigan o check list Ocrá. (10-11) A partir de la decisión de la empresa de desvincular al trabajador por no contar con puesto disponible para la reubicación (Ley de Empleo 24.013/91) (12), se inicia la Orientación Laboral, es decir, ayudar a la persona en su elección, para relacionarlo con los recursos disponibles en la zona, la situación y tendencia del mercado y las condiciones del puesto, por lo tanto, el nuevo puesto también debe ser evaluado para determinar la factibilidad. (6-13-) Es de destacar que el proceso de Orientación Laboral, encaminado hacia la formación profesional o un micro-emprendimiento, está dirigido a adultos que se ven sometidos a la elaboración de un doble duelo, la pérdida de parte de su capacidad funcional (limitación adquirida) y un despido del empleo, en su aspecto nutricional y de identificación y pertenencia a un grupo social, aceptar la situación, para luego generar un nuevo proyecto de vida (14).

DESARROLLO

El estudio se dividió en dos etapas:

Primera etapa

a) se determinó el total de casos ingresados al área de Recalificación Profesional (619 casos) b) se seleccionó los casos que reunían las dos variables: despido y limitación en el desempeño laboral. (39 casos), c) se evaluaron las siguientes variables:

Factores Personales: sexo, edad, nivel educacional (analfabeto, semi-analfabeto (escolaridad primaria incompleta) o alfabeto (a partir de la escolaridad primaria completa), porcentaje de incapacidad laboral otorgada por comisión médica

Factores Contextuales Ambientales del trabajo: puesto (CIUO) (15), tipo de siniestro (accidente e in itinere o enfermedad profesional, tiempo de permanencia en la empresa, presencia o no de políticas empresariales de desvinculación para discapacitados,

Implementación de Recalificación Profesional: tiempo total de la prestación y tiempo transcurrido entre el inicio de la Orientación y la conclusión del caso

d) – Se obtuvieron los siguientes resultados

Factores Personales: Edad: la muestra marcó que el 65% de los casos se concentró en el rango mayor de 40 años, considerado núcleo duro de la fuerza laboral. Sexo: se dividió en partes iguales, por lo tanto se manifestó como evidencia insuficiente. Escolaridad: el 65% completó sus estudios primarios o más. El porcentaje de incapacidad otorgado por Comisión Médica analiza fundamentalmente la función perdida, en esta muestra, el 28% de los casos se concentró en el intervalo 10-20%, en un rango total que va de 0% (4 casos) hasta el 95%, como se mencionó anteriormente, éste intervalo no aparece como significativo al momento del despido.

Con respecto a los Factores Contextuales Ambientales. La permanencia en el empleo del cual fueron despedidos se promedió en 12,13 años en un rango total que iba de 1 (se incluyeron 4 casos que trabajaron menos de 1 año) a 38 años.

El tipo de tarea sumó un 79,48 % en la suma de los códigos CIUO 9211(mozos de labranza) y 7414(operarios de la conservación de fruta), dato importante pero no relevante dado que éste grupo de trabajadores ocupa el mayor porcentual de los trabajadores asegurados. Con respecto a la postura del empleador, las políticas empresariales explícitas o implícitas que promueven el desempleo de personas con limitación adquirida por cuestiones imputables al trabajo, se concentró en el 59%. Dato a tener en cuenta, el 64,10% de los siniestros fueron resultado de un accidente laboral Para concluir, se evaluaron los tiempos requeridos por los trabajadores para poder elaborar el doble duelo y programar un proyecto de vida como se mencionó anteriormente, el 61,53% requirió menos de un año, teniendo en cuenta que la modalidad del área comienza la evaluación a partir del alta sanatorial y muchos de los casos presentados corresponden al tipo “*caso grave*”.El período requerido desde la comunicación del despido y por consiguiente

inicio de la Orientación tuvo una concentración de 79,48% de los casos en menos de 6 meses

Segunda etapa:

Se utilizó como modalidad de análisis la investigación basada en la evidencia clínica (16) a partir de la pregunta: Cuál es la prestación que aporta mayores beneficios para promover la continuidad laboral autónoma en esta muestra?, con el objetivo de “*mejorar la calidad de las opciones de la prestación*”

Se dividió la muestra en 3 opciones de implementación: 1) Formación profesional: 7 casos, 2) Entrega de maquinarias/herramientas: 23 casos y 3) Asesoramiento y entrega de instalaciones para comercios (no contemplado en R 216/03) : 9 casos.

Se subdividió las 3 opciones en “*beneficios, carencia de beneficios, daños, comentarios*”.

De los 39 casos asistidos, al menos 3 trabajadores (1 de formación y 2 de entrega de maquinarias) volvieron a su puesto habitual en otra empresa, sin tomar en cuenta la indicación y sin contralor por parte de las empresas en la evaluación pre-ocupacional. No se encontraron casos en el ítem daños, por lo tanto se consideraron beneficios o carencia,

1) Formación Profesional: Dos personas abandonaron el curso por haber conseguido trabajo en otra empresa durante la cursada, con horarios incompatibles. Cinco casos no ejercieron. Por lo tanto ésta opción se considera CARENTE DE BENEFICIOS.

2). 23 casos recibieron maquinarias o herramientas básicas para oficios, por ejemplo peluquería (set de tijeras, peines, etc), costura domiciliaria (máquina de coser), a veces con objetivos prefijados como la confección de ropa para galgos de carrera en General Roca).. Comentarios: 3 de los casos alquilaron las herramientas a otros trabajadores sin limitación y dos casos retomaron su puesto anterior (contraindicado) en otra empresa y 18 ejercieron el nuevo oficio. La opción se considera BENEFICIOSA

3) Nueve personas optaron por pequeños comercios, se les proveyó instalaciones básicas desarrollaron su tarea con resultados exitosos, generalmente compartiendo la tarea con familiares (librerías, tienda de ropa, cibercafé en un barrio humilde y otros).

Estos trabajadores contaban con espacio y apoyo familiar. La opción 3 se considera BENEFICIOSA.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se determinó la opción “pequeños comercios” como prioritaria, en segundo lugar las “maquinarias y herramientas” y se descartó “formación profesional” para casos de desempleados por limitación adquirida dada la carencia de beneficios encontradas.

Para el sociólogo Eduardo Joly, (17) “discapacidad y pobreza se retro-alimentan. Según inferencias de la OIT, el 80% de los discapacitados se encuentran desempleado”, cifra que asciende al 90% para nuestro Ministerio de Trabajo

El presente trabajo apunta a mejorar la calidad de prestación, dirigida a la posibilidad de reconversión de una parte de la población, personas con limitación adquirida en el empleo (18), no todos incluidos en el concepto de “discapacidad” (19). Queda mucho por investigar acerca de la función de terapia ocupacional como promotores de la continuidad laboral.

BIBLIOGRAFIA

- (1) OMS- OPS. "Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud". Edición en español IMSERSO-, España- 2001 Traducción: miembros de la Red de Habla Hispana en Discapacidad (RHHD) coordinado por José Luis Vásquez-Barquero.
- (2) Ley 245577-96 y R 216-/03: Recalificación Profesional www.srt.gov.ar/normativa/infoleg
- (3) JACOBS, Karen: "Evaluaciones y programas de trabajo". . Unidad II. Cap 8 WILLARD Y SPACKMAN , 8ª Edición. Editorial Médica Panamericana
- (4)-COLE SPENSCER, Jean: "Evaluación contextual del desempeño". U. 7. Cap. 26. W y Spackman: "Terapia Ocupacional" 10 ° edición. Ed Médica Panamericana. Bs. As 2003-
- (5) AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASOCIATION: "Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional": dominio y proceso. Puerto Rico. Publicación y divulgación: www.terapia-ocupacional.com, www.atopr-online.org , 2º edición- 2008. (6)
- SBRILLER, Liliana: "Relación entre educación universitaria y hospitalaria. Implementación del aprendizaje basado en problemas (ABP). Trabajo libre. XXVIIº Jornadas Multidisciplinaria del Hospital Gral de Agudos P. Piñero- 2010.- Inédito-
- (7) AUTORES varios: "Seminario: Formación laboral,

empleo y discapacidad, hacia la construcción de criterios comunes”. Bs As 2002.

Organizadores: Integrándonos para integrar, Puente Verde y Cospe. Apunte de cátedra

(8) LARSON, Elizabeth,

WOOD, Wendy, CLARCK, Florence "Ciencia ocupacional, desarrollo de la ciencia y la práctica de la ocupación a través de una disciplina académica". Willard y Spackman:

"Terapia Ocupacional" 10 º edición - Editorial Médica Panamericana. Bs. As 2003-

(9) SCHWARTZ, Mónica, ENRIQUEZ, Celina, FERNANDEZ, Silvina,.

"FICHA PROFESIOGRAMA" (RECOPIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN)- . Inédito.

Ficha de Cátedra. Teoría y técnica de TO V. Lic en Terapia Ocupacional- Ftad de Psicología. UBA. 2007.-

(10) CUENCA, G, y SLEMENSON, C.:

Resolución MTESS Nª 295/0 3. Anexo I (-11) Ergonomía). Manual de Aplicación.

UART 2004-

(11) ALVAREZ- CASADO,

Enrique, HERNANDEZ-SOTO, Aquiles, TELLO-SANDOVAL, Sonia: "*Manual de evaluación de riesgos para la prevención de trastornos músculo-esqueléticos*". ACHS, Edición Especial, Congreso ORP 2009. Editorial FH. Factors Humans.. Primera edición. Barcelona, España, 2009.

(12) . Ley Nacional de

Empleo Nª 240137/91. Protección del trabajo- 1991-

(13) SBRILLER,

Liliana y SCHWARTZ, Mónica: "*Orientación laboral en pacientes psiquiátricos*".

trabajo libre IV Congreso Argentino de terapia Ocupacional. Bs As, 2003.- (14)

FIGLEY, Charles: "*El tratamiento del Stress post-traumático, una perspectiva basada en la teoría*". Revista de Psicotrauma para Iberoamérica. Vol II, Nª 1. Mayo 2003-

(15) CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL UNIFORME DE OCUPACIONES.

(CIUO). Listado de Códigos- 1988. www.srt.gov.ar

(16) STUART, Barton y otros, equipo editorial. "*Evidencia clínica*". 1º

edición 2002- -Traducción: Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona, España.

(17)- JOLY, Eduardo. "*Trabajo y discapacidad*"-

Seminario Discapacidad y Derechos/Programa Discapacidad y Universidad/ Secretaría de Extensión. UBA 2010.

(18) STANG, Silvia: "*Habrá seguros contra*

accidentes laborales". LA NACION, Diario-Sección Economía- 30-01-2011

(19) Convención sobre los Derechos

de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo- www.un.org/disabilities.

Título del trabajo: **Los jóvenes con discapacidad visual en la comunidad.**

García Diana

Terapeuta Ocupacional

dianagarcia640@hotmail.com

Resumen: Ante la invitación que nos ofrece el VII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, de reflexionar acerca de nuestras prácticas profesionales, he querido ubicarme para ésta reflexión, en relación al tema de los jóvenes con discapacidad visual y su relación con la comunidad educativa, social y laboral.

Analizar nuestro hacer profesional, mirando especialmente a éste segmento de la población y desde la perspectiva de la entidad en la que participo.

* *El trabajo consta de página de inicio / portada , 3 carillas de texto y 1 carilla de bibliografía.*

Autor Diana García

Soy integrante del equipo profesional del Centro de día para adultos ciegos y disminuidos visuales, de San Fernando (Bs.As.) .Me acompañan en ésta reflexión , todas las improntas culturales y profesionales de mis compañeros de equipo que iluminan éste análisis con todos los saberes, sabores y colores de la cotidianidad.

Voy a facilitar aquí algunos datos como para ayudar a crear en los oyentes de éste escrito, la idea del Centro, (objetivos, misión, historia), aunque será muy breve. Unos pocos datos , con la intención de ponerlos en la situación ,procurando evitar números y estadísticas.

-Centro de Día (entidad estatal) , es la figura legal que nos enmarca según convenio con la Provincia de Buenos Aires (dependencia Ministerio de Desarrollo Social) y el Municipio de San Fernando.

-Asociación Cooperadora del Centro de Día... (asociación civil – ONG) , que acompaña y sostiene con recursos propios ,actividades y proyectos .

Tenemos 23 años de historia, de trabajo y de haber compartido la vida con mas de 360 personas con discapacidad visual y sus familias.

- Concurren -a Dic.2010- 87 beneficiarios. Adultos de entre 15 y 93 años
- Personas ciegas 57.5% - Personas con baja Visión 42,5%

-Los objetivos del Centro están orientados a contribuir con la calidad de vida de éstas personas.

- Brindamos el servicio de rehabilitación básica: (actividades de la vida diaria, orientación y movilidad, comunicación) .

- Sostenemos talleres de actividades culturales, artesanales y expresivas que constituyen la fortaleza del Centro de Día y brindan contención, pertenencia y crecimiento personal ,al 70 % de nuestros beneficiarios.

- Acompañamos desde todas las áreas profesionales, y en las distintas situaciones de vida de cada uno, con entrevistas individuales y/ o familiares .

- Propiciamos espacios de capacitación y entrenamiento e inclusión laboral.
- Realizamos contactos con la comunidad educativa para favorecer la terminalidad de estudios básicos y medios, cómo así también el desarrollo de estudios superiores .

Veamos ahora la situación de los jóvenes.... (de 15 a 30 años). Constituyen el 25% de nuestra población. Aunque destaco que hay otro 24% que son adultos de más de 75 años. (Ellos ocuparán nuestra reflexión en otra oportunidad, seguramente)

El 50% que media entre los 2 grupos etáreos son mujeres y hombres de entre 30 y 75 años.

En su mayoría son ciudadanos de San Fernando y Tigre; algunos de municipios cercanos y un pequeño porcentaje de la ciudad de Buenos Aires.

Volviendo ahora al tema de los jóvenes, revisemos situaciones por las que puede aparecer la demanda de rehabilitación.

Niños que nacieron ciegos o adquieren la ceguera por circunstancias peri natales , que cursaron escolaridad primaria y/o estudios secundarios, en escuelas comunes y/o especiales y que se acercan en la adolescencia ,buscando mayores posibilidades de independencia personal.

Entiéndase: mejor manejo en la vía pública, autonomía en las tareas domésticas, mayor socialización y prácticas deportivas, recreativas y sociales .

Niños y/o jóvenes que transitaron su niñez con baja visión, con grandes dificultades educativas y sociales y que van perdiendo capacidades visuales por progresión de la patología

Con ésta pérdida de las capacidades y con el largo camino de consultas médicas e intervenciones quirúrgicas , también se pierden años de estudio, posibilidades de terminar en tiempo y forma su escolaridad, los amigos, el viaje de egresados, etc.

Jóvenes que por enfermedades, lesiones neurológicas, heridas de bala, accidentes automovilísticos o del trabajo, pierden la vista y se transforman en cuestión de minutos en personas ciegas... “sin saber el oficio y sin vocación” ¹(Serrat) .

Comenzar a circular en un mundo, en un ambiente completamente ajeno y desconocido, al que hay que habituarse y dominar sistemas extrañísimos, lecto-escritura Braille, bastón blanco, teléfono, computadora y reloj que hablan con voz sintetizada.

¹ Serrat, Joan Manuel .Canción “Esos locos bajitos”

Claro está que todos éstos jóvenes provienen de nuestra comunidad, con todos los condimentos del conurbano bonaerense , chicos de clase media, hijos de trabajadores, de profesionales, adolescentes en situaciones de vulnerabilidad social, pobreza, marginalidad, cómo así también jóvenes con óptimos recursos económicos y sociales .

Todos ellos se acercan buscando elementos , herramientas, estrategias, que los ayuden a ser personas socialmente plenas y autónomas.

Muchos de ellos con deseos propios y genuinos y otros con deseos prestados por sus padres, novios o amigos.

Una vez pasada ésta instancia, le sucede una serie de encuentros con profesionales (profesores especializados en discapacidad visual, psicóloga ,terapista ocupacional, trabajador social) y en estos ellos se van dando a conocer y re-conociéndose e integrando aspectos, desde las distintas miradas y enfoques, atravesados por la formación profesional de cada uno.

Todo esto nos permite volver a entretener de una manera primaria, básica, las características personales del sujeto, su historia de vida, sus expectativas y sus miedos...

En estas instancias, el sujeto que asiste participa de una manera más pasiva, expectante ,de lo que desde la institución se le puede ofrecer.

El equipo profesional toma aquí un rol más activo en cuanto a la planificación del proyecto de rehabilitación personal para ese sujeto.

Este proyecto, armado en forma interdisciplinaria, persigue un propósito de atención integral, de suministro de distintas herramientas que la persona pueda ir incorporando e implementando para el desenvolvimiento de su vida cotidiana como persona que posee una discapacidad visual o una disminución de su capacidad visual.² (Saraceno)

Aparece aquí una primera reflexión: Cuando ofrecemos éste “suministro” de herramientas, procuramos no tirar toda la caja sobre la mesa...sino mostrar un abanico de posibilidades y ayudas técnicas que pueden ir tomando de a una y según su momento y necesidad . Y es allí donde aparece el placer, la gratificación:-Puedo afeitarme! puedo cortar la comida! puedo ir al kiosco a comprar una tarjeta para el celular! puedo chatear con mis amigos! Si esto se da ... apoyamos sobre ésta base otro ladrillo y seguimos construyendo. Si estamos apurados y queremos trabajar con la herramienta que tenemos más a mano o con la que nos dio resultado con la persona anterior, a veces se nos complica implica pensar y replantear.

Es éste un proceso personal y único pero al mismo tiempo, tanto el beneficiario como el equipo profesional, están inmersos en un sistema que los caracteriza por tener un punto en común de interés: la discapacidad. Y están bajo el encuadre de reglamentos, leyes, prácticas profesionales que los igualan con otras personas con discapacidad (certificado de discapacidad, prácticas de rehabilitación, normativas provinciales, nacionales y municipales), etc.

Este encuadre constituye un gran marco, y dentro de ese marco están las personas que realizan la rehabilitación y los profesionales. En la medida que va transcurriendo el proceso de rehabilitación, los distintos actores se “van moviendo”, van cambiando de posicionamiento.

Recordando a Pierre Bourdieu³ al tratar el tema del poder y los actores sociales, el proceso de rehabilitación se asemeja a lo que él explicaba en sus producciones.

A medida que transcurre el proceso de rehabilitación, el beneficiario que en un primer momento tomaba un rol más pasivo, pasa a tener más independencia, más protagonismo de su mismo proceso y esto le permite posicionarse de manera distinta.

Los distintos conocimientos y aptitudes que va incorporando, le permiten tener “más poder” sobre sus acciones llevándolo a modificar sus hábitos de vida, su práctica de vida cotidiana, a concretar sus propósitos : terminé el secundario! me fui a vivir sólo! estoy en pareja! me llamaron para una entrevista laboral!

² Saraceno, Benedetto *La ciudadanía como forma de tolerancia* . Organización Mundial de la Salud, Ginebra

³ Bourdieu, Pierre *El sentido práctico* . Editorial Taurus . España 1992

Autor Diana García

Y los profesionales, van tomando cada vez más, un rol de acompañamiento, asesoramiento. Cuánto más si pensamos en jóvenes. Los vemos, los sentimos, (con todos los sentidos), mientras circulan por el Centro, y ahora la gratificación se redobla cuando sabemos ser puente, trampolín para pasar, saltar a otros lugares personales y sociales.⁴ (Sen,A)

Algunos no pueden hacer éstos cambios, o al menos no cuando nosotros pensamos que ya sería tiempo.

Cabe entonces otra reflexión: estamos viendo realmente lo que ésta persona necesita? Se lo hemos preguntado? ¿sabemos esperar la respuesta? Utilizamos todas las redes, conexiones, vínculos posibles para no trabajar aislado? Nos permitimos probar otra estrategia? Tuvimos en cuenta intervenciones anteriores para poder replicarlas? -

Por supuesto que, aunque pensemos en replicar acciones, cada proceso es único, porque cada persona lo es. El hecho de que el plan de rehabilitación sea específico a las necesidades de cada beneficiario, permite ir haciendo los ajustes necesarios para el replanteo que el proceso requiera. Estos ajustes se realizan gracias a la evaluación constante del proceso de rehabilitación de esa persona.

Mirada crítica hacia ese proceso de rehabilitación en un marco social / comunitario .

Implica repensar estrategias, reconocer desaciertos, errores, omisiones y también las fortalezas y aciertos.

El marco de referencia teórico que nos acompaña en ésta reflexión y en la práctica cotidiana está tomado del Modelo Constructivista de la Rehabilitación (Molina de Rondinas)⁵ Este modelo define el significado y consecuencias de la discapacidad de acuerdo con las actitudes, prácticas y estructuras institucionales más que por las deficiencias en sí.⁶(CNREE).

El propósito de quienes trabajamos con este modelo, es reducir al máximo las barreras físicas y sociales que limitan a los individuos con sus deficiencias⁷ (Verdugo). Romper las barreras físicas, sociales y actitudinales existentes contra las personas con discapacidad es tan importante, sino lo es más, como curar las deficiencias físicas o mentales.

Este es el gran desafío que presentan hoy las ciencias sociales, y en ese cambio estamos involucrados todos los actores.

Muchas gracias!

TO. Diana García

Centro de Día para adultos Ciegos y disminuidos visuales

Municipalidad de San Fernando

Provincia de Buenos Aires.

Calle Besares 1240

Te. 4745 9123 y 4746 2876

centrodeciegos@sanfernado.gov.ar

⁴ Sen, Amartya Exclusión e Inclusión Texto de un trabajo 12/11/ 2001, en la conferencia inaugural sobre el tema "Incluir a los Excluidos," preparada por "South Asians for Human Rights", (India).

⁵ Molinas de Rondinas, Juana 2006 "Ocupación y significado: aportes a Terapia Ocupacional desde un modelo constructivista" Santa Fe, Argentina

⁶ CNREE . Plan Estratégico 2010-2015 del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Costa Rica (CNREE) Modelo de rehabilitación constructivista. (online) .

⁷ Verdugo Alonso, Miguel Ángel y Aguado Díaz Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Siglo XXI de España Editores, 1995

Bibliografía

Saraceno Benedetto, 1999 “La ciudadanía como forma de tolerancia” Revista Tres al Cuarto Actualidad, Psicoanálisis y Cultura, Barcelona, tercer trimestre pp.51-57.

Rivero Coín, Manuel ,Bueno y otros 1994 “Deficiencia visual, aspectos psicoevolutivos y educativos”. Ediciones Aljibe, Archidona, España. Cap.16 .Pp.162 a174-

Eroles Carlos, Fiamberti Hugo, compiladores (2009) “Los derechos de las personas con discapacidad”, Universidad de Buenos Aires, Secretaría de Extensión.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Servicio Nacional de Rehabilitación, Ministerio de Salud de la Nación (2007)

Romero Ayuso, Dulce María y Moruno Miralles, Pedro 2003.“Actividades de la vida diaria” Editorial Masson. España. Cap. 22-

Molinas de Rondina, Juana 2006 “Ocupación y significado: aportes a Terapia Ocupacional desde un modelo constructivista. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina

http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_significado_constructivismo_Molinas_Rondina.shtml

Molinas de Rondina, J. “Significados en el encuentro terapéutico”. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [-fecha de la consulta-]; (5): [10 p.]. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina

<http://www.revistatog.com/num5/pdfs/ORIGINAL2.pdf>

De Jesús Maritza y Ordaz María Gabriela 2006, “El significado del trabajo: estudio comparativo entre jóvenes empleados y desempleados”, Universidad Central de Venezuela”.

Revista de psicología . Univ. Cent. Venez. [online]. 2006, vol.25, n.2, pp. 64-77.

Godachevich, Mariano, Iglesias Ricardo y Chávez Yanina.2005 “Capacitación e inserción laboral de las personas con discapacidad visual.Buenas prácticas y lecciones aprendidas” (Buenos Aires) FAICA (on line) .

Sen Amartya, Conferencia “Exclusión e inclusión” **Texto de un trabajo presentado el 12 de Noviembre de 2001, en la conferencia inaugural sobre el tema "Incluir a los Excluidos," preparada por “South Asians for Human Rights”, presidida conjuntamente por Asma Jahangir (Pakistan) e I.K. Gujral (India).**

http://www.flacso.or.cr/fileadmin/user_upload/biblioteca_digital/CURSO_VIRTUAL/CP_sen_exclu.doc

CNREE . Plan Estratégico 2010-2015 del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Costa Rica (CNREE) Modelo de rehabilitación constructivista.(online) .

Hopkins Helen y Smith Helen.1998 “Willard / Spackman.8va. ed.Terapia Ocupacional” Editorial Médica Panamericana (Madrid) Cap.4. Sección 1 y 2.Pp.58 a 61-

The American Journal Occupational Therapy, “Marco de trabajo para la practica de la Terapia Ocupacional” Ambito de competencia y proceso. Adaptación al español de articulo: Occupational therapy practice framework, Domain and process. Nov/Dic 2002. Volumen 56, numero 6. Pp.609.639-

Polonio López B , Durante Molina P y Noya Arnaiz B. 2001.“Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional” Editorial Médica Panamericana (Madrid) Pp.125 a 128-

MACS, Sistema de clasificación de la habilidad manual para los niños con Parálisis Cerebral.

Consenso del nivel en el que se encuentra un niño según el criterio de sus padres, terapeutas ocupacionales tratantes y terapeutas ocupacionales de nuestra institución en la población Argentina.

Autores: Mauriño, María Evangelina.
Bargo, María Cecilia

Correo Electrónico: evange_mau@hotmail.com

Resumen del trabajo

Este trabajo pretende compartir una experiencia iniciada durante el año pasado y que continúa llevándose a cabo en el transcurso del corriente año en el Centro Educativo Terapéutico de niños y adolescentes (CETNA), perteneciente al instituto F.L.E.N.I de la localidad de Escobar, Provincia de Buenos Aires, especializado en la atención pediátrica de niños con patologías neurológicas.

De acuerdo a la variabilidad que presentan estos pacientes, los mismos requieren de un equipo interdisciplinario para ser atendidos, el cual se encuentra conformado por médicos, neurólogos, neuroortopedistas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogas y asistente social. A partir de las necesidades de poder tener un lenguaje en común entre los integrantes del equipo se decidió la implementación del **Sistema de Clasificación de la Habilidad Manual** esta herramienta fue estudiada por un grupo de profesionales provenientes del hospital universitario de Karolinska, ubicado en Suecia.

El mismo es usado en los niños con parálisis cerebral, para describir el uso de sus manos durante la manipulación de los objetos en las actividades de la vida diaria.

Objetivo

Conocer si existe consenso entre padres, terapeutas tratantes y terapeutas de nuestra institución acerca de cual es el nivel de MACS (Sistema de Clasificación de la Habilidad Manual) que mejor representa a cada uno de los pacientes con parálisis cerebral entre 4 y 18 años que concurrieron a la institución en el periodo 2010 - 2011.

Material y método

A partir de aquí, informaremos a los padres y terapeutas tratantes que incluye cada nivel del sistema de clasificación de la habilidad manual para poder unificar los criterios. El mismo, se refiere a la manipulación de objetos de la vida diaria en el espacio personal del niño (espacio cercano, inmediato).

El C.E.T.N.A recibe en su mayoría pacientes de toda Argentina que participan de diferentes módulos según la necesidad de cada uno de ellos. Los módulos en los cuales nos focalizaremos para este trabajo son: hospital de día y módulo motor.

La modalidad de los mismos varía de acuerdo al equipo de profesionales y tipo de atención que requiere. El tiempo puede ser de una a seis semanas aproximadamente.

Selección de Pacientes: Pacientes que presenten como diagnóstico Parálisis Cerebral entre 4 a 18 años.

Criterio de exclusión: pacientes menores de 4 años, que no presenten Parálisis Cerebral y que sus padres no estén de acuerdo en participar del mismo.

Se le entregará una ficha impresa a los padres durante el módulo en el cual participan. La misma cuenta con una pequeña descripción del propósito del sistema de clasificación de la habilidad manual y se detallan los niveles en un cuadro donde se debe ubicar al niño según su criterio. Se le explica verbalmente cada una de las características de los niveles para asegurarnos un mayor entendimiento. Ocasionalmente, los pacientes se encuentran acompañados durante la estadía por sus terapeutas tratantes por lo tanto, la ficha es entregada para que puedan completarla cuando ellos dispongan. Caso contrario nos comunicamos vía e-mail/telefónicamente con aquellos terapeutas que no pudieron visitar la institución.

Resultados

Los resultados se analizarán y elevarán una vez finalizado el proyecto. Al momento los datos relevados no son suficientes para poder realizar estadística descriptiva y mucho menos generalizar los mismos en nuestra población de niños del CETNA.

Discusión

Consideramos que al consensuar el mismo nivel de MACS en un mismo niño, nos da la posibilidad de unificar objetivos terapéuticos y trabajar junto a la familia y terapeutas locales, en forma mancomunada, para favorecer la máxima participación del niño en las

actividades, brindándole oportunidades a través de la elección del equipamiento adaptativo más adecuado y a través de las estrategias terapéuticas.

Bibliografía

- Eliasson AC, Krumlinde Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM, Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev Med Child Neurol* 2006. 48:549-554
- Morris C, Galuppi B, Rosenbaum PL. Reliability of family report for the Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol*, 2006; 46(7):455-60.
- Plasschaert VF, Ketelaar M, Nijhuis MG, Enkelaar L, Gorter JW. Classification of manual abilities in children with cerebral palsy under 5 years of age: how reliable is the Manual Ability Classification System? *Clin Rehabil*. 2009 Feb;23(2):164-70.
- Öhrvall A.M, Eliasson A.C. Parents and therapists perceptions about the content and construct of Manual Ability Classification System, MACS. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 2010 Feb 27. [Epub ahead of print]
- Imms, Carlin J, Eliasson AC. Stability of parent reported manual ability and gross motor function classification of cerebral palsy *Dev Med Child Neurol*, 2009 May 21. [Epub ahead of print]
- Akpınar P, Tezel CG, Eliasson AC, İcagasioglu AI. Reliability and cross-cultural validation of the Turkish version of Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2010 Apr 7. [Epub ahead of print]
- Meeteren van J., Roebroek M.E., Grund de A., Nieuwenhuijsen C., Stam H.J.: Using the Manual Ability Classification System (MACS) in young adults with cerebral palsy of normal intelligence. *Disabil. and Rehabil* (in press)

TÍTULO DEL TRABAJO: Manejo de la subluxación de hombro en pacientes con hemiplejía

Autores:

Vanina Lado

Correo electrónico: vlado@fleni.org.ar

Rubel Iván

Olmos. Lisandro

Resumen

Introducción: La subluxación del hombro en pacientes con plejia del miembro superior esta frecuentemente asociada a dolor de hombro y pérdida de la función del miembro superior.

Objetivo: evaluar i) Las características temporales de esta condición ii) la efectividad del tratamiento con diferentes tipos de slings, taping y electroestimulación, y iii) la función y el dolor del miembro superior en relación a la posición de la cabeza humeral en la glena.

Material y Método: 25 pacientes fueron incluidos en este estudio dentro de los 30 días del evento inicial. Los pacientes fueron evaluados en forma clínica y radiográfica La evaluación se repitió a los 60 y 90 días del evento.

Resultados: En 23 casos se documentó la existencia de subluxación de hombro a pesar de haber cumplido con el tratamiento en su totalidad. Solo 11 presentaban dolor. El dolor de hombro se observó en mayor grado al inicio del programa de rehabilitación. No hubo relación entre el dolor y el grado de subluxación.

Consideraciones Finales: Se observa una tendencia irreversible hacia la luxación a pesar del tratamiento instaurado. La luxación del hombro no se condice linealmente con una peor función del miembro ni con mayor dolor.

En las placas radiográficas se observa una diferencia sustancial de la diastásis glenohumeral con sling colocado por el acompañante y el mismo sling corregido por el terapeuta, observándose reducción de la subluxación en el segundo caso.

Conclusión: La pérdida de la posición anatómica del hombro no se correlaciona con una peor función del miembro, ni tampoco con el dolor de hombro. La reducción de la subluxación con el uso de soportes de hombro se circunscribe solo al momento de su uso. Es de vital importancia para la alineación glenohumeral la educación del cuidador/acompañante del paciente en la colocación del sling indicado.

Titulo: Manejo de la subluxación de hombro en pacientes con hemiplejía

FLENI. Sede Escobar. Panamericana Km. 52,5. Ramal Escobar. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La subluxación del hombro en pacientes con plejia del miembro superior esta frecuentemente asociada a dolor de hombro y pérdida de la función del miembro superior. El tratamiento de la misma incluye modalidades terapéuticas, acompañadas por dispositivos de sujeción.

Objetivo: Es nuestro objetivo evaluar i) Las características temporales de esta condición ii) la efectividad del tratamiento con diferentes tipos de slings, taping y electroestimulación, y iii) la función y el dolor del miembro superior en relación a la posición de la cabeza humeral en la glena.

Material y Método: 25 pacientes con diagnostico de accidente cerebro vascular fueron incluidos en este estudio dentro de los 30 días del evento inicial. Los pacientes fueron evaluados en forma clínica y radiográfica (sin sling, con sling colocado por acompañante y con sling corregido por el terapeuta ocupacional), en el ingreso al programa y previo al tratamiento de rehabilitación. La evaluación se repitió a los 60 y 90 días del evento. En cada evaluación se completaron los scores de función del miembro superior así como también la posición del hombro en radiografías. Todos fueron evaluados utilizando la escala de Brunnstrom, para determinar la función del MS en cada etapa del tratamiento; además de evaluar también el estatus funcional con el FIM y el índice de Barthel. En cada evaluación también se completo una escala analógica de dolor.

Resultados: En 23 de los 25 casos se documentó la existencia de subluxación de hombro a pesar de haber cumplido con el tratamiento en su totalidad. De los 25 casos, solo 11 presentaban dolor. El dolor de hombro se observó en mayor grado al inicio del programa de rehabilitación. No hubo relación entre el dolor y el grado de subluxación. (Tabla 1.)

Tabla 1. Relación entre subluxación y dolor

Cod	Edad	Estadio de Brunnstrom			Subluxación			Dolor		
		30 días	60 días	90 días	30 días	60 días	90 días	30 días	60 días	90 días
1	27	2	2	2	I	AI	AI	no	no	no
2	65	2	2	2	I	I	I	Si	si	si
3	71	1	1	1	I	I	I	NE	NE	NE
4	71	1	1	1	I	I	I	Si	si	si
5	53	1	1	2	I	AI	AI	Si	si	si
6	60	1	2	2	I	I	I	Si	si	si
7	66	1	1	1	AI	AI	AI	No	no	no
8	27	1	4	4	No	No	No	No	no	no
9	60	1	1	1	I	I	I	Si	si	si
10	66	4	4	4	I	I	I	No	no	no
11	55	1	1	1	No	No	No	No	no	no

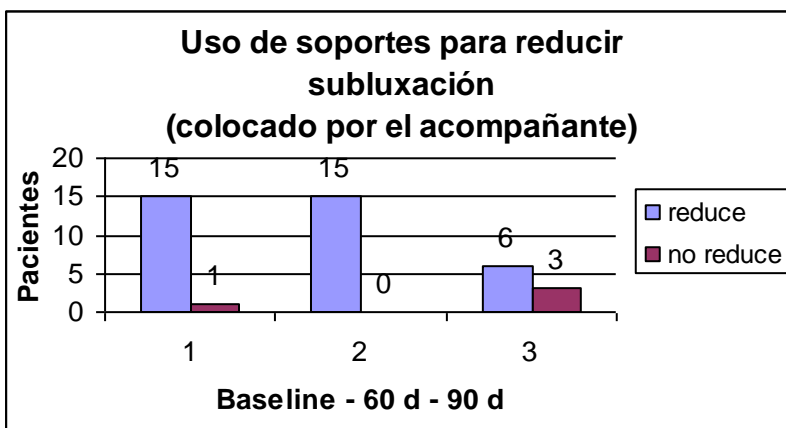
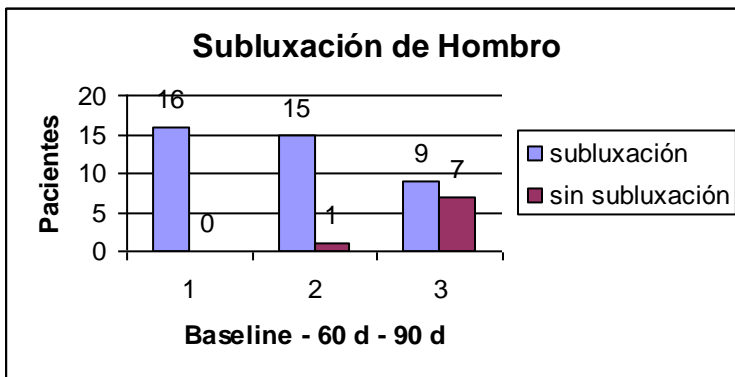
12	84	1	1	1	I	I	I	No	si	si
13	74	2	2	2	A	A	A	No	no	no
14	44	1	1	1	I	I	I	no	no	no
15	70	1	1	1	I	I	I	si	si	si
16	47	1	2	2	I	I	I	si	si	si
17	51	1	6	6	A	A	A	si	no	no
18	60	1	4	5	I	I	I	no	no	no
19	47	1	1	1	I	I	I	no	no	no
20	63	1	1	1	I	I	I	no	no	no
21	34	1	6	6	I	I	I	no	no	no
22	57	1	2	2	AI	AI	AI	si	no	no
23	78	1	1	1	I	I	I	si	si	si
24	27	1	2	2	I	I	I	si	no	no
25	71	1	1	1	I	I	I	no	si	si

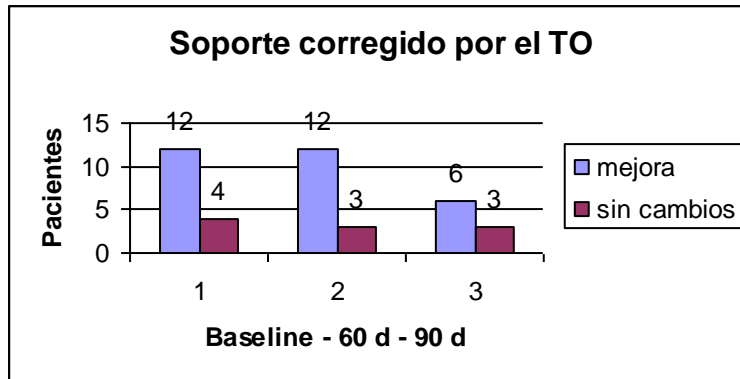
Subluxación:

AI = antero - inferior

I=Inferior

No= sin subluxación





Consideraciones finales: En la serie de pacientes estudiados se observa una tendencia irreversible hacia la luxación a pesar del tratamiento instaurado. La luxación del hombro en pacientes pléjicos no se condice linealmente con una peor función del miembro ni con mayor dolor.

En las placas radiográficas se observa una diferencia sustancial de la diastásis glenohumeral con sling colocado por el acompañante y el mismo sling corregido por el terapeuta, observándose reducción de la subluxación en el segundo caso.

Conclusión: La pérdida de la posición anatómica del hombro en pacientes pléjicos no se correlaciona con una peor función del miembro, ni tampoco con el dolor de hombro. La reducción de la subluxación con el uso de soportes de hombro se circunscribe sólo al momento de su uso. Es de vital importancia para la alineación glenohumeral la educación del cuidador/acompañante del paciente en la colocación del sling indicado.

Bibliografía:

- Susan Ryerson, Kathryn Levit. "El hombro en la hemiplejia"
- Tetsuo Ikai, MD, Kenshaku Tei, MD. "Evaluation and treatment of Shoulder Subluxation in Hemiplejia. Relationship between subluxation and pain". 1998
- Mateo Paci, PT, MSC; Luca Nannetti, MD; Lucio Rinaldi, PT. "Glenohumeral subluxation in hemiplejia: An overview". 2005
- Ada L, Foongchomcheay A, Canning C. The Cochrane Collaboration. "Supportive devices for preventing and treating subluxation of shoulder after stroke (Review)". 2005
- Spaulding SJ. "Biomechanical analysis of four supports for the subluxed hemiparetic shoulder". 1999
- Brooke MM. "Shoulder subluxation in hemiplejia: effects of three different supports" 1991
- Boyd EA, Goudreau L. "A radiological measure of shoulder subluxation in hemiplejia: its reliability and validity" 1993
- Jyh-Jong Chang, Jyh-Chaur Tsau and Young-Tso Lin. "Predictors of shoulder subluxation in stroke patients" 1995
- Vivienne Bernath. "Soportes de hombro en pacientes con hipotonía luego de stroke" 2001

MODELO DE GESTIÓN DEL ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE CÓRDOBA.

Lic. T.O. FRUTOS MARIA LAURA

Correo Electrónico: frutoslaura@hotmail.com

I. RESUMEN DEL TRABAJO:

Objetivos: 1. Mostrar el desarrollo histórico del Área de Terapia Ocupacional en la institución.
2. Señalar aspectos relevantes de la gestión que impactan sobre la eficiencia del Área.

Material y métodos:

Descripción histórica: El Área de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación del Hospital Privado se creó en mayo de 1993.

La primera estadística realizada a los seis meses, muestra un promedio de diez pacientes atendidos por mes, en cuatro horas por día.

La rentabilidad era dudosa, ya que las actividades administrativas eran realizadas por una secretaria, sin participación del profesional.

Se podría afirmar que en ese momento, la gestión se limitaba a lo asistencial.

Análisis y estadística: La dinámica institucional, la digitalización de la información, la especialización profesional y la necesidad de demostrar la rentabilidad de las prestaciones, determinó que las estadísticas de las prestaciones del año 2010 llegaran a quinientas cincuenta prestaciones/mes, en nueve horas por día.

El modelo de gestión actual combina los aspectos asistenciales, administrativos y docentes.

Resultados:

Aspectos relevantes de la gestión:

- Actividad asistencial: Está desarrollada por dos profesionales que cubren un amplio horario de atención, en consultorio externo e internado. Las prestaciones están organizadas por nivel de complejidad y urgencia de los tratamientos.
- Actividad administrativa: Los profesionales participan en las tareas de: otorgar turnos, supervisar papelería de Obras Sociales y Aseguradoras de Riesgo de Trabajo y control de facturación.

- Actividad Docente: Los profesionales del Área son Docentes de la Carrera de Especialista en Reumatología del Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, aprobada por la CONEAU.

Se encuentra en estudio del Comité de Docencia el Programa de Residencia de Terapia Ocupacional de dos años de duración.

Consideraciones finales: La permanencia y el crecimiento progresivo del Área en la institución se relacionan estrechamente al modelo de GESTIÓN.

DESARROLLO DEL TRABAJO:

El Hospital Privado Centro Médico de Córdoba es una institución privada de alta complejidad que se fundó en el año 1957. En sus principios fundacionales se mencionan los tres pilares fundamentales que guían la filosofía institucional: asistencia, docencia e investigación.

Cubre una amplia población de Córdoba capital y provincias vecinas. Tiene convenios con las Obras Sociales más importantes de la región y además, cuenta con su propia cobertura de medicina prepaga: la Cobertura de Salud del Hospital Privado.

El Área de Terapia Ocupacional se creó en mayo de 1993 a partir de un proyecto presentado por la Lic. T.O. Ma. Laura Frutos y la T.O. Sabrina Sosa.

Dicho proyecto, estaba basado en su experiencia de “Fellow” en el Ben Taub Hospital del Harris County Hospital District, Houston, Texas y contemplaba la división del Área en “Secciones”: Pediatría, Agudos, Rehabilitación General, Rehabilitación de mano y Psiquiatría.

El proyecto resultaba ambicioso, ya que no descuidaba casi ninguna área de inserción, pero carecía de un soporte fundamental: el conocimiento de la dinámica institucional en el cual se pretendía insertar.

Si se tiene en cuenta que la provincia de Córdoba, en ese momento, no contaba con ninguna carrera de Terapia Ocupacional y los pocos profesionales que se radicaban provenían mayormente de otras ciudades, la inclusión del Área dentro una institución reconocida en su medio, representaba un desafío.

El funcionamiento del Área contaba con una sola profesional que desarrollaba sus prestaciones en un espacio físico de siete metros cuadrados, con capacidad para la atención de dos pacientes por turno, en un espacio horario de cuatro horas por la tarde. Las “derivaciones” ocurrían esporádicamente. Así lo demuestra la primera cohorte estadística realizada a los seis meses: un

promedio de cientos veinte prestaciones por mes.

La demanda de la práctica se concentraba en derivaciones de los Servicios de Ortopedia y Traumatología y Reumatología, en menor escala Neurología, Pediatría y el internado.

La rentabilidad era dudosa, ya que el sistema de turnos, controles de papelería y facturación eran realizados por una secretaria, sin participación del profesional.

Se podría afirmar que en ese momento, la gestión se limitaba a lo asistencial.

Transcurridos diecisiete años desde su creación, en la actualidad, el Área presenta las siguientes características:

- Actividades asistenciales: La desarrollan dos profesionales, en un espacio físico de treinta y cinco metros cuadrados, con capacidad para la atención de cinco a seis pacientes por turno, en un horario de nueve horas (mañana y tarde)

Las estadísticas de las prestaciones del año 2010, demuestran el crecimiento de la demanda de las prestaciones, llegando a 550 (quinientos cincuenta) prestaciones por mes. Las prestaciones están organizadas por nivel de complejidad y urgencia de los tratamientos, de manera que los turnos y horarios son personalizados.

- Actividades docentes: Los profesionales del Área son Docentes de la Carrera de Especialista en Reumatología del Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, aprobada por la CONEAU.

Se encuentra en estudio del Comité de Docencia el Programa de Residencia de Terapia Ocupacional de dos años de duración (será el primer Programa de Residencia de Terapia Ocupacional en Córdoba)

- Actividades administrativas: Los profesionales participan en las tareas administrativas de: otorgar turnos, supervisar papelería de Obras Sociales y Aseguradoras de Riesgo de Trabajo y su respectiva facturación.

La dinámica institucional, la digitalización de la información, el ejercicio de las competencias profesionales y la necesidad de demostrar la rentabilidad de las prestaciones, determinó que la “gestión” que en los comienzos se limitaba a lo asistencial, tuviera que ampliar su horizonte para abarcar aspectos cruciales para la continuidad del Área.

El modelo de gestión actual combina los aspectos asistenciales, administrativos y docentes.

En este sentido, se consideran relevantes los siguientes puntos:

- Funcionamiento del Área alineado a las Políticas y Procedimientos del Servicio de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación, del cual depende, como así también a los principios fundacionales de la institución.

- Identificación y clasificación de la población destinataria de las prestaciones.
- Diseño de protocolos y programas destinados a ciertas poblaciones específicas, por ejemplo: patologías reumáticas.
- Manejo de agenda de turnos on line y en soporte papel, con una demora que no supera las 48 horas.
- Mantenimiento de la documentación actualizada en el sistema de Historia Clínica Electrónica (interna del Hospital Privado) y en los sistemas On Line de las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) que cuentan con dicho requerimiento.
- Supervisión de la facturación de las prestaciones, tanto de Obras Sociales como de ART.
- Participación en todas las actividades docentes de la institución en general, en las internas del Servicio de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación (frecuencia semanal) y en las reuniones conjuntas con los Servicios de Reumatología (frecuencia mensual) y Ortopedia y Traumatología (frecuencia mensual)

CONCLUSIÓN:

El inicio del Área de Terapia Ocupacional en el Hospital Privado Centro Médico de Córdoba se encontraba orientado exclusivamente hacia actividades asistenciales, a cargo de un solo profesional, en un espacio y horario reducido.

El desarrollo del Área estuvo determinado por la necesidad de ajustarse a la dinámica institucional y el ejercicio de las competencias profesionales a través del tiempo.

En la actualidad, el modelo de gestión combina aspectos asistenciales, administrativos y docentes, a cargo de dos profesionales, en un espacio y horario ajustados a las demandas de las prestaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Blesedell Crepeau E, Cohn E, Boyt Schell B. 2005. “Willard and Spackman: Terapia Ocupacional” Editorial Médica Panamericana (Madrid) I. 375 – 398.
- Brayman SJ, Clark GF, DeLany JV, Garza ER, Radomski MV, Ramsey R, Siebert C, Voelkerding K, LaVesser PD, Aird L, Lieberman D; American Occupational Therapy Association, Commission on Practice. 2004. [Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services](#). Am J Occup Ther. Nov-Dec;58(6):663-7.
- Scaffa ME, Van Slyke N, Brownson CA; American Occupational Therapy Association Commission on Practice. 2008. [Occupational therapy services in the promotion of health and the prevention of disease and disability](#). Am J Occup Ther. Nov-Dec;62(6):694-703
- Youngstrom MJ et al. American Occupational Therapy Association Commission on Practice. 2002. Occupational Therapy Practice Framework: domain and process. Am J Occup Ther. Nov-Dec;56(6): 609-39.

Niveles de Independencia alcanzado utilizando la Medida de Independencia
Funcional en pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV)
Seguimiento a los 6, 12 y 24 meses del alta.

Autor: Lic. Melania Ron E-mail: mron@fleni.org.ar

Lic. Vanina Lado E-mail: vlado@fleni.org.ar

Lic. Isabel Aranguren E-mail: isa_aranguren@yahoo.com.ar

Resumen:

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es documentar el nivel de independencia funcional alcanzado en pacientes con accidente cerebro vascular (ACV) al momento del alta y realizar el seguimiento telefónico a los 6, 12 y 24 meses del alta de internación con la finalidad de observar desempeño en las diferentes actividades básicas cotidianas (AVD). Conocer los diferentes niveles de desempeño alcanzado nos parece de relevancia para determinar el mejor programa de rehabilitación, recursos a utilizar

Muestra y Métodos

Para medir las AVD utilizamos la Medida de Independencia Funcional (FIM). El seguimiento se realizó vía telefónica a los 6, 12 y 24 meses del alta.

Se analizaron 64 pacientes que hicieron tratamiento en el periodo 2006-2007. El promedio de la edad es 58 años, el tiempo promedio de evolución al alta es 154 días.

Resultados

Todos los pacientes mejoran desde el momento del alta la brecha de mayor recuperación es a los 6 meses. Entre el año y los dos años los cambios del FIM no son significativos.

En los ACV derechos que no obtuvieron el control de esfínter al alta tampoco lo lograron a los dos años. Estos mismos pacientes no lograron realizar marcha domiciliaria.

En cuidado propio los ACV I logran un mejor desempeño que es sostenido a través del tiempo.

Se observó un mejor desempeño por parte de los hombres en el FIM.

Los pacientes con ACV D tuvieron un desempeño mejor en interacción social que los pacientes con ACV I.

Conclusión

Conocer la evolución y consolidación en el desempeño de las diferentes AVD básicas en pacientes con secuela de ACV nos permite poder contar con predictores de desempeño y así saber ajustar objetivos y establecer programas específicos de terapia ocupacional. El FIM es una herramienta rica para establecer programas de abordaje en terapia ocupacional.

INTRODUCCION: El ACV es una de las principales causas de discapacidad en occidente, con la consecuente dificultad que significa para el individuo su reinserción en las actividades de la vida diaria.

- Es el 10 a 12% de la mortalidad y la 3° causa de muerte en países industrializados.
- Es la 1ra. causa de discapacidad severa en adultos.
- Principal causa de derivación a centros de rehabilitación.
- El 88% de los casos ocurren en personas mayores de 65 años.
- Hay una mayor incidencia en población masculina (1.1 a 2.2%).

En la Argentina se calcula que se producen 80.000 ACV/año. En nuestro país contamos con pocos trabajos de investigación que documenten el nivel de recuperación de las actividades de la vida diaria básicas en pacientes con secuela de accidente cerebro vascular (ACV), así como el seguimiento del desempeño de éstas en los diferentes estadios de recuperación.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es documentar el nivel de independencia funcional alcanzado en pacientes con accidente cerebro vascular al momento del alta y realizar el seguimiento telefónico a los 6, 12 y 24 meses del alta del programa de internación, con la finalidad de registrar el desempeño en las diferentes actividades básicas cotidianas.

Es importante conocer si esta población de pacientes continúa mejorando su nivel de independencia y poder correlacionar esta con la medida de Independencia funcional detallado (FIM) determinando los puntos de mayor incremento.

Conocer los diferentes niveles de desempeño alcanzado nos parece de relevancia para determinar el mejor programa de rehabilitación, recursos a utilizar y estrategias terapéuticas a implementar.

MATERIAL Y METODO: Para medir los niveles de independencia en las actividades de la vida diaria básicas (AVDB) utilizaremos la Medida de Independencia Funcional (FIM) que nos permite valorar los niveles de desempeño real de las AVDB siendo éstas alimentación, higiene, vestido de tren superior y tren inferior, toilet, control de esfínteres, transferencias, deambulacion, interacción social y comunicación. Los valores que adjudica esta evaluación van desde el N° 1 al N° 7, desde la asistencia total a la independencia total.

Esta escala estandarizada presenta entonces un Total FIM con rango de 18 a 126.

También se obtienen resultados parciales para cada sub-escala.

Se obtendrán los datos correspondientes del sistema de outcome realizado por el servicio de terapia ocupacional del CR. Fleni Escobar.

El sistema de outcome es un programa de seguimiento que se realiza por vía telefónica a los 6, 12 y 24 meses del alta del programa de internación. Se utiliza un cuestionario semiestructurado en el cual se evalúan diferentes dominios ocupacionales (reinserción comunitaria, laboral, desempeño en AVD básicas, instrumentales, etc.). Para este estudio sólo se utilizarán los datos obtenidos del FIM evaluado telefónicamente.

Los pacientes incorporados en este trabajo son adultos, mayores de 18 años atendidos en Fleni en el programa de internación que ingresaron al área de accidente cerebro vascular. Para el estudio se considerará la base de datos de los pacientes que fueron dados de alta en el período 2006-2007. Un total de 64 pacientes forman parte de la muestra, 28 con lesión derecha y 36 pacientes con lesión Izquierda. El promedio de edad de la población es de 58 años, el tiempo promedio de evolución al alta del programa de internación es de 154 días. La distribución por género es de 26 mujeres y 38 hombres.

Se cruzaron diferentes variables de la muestra (puntajes de FIM, tiempo de tratamiento, tiempo transcurrido después del alta, entre otras) y se realizaron procedimientos estadísticos básicos para observar cambios en el desempeño funcional de los pacientes a lo largo del seguimiento. También se compararon resultados entre pacientes con ACV izquierdos y derechos, con respecto a los puntajes obtenidos en el FIM (tanto el total, como los sub – ítems).

RESULTADOS: Todos los pacientes mejoran desde el momento del alta. La brecha de mayor recuperación es a los 6 meses, luego de este tiempo los cambios funcionales no son tan significativos. (Gráfico I). De los 64 pacientes solo 3 empeoraron, según el FIM, su desempeño en las AVD Básicas, en estos casos los motivos fueron interurrencias clínicas (caídas, infecciones urinarias).

Entre el año y los dos años, los cambios del FIM no son significativos. Un 15 % no mostró modificaciones en el puntaje total del FIM, el resto de la muestra modificó el score por menos de 10 puntos.

7 de los pacientes con lesión derecha no lograron el control de esfínter al momento del alta, tampoco lo obtuvieron a los dos años. Estos mismos pacientes no lograron realizar marcha domiciliaria ni al alta ni a los dos años.

En las lesiones Izquierdas no se observa la misma tendencia en relación al control vesical. Solo 5 pacientes no lograron el control vesical al alta, pero fueron continentes a los 6 meses.

El control intestinal es mejor que el control vesical en pacientes con incontinencia esto se observa en toda la muestra estudiada.

En relación al ítem de alimentación no se observa diferencia entre ambos grupos, se puede destacar que de toda la muestra sólo un 28% logró a los dos años la independencia total.

Para ambos grupos se observó que el vestido de tren superior fue mejor desempeñado (1 punto más) que el vestido de tren inferior.

El 10% de los pacientes con lesión derecha lograron un FIM de 126 (independencia total) a los dos años. Solo un caso de los pacientes con lesión izquierda obtuvo un FIM de 126 a los 2 años, teniendo en cuenta que al momento del alta contaba con un FIM de 123.

En la sub-escala de cuidado propio se observa que los pacientes con ACV Izquierdo logran un mejor desempeño, comparado con los pacientes con ACV Derecho, que es sostenido a través de los dos años. Los primeros requieren supervisión en el desempeño del cuidado propio y los segundos realizan estas actividades con independencia modificada (son independientes con el uso de adaptaciones). (Grafico II)

Según el género, en la muestra se observó un mejor desempeño en las AVD evaluadas por el FIM por parte de los hombres. (Grafico III). Al alta las mujeres tuvieron un desempeño con mínima asistencia y los hombres obtuvieron desempeño con supervisión. A los 6 meses las mujeres lograron supervisión y los hombres independencia modificada. A los dos años las mujeres continuaron con un desempeño supervisado mientras que los hombres sostuvieron su independencia modificada.

En relación al sub – ítem interacción social, los pacientes con lesión derecha tuvieron un desempeño mejor que los pacientes con lesión izquierda. En el momento del alta los pacientes con lesión derecha presentaron un promedio de 17/21, mientras que los pacientes con lesión izquierda presentaron un promedio de 15/21. A los 6 meses 18/21 para lesiones derechas y 17/21 para lesiones izquierdas. Al año y a los 2 años ambos grupos mantienen su promedio. Los derechos con un promedio de 19/21 mientras que los izquierdos un promedio de 17/21. (Gráfico IV)

CONSIDERACIONES FINALES: Los pacientes con secuela de Accidente cerebro vascular continúan mejorando a través del tiempo pero los cambios más significativos

se dan a los 6 meses del alta del programa de internación. Teniendo en cuenta que el promedio de evolución al momento del alta es de 3 meses, los pacientes registran los mayores cambios dentro de los 9 meses del evento.

En pacientes con lesión derecha se observa que el control de esfínter tiene una correlación altamente positiva con la capacidad de adquirir la marcha. Los pacientes que no logran el control de esfínter al momento del alta presentan mayor dificultad para ser continentes a lo largo del tiempo. Esta tendencia no se observa en pacientes con lesiones izquierdas donde el control de esfínter es logrado a los 6 meses del alta.

El 70 % de los pacientes estudiados no logran una independencia total en la actividad de alimentación. 25 pacientes reciben asistencia para cortar la comida. Estos pacientes podrían lograr la independencia modificada si incorporaran el uso de adaptaciones. En la clínica observamos que existe poca adhesión de los pacientes al uso de adaptaciones lo cual nos lleva a pensar en diferentes estrategias para favorecer la incorporación de las mismas en la rutina diaria.

Observando la muestra a los dos años, los pacientes con lesiones izquierdas se encuentran en un nivel de desempeño asistido o independiente (Grafico V y VI). En el caso de los pacientes con lesiones derechas se observa marcada diferencia entre pacientes independientes y pacientes dependientes; registrándose sólo dos casos que cuentan con un desempeño asistido.

En la sub escala de cuidado propio, se observa un mejor desempeño en los pacientes con ACV izquierdo. Los pacientes con ACV derecho requieren supervisión a los dos años.

Se observó que los hombres obtuvieron un puntaje promedio mayor (14% más) que las mujeres en el FIM, tanto al alta como en los posteriores seguimientos.

Los pacientes con compromiso en el lenguaje (ACV I) mostraron menor desempeño en la sub escala de interacción social que los pacientes con lesiones derechas.

CONCLUSION: Sumar a nuestra práctica un programa de seguimiento que nos permita registrar la consolidación de nuestras intervenciones en el tiempo y definir la evolución del desempeño de los pacientes en las actividades de la vida diaria luego de programas de internación, es enriquecedor para nuestro trabajo y nos permite contar con predictores de desempeño. El FIM es una herramienta efectiva que nos brinda la posibilidad de ajustar objetivos, establecer prioridades y definir programas específicos de terapia ocupacional.

Se plantea para futuras investigaciones poder cruzar los datos obtenidos del FIM con otras variables, tales como: localización de lesión, presencia de neglect, déficits visuoespaciales, entre otras.

Bibliografía

- Feigin V,L,, Barker- Collo, “ Auckland Stroke, outcome Study: Part 1: gender, stroke types, ethnicity and functional outcome 5 years poststroke” Neurology 2010
- Feigin VL; Barker- Collo; , “ Auckland Stroke, outcome Study: Part 2: cognition and functional outcome 5years poststroke” Neurology 2010
- Maude Rittman, Craig Boylstein; “ Transition HExperiences of stroke survivors following discharge home. “ Health and wellness Resource Center, 2007
- Buffalo (NY): State Univ New York Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (includingthe FIM instrument). at Buffalo; 1996.
- Smith PM, Illig SB, Fielder RC, Hamilton BB, Ottenbacher KJ. Intermodal agreement of follow-up telephone functional assessment using the functional independence measure in patients with stroke. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:431-5.
- Whiteneck GG, Brooks CA, Mellick DC. Handicap assessment. Final report. Rehabilitation Research and Training Center on Functional Assessment and Evaluation of Rehabilitation Outcomes. Buffalo (NY): State Univ New York; 1997.

Anexo gráficos:

Gráfico I

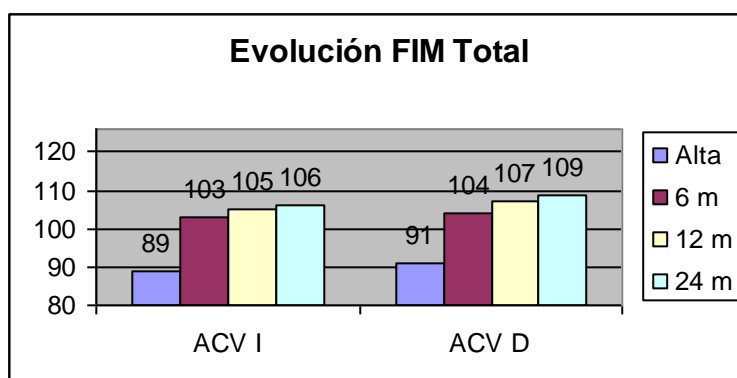


Gráfico II

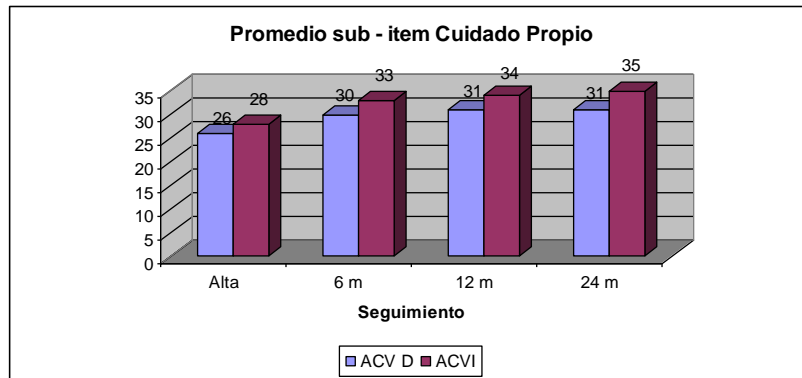


Gráfico III

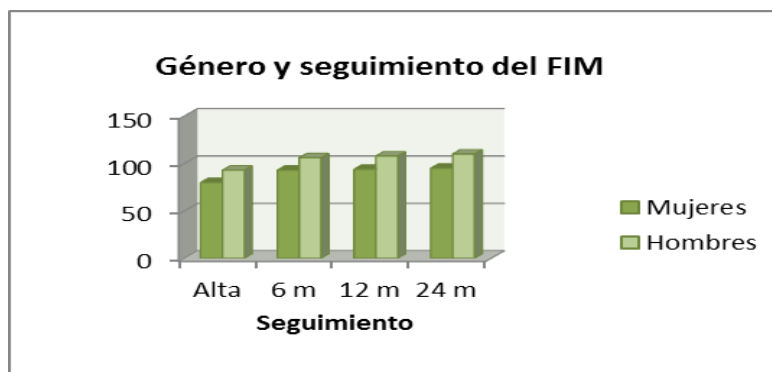


Gráfico IV

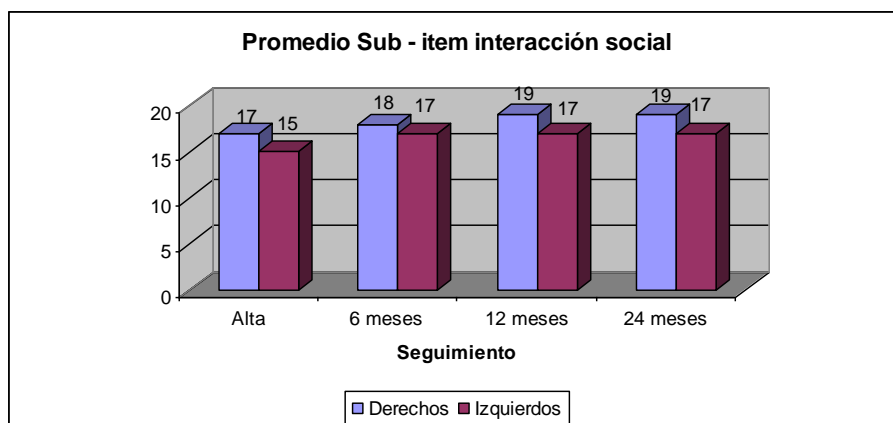
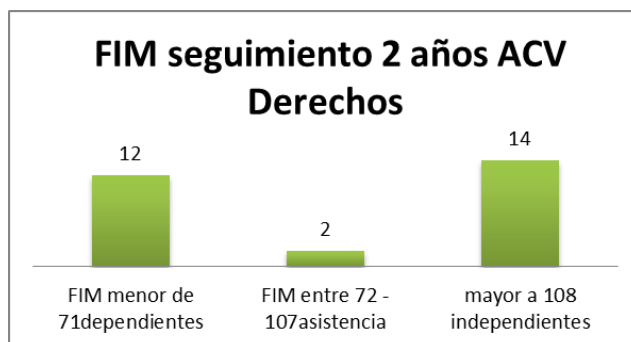
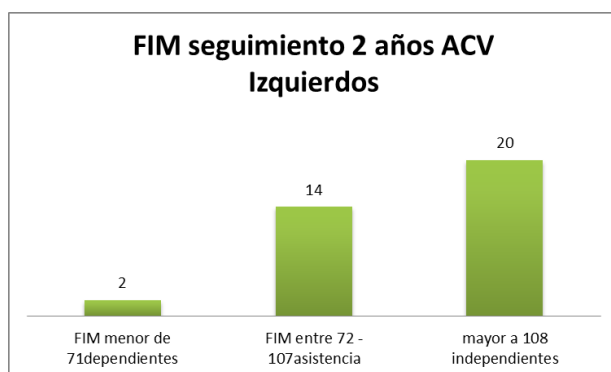


Gráfico V y VI



Notas resumidas para una clínica ampliada.

Lic. Liliana Paganizzi, T.O.

Correo electrónico: lilia_liber hotmail.com

Introducción.

Nuestra profesión se organiza en el siglo XX en torno a los conceptos de salud de la época. Centró sus herramientas teóricas y metodológicas en las personas atendidas y mientras que la discapacidad se pensaba como una circunstancia personal, comenzó a participar en planes de atención primaria. Sin embargo el siglo XXI se inicia con el reconocimiento empírico y estadístico sobre la influencia innegable de determinantes contextuales en los procesos de salud- enfermedad. (1) (2)

Fundamentos actuales.

Si bien desde los años 80 los terapeutas ocupacionales ya se incluían de manera incipiente en planes de atención primaria conforme a aquella meta “ **Salud para todos para el año 2000**” , es recién en el 2003 (3) que la WFOT (Federación Mundial Mundial de Terapia Ocupacional) confecciona el documento de posicionamiento sobre la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y “ *... asume la existencia.. de personas con discapacidad predominantemente... en países en desarrollo, que junto con sus familias y comunidad tienen restringido o negado el acceso a una participación digna y significativa en su vida diaria... Los terapeutas ocupacionales están desarrollando una conciencia crítica sobre estas realidades, guiadas por nuevas nociones tales como apartheid ocupacional, privación ocupacional y justicia ocupacional. .* (4)

Este posicionamiento que nos gusta denominar como **histórico** nos propone el reconocimiento efectivo y una ampliación del campo filosófico y por ende metodológico de nuestras practicas: aquel eje centrado en la personas incluiría ahora al **entorno**. El entorno comunitario, social o político pasa a ser escenario para la intervención porque reconoce – afortunadamente- que las disfunciones ocupacionales dejan de depender exclusivamente de un sujeto.

La discapacidad – la limitación para realizar actividades-deja de ser una tragedia personal. Puede ser influida: generada o aumentada o disminuida por condicionantes institucionales, comunitarios, también políticos.

" *Los terapeutas ocupacionales deben desarrollar su rol como agentes de cambio social.... no sólo como profesional que impulsa cambios a nivel de la vida personal de los individuos.. Algo de esta reflexión está teniendo lugar en asociaciones nacionales de todo el mundo*" nos dice Kit Sinclair (5) Presidenta de la WFOT, preparándose para

concurrir al Primer Congreso Mundial- que se realizó en Latinoamérica. WFOT Chile 2010.

Así podemos señalar que la Terapia Ocupacional contemporánea nos invita a retomar, reconstruir e inventar conceptos e intervenciones conforme al contexto social en el que convivimos. En este sentido por lo menos dos autores, Frank Kronenberg (*) - autor Principal aquel Documento de la WFOT - y Sandra Galheigo (**)- aparecen como algunos de los referentes mas notables de esta Terapia Ocupacional que amplía su campo de pensamiento y acción, que trasciende a la vez que incluye lo que podemos denominar “las prácticas comunitarias” del siglo XX. (6)(7) (8)

Herramientas operativas.

A articulan conocimientos teóricos, procedimientos técnicos y agentes profesionales y no profesionales específicos en algunos temas centrales del plan de cuidados integrales en el que nos inscribimos como terapistas ocupacionales.

de participación social como derecho ciudadano. Resultan ingredientes indispensables: 1) un pensamiento desde la salud pública en un escenario interdisciplinario e intersectorial. 2) atención o seguimiento institucional y en el contexto residencial, barrial de las personas. 3) Intervenciones centradas en ofrecer un vínculo de cuidado integral y en el ejercicio del derecho a la salud como bien común. (10) (11)

Articulación clínica

- Remo. 57 a DX Esquizofrenia. Alcoholismo 10 años internado en Colonia Cabred. Con Plan Vuelta Casa, es externado por su hermano. Residencia familiar. en Pdo de La Matanza. Antecedentes laborales: marroquinería.

2007 1er. Contacto en la oficina. Lúcido, sin conciencia de enfermedad. Amable, bien arreglado. Hermano dispuesto, colaborador y comunicativo. No se traslada de manera autónoma. Control Médico en Hospital Paroissien en convenio con la Colonia que provee medicación. **2do contacto:** en domicilio. Amable, vivienda en buen estado. Tiene un lugar propio para dormir. Colabora con su hermano, marroquintero. El alojamiento de R. cuenta con oposición de su cuñada y sobrina. **Intervención:** se sugiere actividad protegida fuera de la casa, se estima extrema fragilidad en las

(*) Co- fundador junto a Nick Pollard, Simò Algado Terapia Ocupacional sin fronteras. (**) Relatora oficial Chile 2010 WFOT y coordinadora Proyecto Metunia Brasil-

condiciones afectivas de alojamiento. Se contacta con Taller Protegido –ONG- de la zona destinado a personas con Discapacidad Mental, con seguimiento aceptan Ingresar a prueba. Remo prefiere un trabajo competitivo...mientras... concurre. **Evolución:** se incorpora todos los días, le adjudican el cobro de un peculio bimestral, recibe en el taller las comidas básicas y una ayuda alimentaria para el fin de semana. Remo no está conforme.

- **2008.** La cuñada enferma y fallece. El hermano le solicita que abandone la casa. Se muda a un trailer ubicado en el patio de un vecino. en precarias condiciones. Sostiene concurrencia al Taller, comienza a viajar solo, también a la consulta médica. Discontinúa la medicación, es suspendido del taller por actitudes violentas. **Intervención:** entrevistas domiciliarias en compañía del psicólogo del Taller y una alumna de T.O. Comunicación con el médico tratante. Con el apoyo efectivo del Trabajadora Social comienza a recibir medicación inyectable mensual. Se estabiliza. Se manifiesta temblor en mano derecha. Ingiere la medicación con reticencia.

- **2009.** Estabilizado en su situación. Aumenta temblor en mano que afecta levemente las actividades productivas y alguna AVD. **Intervención:** Se realizan visitas mensuales de contacto con el equipo del taller y de seguimiento orientación al paciente. Se realiza comunicación con el medico tratante, Remo rechaza medicación ad-hoc.

2010. Remo concurre con arreglo personal deficiente, persiste temblor en mano.

Intervención: Se acuerda con el equipo del Taller realizar higiene allí. Se le propone consultar sobre el temblor. La incorporación de una alumna de práctica (13) permite efectivizar el control neurológico en Hospital Posadas., luego de tres meses de gestión.. Remo compra y comienza a ingerir la medicación, sin resultado. La ingiere de manera incorrecta. Se acuerda con él y con el equipo organizar la toma desde el taller. A fin de año no presenta temblor, está diagnosticado y tratado por Mal de Parkinson, concurre de manera independiente al Hospital. Mantiene precario arreglo personal y se encuentra `parcialmente disconforme por su trabajo, tiene expectativas de trabajo competitivo en Capital.

En síntesis. Se trata de una clínica en la que las condiciones de vulnerabilidad psicosocial trascienden la enfermedad misma. Entendemos que en la construcción de un vínculo de autonomía y confianza con las personas y en el tejido con el contexto que lo aloja se genera la continuidad de los cuidados integrales.

Bibliografía.

- (1) Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Panorama social de América Latina • 2008. Pobreza, exclusión social y desigualdad distributiva. Naciones Unidas. Online Disponible: www.cepal.org Octubre 2010.
- (2) Organización Mundial de la salud. OMS.-Informe sobre la salud en el mundo 2001 Disponible en www.who.int/whr/2001/media_centre/es/index.html. Diciembre de 2008.
- (3) WFOT - CBR Project Team February - May 2003 Autor Principal Frank Kronenberg.
- (4) Kronenberg,F; Fransen, H, Pollard; N; Silvia Sanz Victoria (trad.), Estíbaliz García Recio (trad.) 2005.Una llamada a la profesión a comprometerse con población afectada por Apartheid Ocupacional Terapia ocupacional: Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, ISSN 1575-5606, N°. 38, (Ejemplar dedicado a: Trascendiendo fronteras) , Págs. 3-15.
- (5) Sinclair. K. Presidenta Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales Febrero de 2008. Disponible en www.wfot.org. Enero de 2011.
- (6) Kronenberg F, Simo Algado S, Pollard N:2007. Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes, Madrid, España, .Ed.Panamericana.
- (7) Galheigo, S. M.; Anegeli, 2008. Terapia Ocupacional e o cuidado integral a saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO Revista. Terapia . Ocupacional. Universidad. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 137-143, set./dez..
- (9 Galheigo, S. M. 2008.Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Revista. Terapia. Ocupacional. Universidad. São Paulo*, v.18, n. 1, p. 20-28.
- (10) López, M y Laviana, 2007 M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía Revista . Asociación . Española de . Neuropsiquiatría., Vol. XXVII, n.º 99, pp. 187-223.
- (11) Carvalho, LC; Feuerwerker, LCM; Merhy EE; 2007. Disputas en torno a los planes de cuidado en la atención domiciliaria: una discusión necesaria. *Revista salud Colectiva*. 2007, 3 (3) 259-269
- (12) - Hernández Monsalve. M. 2003*Tratamiento Comunitario Asertivo* En Atención comunitaria, rehabilitación y empleo Verdugo Alonso, López Gómez, Gómez Sánchez (Coordinadores) Publicaciones del INICO. Actas 3.Salamanca, . Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/publicaciones/rehabi.htm>. Octubre 2008.
- (13) Di Giorgio, Paula, 2010. *Práctica Clínica II General* . .S/ editar. UNSAM

Peculiaridades de la tuberculosis en la comunidad de la Rocinha en Río de Janeiro

Autores: Bittencourt Fernandes Da Silva., Maria da Conceição Meira Santana.

Correo electrónico: abittenc@gmail.com

Resumen

La tuberculosis es una enfermedad endémica que "se presente como problema de salud pública en el países de la America Latina a lo largo del siglo XX El Brasil ha ocupado la 16^a posición entre los 22 países responsables del 80% del total de la tuberculosis casos notificados en todo el mundo. **OBJETIVO:** Encontrar las peculiaridades de los sujetos afectados por la tuberculosis en sus relaciones sociales cotidianas en la Comunidad de la Rocinha. **METODOLGIA:** Este estudio fue realizado con 08 portadores de la tuberculosis y residentes de la comunidad. Para coleccionar los datos fue elegido entrevistas semi-estructuradas y análisis de contenido Bardin. Fueren 9 entrevistas se llevaron a cabo en lugares debidamente determinada, con ventilación y sin el uso e máscara. Algunas entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio del cliente y otros en la oficina de la Asociación de Residentes. **RESULTADOS:** De acuerdo con el significado atribuido a los contenidos los discursos de los participantes identificaron dos categorías emocionales: los sentimientos hacia la enfermedad y significado de la enfermedad. En la primera los participantes expresan sus sentimientos relacionados con las diferentes etapas de la enfermedad. El impacto del diagnóstico y genera sentimientos, el choque, la desesperación, la negación, la ira, la vergüenza, la depresión, el aislamiento y el miedo. En el segundo están conectados: el estigma, la cólera, la impureza, la peste, la localización, la cicatriz. **CONCLUSIÓN.** Todos la representación se origina en un tema y se refiere a un objeto. Así, las representaciones de los afectados por la Tuberculosis en su desarrollo cognitivo, simbólicos, temporales y sociales, se constituyen como conjunto de conocimientos, creencias, imágenes, significados y los valores de un objeto y su limitada la realidad social. La terapia ocupacional es cada vez un nuevo dispositivo para cuidar de los pacientes con Tuberculosis

Desarrollo

La tuberculosis es una enfermedad milenario y endémica que se presente con problema de la salud pública en Brasil al largo del siglo XXⁱ y que se conoce como calamidad olvidadasⁱⁱ. En los principios de ese siglo, el Brasil ha ocupado la 16^a posición entre los 22 países responsables del 80% del total de todos los casos notificados de tuberculosis en todo el mundoⁱⁱⁱ. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{iv} en 2004, ha cada año, son registrados 111.000 casos nuevos de la tuberculosis, en Brasil fue de 62 casos por cada 100 mil habitantes, la tasa de curación es del 72% y 12% del abandono, aunque en algunas ciudades, el valor puede llegar a los 30%, a pesar de ser un enfermedad curable, ella sigue matando al menos a seis mil personas por año.

Algunos elementos que contribuyen a esta realidad, son: los bajos ingresos familiares; la educación deficiente; maléficas condiciones de vivir o familias que no existe; comunidades con alta densidad; desnutrición; alcoholismo; enfermedad infecciosas como el SIDA; acceso limitado a los servicios de la salud y asistencia social débil entre otros. Con base en estos elementos pueden inferir que los sitios en las zonas urbanas que tienen alta potencial

reproductivo del agente etiológico *M. tuberculosis* de la tuberculosis sería: los barrios marginales, las regiones de gran humedad, las invasiones, las poblaciones agrupadas de calamidades públicas, las comunidad pobres como la chabola de la Rocinha y las personas que viven en ambientes socialmente cerradas (escuelas, guarderías, cárceles, hogares los establecimientos penitenciarios, centros de acogida y personas de la edad avanzada)^v.

El surgimiento de la sociedad civil en las políticas de la tuberculosis fue un gran momento en la historia de la salud del Río de Janeiro. Como parte de este movimiento los autores participó de la creación del Foro de las organización no gubernamentales (ONG) en el Estado por la lucha contra la tuberculosis. Su trayectoria comenzó en agosto de 2003, inmerso en el proceso de transformación de una realidad social, el movimiento ha construido una historia de mucha lucha para traer al discurso sobre la tuberculosis del usuario y del servicio de la salud, representada por ONGs, apoyadas en la comunidad como los movimiento de mujeres; asociaciones de vecinos; los comités movimiento de la ciudadanía; las mujeres de negro; el movimiento contra el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y los movimientos sociales de otros sectores como la educación y la cultura.

La chabola de la Rocinha es un distrito ubicado en la ciudad de Rio de Janeiro. Se destaca por ser uno de los barrios marginales más grandes de la ciudad, con cerca de 60 000 habitantes, que está dominada por el narcotráfico. Se encuentra cerca de un centro comercial, entre los barrios de São Conrado y Gavea con el impuesto más alto de propiedad de la ciudad. La proximidad de las residencias de estos dos barrios de clase alta y las marcas de Rocinha baja y los pobres un fuerte contraste en el paisaje urbano de la región.

La metodología de la Representación Social (RS)^{vi} describe la complejidad de determinado problema, comprende y clasifica los procesos por la dinámica de los grupos sociales, ayuda al proceso de cambio de un grupo en particular y permite el entendimiento de las particularidades de las personas. Así, este estudio tiene por base la RS del sujeto afectado por la tuberculosis y explica los fenómenos sociales relacionados con la salud, la comunidad que están presentes en la cultura, en los procesos de creación, en la comunicación y en las prácticas sociales. Jodelet ^{vii} considera un núcleo RS la estructuración de las acciones, afirma que el sujeto es un productor de sentido, es decir, que expresa el sentido de que da su experiencia en el mundo social.

En la Terapia Ocupacional existe un modelo sensible a la realidad social de nuestro tiempo, marcado por la marginación de amplios sectores de la sociedad, su discriminación por motivos económicos, de raza, de género, o por tener alguna discapacidad. El terapeuta ocupacional es el profesional que se responsabiliza de la ocupación humana. Así cuando

existe una disfunción ocupacional o riesgo de ella, su intervención está legitimada. El origen de la disfunción ocupacional puede ser físico, clínico, psicológico o social. Ese sentido las personas marginadas pueden lograr un sentido de conexión y de pertenencia a través de la actividad propositiva. Ésta es una profesión que ha declarado su convicción de construir comunidades donde puedan desarrollar su potencial: cuando los terapeutas ocupacionales facilitan a las personas el desarrollo de su función ocupacional las están preparando para su integración activa en sus comunidades^{viii}.

Por esa razón la Terapia Ocupacional ayuda la constitución de sujeto de derechos y el sujeto colectivo, debemos lugar, promover la formación del sujeto, es decir, "Sin perjuicio de que los deseos y sueños, piensa y hace, y se expresa crea confianza y se complace en su capacidad de crear, expresión y producción" ^{ix}

METODOLOGÍA

Esta investigación tiene como objetivo conocer las peculiaridades las relaciones sociales cotidianas de los afectados por la tuberculosis en la chabola de la Rocinha. Este estudio realizado con 08 pacientes con tuberculosis antigua, los residentes de esa comunidad. Se utilizó la entrevista semi-estructurada para recolectar los datos y para entender el discursos empergo-se la metodología cualitativa basada en la análisis de contenido de Bardin^x.

Se incluyeron los residentes de entre 18 y 60, la tuberculosis diagnosticados y tratados, se consciente y orientado en tiempo y espacio, la comunicación por vía oral en conserva, los que acepten participar en estudio y firmaron una empresa y libre inteligentes, independientemente de su género, color, credo, educación y con mayor énfasis en la fase productiva de vida. Tuve como criterio de exclusión de ser portador multirresistente, negándose a registrar la entrevistas, pero la mayor limitación ese estudio fue la falta de un terapeuta profesional la asistencia profesional a los pacientes y ex pacientes la tuberculosis en la comunidad. Las entrevistas se llevaron a cabo en lugares por ventilación adecuada con y sin la máscara, ocurrirán en la Asociación de los Residentes, y sólo en el local de la entrevista el participante y el investigador.

RESULTADO

A partir del significado que se atribuye al contenido de discursos de los participantes identificaron seis temas: el estigma, el estado emocional, el territorio afectado por la tuberculosis, la red de apoyo y el medio ambiente. Se observó que estos fueron divididos en dos unidades temáticas: los sentimientos hacia la enfermedad y el significado de la

enfermedad para el portador. En la primera categoría se encontró que los participantes expresan sus sentimientos relacionados con las diferentes etapas de la enfermedad. El impacto del diagnóstico y genera sentimientos, choque, la desesperación, la negación, la ira, el odio, la vergüenza, la depresión, el aislamiento y el miedo. La aceptación y esperanza, para surgen a menudo en una fase de adaptación a la enfermedad. En el segundo categoría están vinculados a la tuberculosis, el medio ambiente, la red de apoyo y el cambiar de su imagen física: en este momento la Terapia Ocupacional e no es solo el profesional la salud, más la persona que los falta en la red de atención, que hacia el enfermo a ser sentí a la margen de la sociedad en que vive debido a lo estigma y la falta de cuidado de la su familia, de sus compañeros y del profesional de la salud.

La enfermedad se proyecta con una expresión de algo que es socialmente merecedores de censura y representa la última etapa de la miseria humana. En ese sentido, persiste en el imaginario popular y como una forma de relación de la sociedad con el paciente. La marca en el pulmón altera profundamente su interacción en los grupos sociales, a pesar de ser ideas obsoletas que aparecen como cristalizó en el imaginario popular hoy en día. Por lo tanto, el enfermo se enfrentan al problema ya que los datos reales y quienes le rodean, no es una tarea sencilla como podría parecer, porque los obstáculos que surgen en la rutina diaria tanto para el paciente y las acciones para cumplir con los comunicantes^{xi}.

Muchos temerosos de atraer el mal a sí mismos por la mención de su nombre real, terminan creando designadores para la enfermedad con el fin de disimularlo, favoreciendo el uso de metáforas o el silencio en torno a la tuberculosis. El silencio se justifica no sólo por el temor de la muerte proyectado por él, pero sobre todo que es algo que se considera obsceno, es decir, "un mal augurio, abominable, repugnante para los sentidos"^{xii}

La cuestiones de el cuerpo, los pacientes, no sólo la experiencia de la sensación de estar separado de la vida social, pero tal vez más trágicamente, la división entre sus cuerpos y sus espíritus. Lo que hace interesante la vida de estas personas es la forma en que tratan de situarse en relación con un mundo saturado de fantasías terribles acerca de su condición, y en relación con los procesos físicos y mentales establecidos por la patología.

CONCLUSIÓN:

Lo disfuncional física o clínica no radica en los contenidos textuales del portadores de la TB, sino en la reiteración estereotipada al no poder desarrollar discursos alternativos. Justamente dado el carácter constructivo de la experiencia siempre es posible re-significar lo dado. Siempre es posible "contar" otra historia.

La propuesta terapéutica se verá así como la posibilidad de deconstruir y reconstruir mediante ocupaciones creadoras de significado, donde se acompaña a un sujeto protagonista, con tuberculosis que tiene competencias, creencias, valores y compromisos propios, que posee habilidades y fortalezas. Estas personas, instituciones, comunidades necesitan "ampliar su mirada", promover recursos que ya poseen, pero que en ocasiones no pueden acceder. Los problemas no son las personas sino construcciones que provocan malestar pero que pueden ser percibidos como ventanas dentro de su sistema. El terapeuta buscará descubrir qué es, en dónde radica, lo problemático para estas personas en particular, se dará tiempo para observar el modo de ocuparse, la disonancia en el discurso, los nudos en la trama vital. Desde un espacio de contención empática, estimulante alentará la resignificación atribuida a los eventos, a los límites, propios y del ambiente. Sin embargo, recordará que él, tanto como quienes atiende, es también un constructor de significados, sus hipótesis surgen de teorías que son construcciones, su mirada está teñida de las propias creencias y valores. Y esto es lo que hace que el encuentro sea un desafío respetuoso y apasionante.

Así, las representaciones de los sujetos afectados por la tuberculosis en su desarrollo cognitivo, simbólico, y temporal sociales, constituyen un cuerpo de conocimientos creencias, imágenes, significados y valores para una objeto circunscrita (tuberculosis) allá su realidad social. La actuaciones de la Terapia Ocupacional en la chabola de la Rocinha en Río de Janeiro resulta evidente que no se puede acceder a la realidad en su esencia, sino a la forma en que individuos o comunidades la interpretan, y esto incluye aspectos tan importantes como los objetos en su espacio- tiempo, la vida cotidiana, las actividades productivas y recreativas, el logro de autonomía, satisfacción vital, adaptación del entorno y desarrollo de roles.

Esta propuesta puede enriquecer el marco de teórico y los modelos de práctica en el que se basan las intervenciones con los portadores de la TB. No basta con implementar actividades con propósito, el terapeuta deberá explorar el modo particular de significar de personas, instituciones, comunidades si intenta lograr cambios sostenidos y enriquecedores. Atento a que las construcciones son contextualizadas culturalmente podrá abordar respetuosamente poblaciones diversas a la propia, dimensionadas desde problemáticas importantes para la sociedad actual: las relaciones de poder, los condicionantes raciales, socioeconómicos, o de género, la desocupación, la violencia, las adicciones, el estigma, la discriminación y la sexualidad.

-
- ⁱ A. Ruffino Netto. 2001. “Programa de Controle da Tuberculose no Brasil. Informe Epidemiológico SUS”, Brasília, 159-162.
- ⁱⁱ A. Ruffino Netto. 2002. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop.35, 1.
- ⁱⁱⁱ World Health Organization, 2000, 53rd World Health Assembly. Stop TB Initiative, report by the Director-General. Geneva. Libre em www.who.org. Acesso em: 25 mai 2010
- ^{iv} T.C. Scatena Villa, A. Ruffino-Netto. 2009 “Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil”, J Bras Pneumol. 35, 6:610-612
- ^v Ministério da Saúde. 2002. Secretaria de Políticas de Saúde-Departamento de Atenção Básica de Vigilância. Manual Técnico para Controle da Tuberculose. Brasília.
- ^{vi} S. Moscovici. 2009 “Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social” 6^a ed. Vozes (Petrópolis).
- ^{vii} D. Jodelet, 2002. “Representações sociais: um domínio em expressão”. Eduerj (Rio de Janeiro). 17-44
- ^{viii} Kielhofner, G. (2004). El modelo de la ocupación humana. Madrid: editorial Médica Panamericana.
- ^{ix} S.M.GALHEIGO. 1988. Terapia ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar. Dissertação (mestrado) de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas,
- ^x T. Bardin. 2008. “Análise de Conteúdo”. Edições. 70 (Lisboa)
- ^{xi} H. Gonçalves. 2002. “Peste Branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose” Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre).
- ^{xii} S. Sontag S. 2000 “A doença como metáfora” Graal (Rio de Janeiro).

PERCEPCION DE LA CARGA GLOBAL DEL TRABAJO DE LOS OBREROS DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA

Autor: Arraras Daniel.

Correo Electrónico: danielarraras@hotmail.com

Resumen

La industria de la construcción se caracteriza por tener fluctuaciones en su desarrollo y por períodos importantes de recesión. Esto produce un impacto negativo en las condiciones de trabajo de los obreros.

En el presente trabajo de investigación se abordó por un lado, la percepción de la carga global de trabajo y medio ambiente físico de trabajo que poseen los obreros de la construcción en el puesto de trabajo Ayudante de Albañil; y por otro, se realizó un relevamiento profesiográfico de las exigencias, requerimientos y limitaciones del mismo puesto de trabajo y medio ambiente físico de trabajo.

El diseño utilizado es de tipo exploratorio descriptivo. Para caracterizar la percepción de la carga global de los Ayudantes de Albañil, se utilizó un cuestionario-entrevista aplicado a cada trabajador. Otras fuentes utilizadas para determinar las cargas de trabajo y el medio ambiente físico de trabajo fueron Técnicos de higiene y Seguridad Laboral, Arquitectos a cargos de las obras, Especialistas en Higiene y Seguridad Laboral, Capataces y Licenciadas en Terapia Ocupacional.

Las condiciones en la que los obreros se desempeñan laboralmente, están condicionadas por diversos factores. Dentro de ellos se puede mencionar la relevancia que le otorga la empresa a la seguridad e higiene, el tipo de obra que se está realizando, la tecnología utilizada, la etapa en que se encuentra la obra, multiplicidad de empleadores en una obra, etc.

En relación al análisis cuanti-cualitativo y en términos de riesgo específico del puesto analizado es de destacar la diferencia entre la valoración profesiográfica y la valoración de la percepción de las cargas físicas y del medio ambiente físico de trabajo, observando en la misma niveles de riesgo potencial que resultan de suma importancia para los trabajadores del sector en diferentes aspectos.

Introducción

La industria de la construcción es un pilar importante en la economía de nuestro país y de nuestra ciudad. Las condiciones y medio ambiente de trabajo en que están inmersos los trabajadores de la construcción en toda la región de Latinoamérica, hacen que esta actividad sea una de las más vulnerables, con un alto porcentaje de accidentes de trabajo, y además ocupando uno de los primeros puestos en materia de accidentes mortales.

El proceso de trabajo desempeña un rol fundante en las condiciones y medio ambiente de trabajo. Las interrelaciones que se generan entre los factores macro socio-económicos y las características propias de los establecimientos u organizaciones en un determinado momento histórico, van a determinar la modalidad del mismo. Éste y el proceso de valorización del capital van a definir la naturaleza de la tarea para todos y cada uno de los puestos de trabajo, especificando las exigencias, requerimientos y restricciones propias del mismo.

Cuando la relación entre la organización del trabajo y el obrero está bloqueada, surge el sufrimiento obrero. Este sufrimiento, aumenta o disminuye de acuerdo a la división del trabajo y del contenido significativo del mismo.

Una de las dimensiones de la vivencia del trabajador es la ansiedad. Ésta responde a un aspecto concreto de la realidad y demanda el funcionamiento de sistemas defensivos.

En la presente investigación se abordará por un lado, la percepción de la carga global de trabajo y medio ambiente físico de trabajo que poseen los obreros de la construcción; y por otro, se realizará un relevamiento profesiográfico de las exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo y medio ambiente físico de trabajo.

El estudio de la percepción de los obreros tiene como principal objetivo indagar sobre las vivencias que cada trabajador tiene de la carga global del puesto de trabajo y del medio ambiente físico de trabajo. Es así que se intenta dar lugar a la subjetividad del obrero, con el objetivo de superar la homogeneización de la fuerza de trabajo. Esto permite pensar en un proceso de trabajo que contemple el impacto dispar que tienen las cargas de trabajo sobre cada trabajador en particular y sobre el colectivo de trabajo.

Desde Terapia Ocupacional, es importante contribuir al diagnóstico específico en esta industria, con el fin de desarrollar estrategias orientadas a intervenir en aquellos factores que bloquean la relación hombre-trabajo. Trabajar en esta relación, implica promover la salud y la calidad de vida de los trabajadores, como también prevenir posibles accidentes y enfermedades derivadas de las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Problema

¿Cuál es la percepción de la carga física, psíquica, mental, y del medio ambiente físico en el puesto de trabajo Ayudante de Albañil que poseen los obreros de la industria de la construcción en la ciudad de Mar del Plata, en el último trimestre del año 2008?

Objetivo General

Describir y analizar cual es la percepción de la carga física, psíquica, mental, y del medio ambiente físico de trabajo en el puesto de trabajo Ayudante de Albañil que poseen los obreros de la industria de la construcción.

Objetivos Específicos

- Determinar la carga física, psíquica, mental, y del medio ambiente físico en el puesto de trabajo Ayudante de Albañil de los obreros de la industria de la construcción.
- Determinar la carga global en el puesto de trabajo Ayudante de Albañil y analizar elementos de las condiciones y medio ambiente físico de trabajo presentes en dicha carga.
- Caracterizar la percepción que poseen los obreros de dicha carga global y del medio ambiente físico de trabajo.

Diseño metodológico

Es un estudio prospectivo y transversal, exploratorio-descriptivo.

Población de estudio

La población de estudio está constituida por 30 Ayudantes de Albañil, de sexo masculino obreros de la industria de la construcción de la ciudad de Mar del Plata.

Método de selección de muestra

La selección de muestra se realizó con el método no probabilístico accidental o por conveniencia, debido a que la muestra quedó compuesta por las unidades de análisis disponibles.

Técnicas de recolección de datos

- Profesiograma
- Encuesta/ Cuestionario de percepción

Procedimiento de recolección de datos

Observación directa de los obreros en el puesto de trabajo analizado. La información fue discutida con otros profesionales a fin de buscar la mayor objetividad posible.

El cuestionario utilizado es estructurado y auto-administrable, pero por el nivel de educación formal de la población no se pudo cumplir con la auto-administración. Por lo que se optó por realizar el mismo en forma de entrevista estructurada.

Resultados

De la comparación de la percepción de la carga física de los Ayudantes de Albañil con el registro profesigráfico se desprende que el 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoraciones por debajo del registro profesigráfico en los siguientes ítems de la carga física: ejercer fuerza con manos y con brazos. Más del 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoraciones por debajo del registro profesigráfico en los siguientes ítems de la carga física: precisión con las manos, parado, movimientos con los brazos, movimientos por debajo de la línea media, levantar carga, transportar carga, movimientos en línea media, movimientos por encima de línea media y en el ítem rapidez sostenida. El 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoración por encima del registro profesigráfico en el siguiente ítem de la carga física: coordinación ojo-mano. Más del 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoraciones por encima del registro profesigráfico en los siguientes ítems de la carga física: tareas de rapidez variable, subir y bajar escaleras y en el ítem movimientos con manos. Cabe destacar que los Ayudantes de Albañil encuestados que desarrollaban su tarea en obras de tipo de desarrollo horizontal, poseen mayor incidencia de la carga física en el ítem desplazarse y transportar carga que aquellos obreros que desarrollan sus tareas en la obra de tipo de desarrollo vertical.

De la comparación de la percepción de la carga mental de los Ayudantes de Albañil con el registro profesigráfico se desprende que más del 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoraciones por debajo del registro profesigráfico en los siguientes ítems de la carga mental: utilización memoria de corto plazo, discriminación auditiva, discriminación visual y en el ítem adecuarse a espacio fijo. El 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoración por encima del registro profesigráfico en el siguiente ítem de la carga mental: reproducción de movimientos sin interrupciones. Más del 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoración por encima del registro profesigráfico en el siguiente ítem de la carga mental: atención continua.

De la comparación de la percepción de la carga psíquica de los Ayudantes de Albañil con el registro profesigráfico se desprende que más del 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoración por debajo del registro profesigráfico en el siguiente ítem de la carga psíquica: cooperación. El 100% de los Ayudantes de Albañil perciben valoración por encima del registro profesigráfico en el siguiente ítem de la carga psíquica: status social. Se puede inferir también que las condiciones de trabajo en las que desarrollan los trabajadores su tarea, impacta sobre el ítem cooperación de manera particular en cada empresa en el puesto de Ayudante de Albañil. Esto se debe a que en la empresa “A” cada Albañil Oficial tiene un

Ayudante, mientras que en la empresa “B” la relación varía por cada dos o tres Albañiles Oficiales cuentan con un Ayudante Albañil. Esto permite inferir que los obreros de la empresa “B” tienen un mayor requerimiento en cooperación en relación a la empresa “A”.

De la comparación de la percepción del medio ambiente físico de trabajo de los Ayudantes de Albañil con el registro profesiográfico se desprende que más del 50% de los Ayudantes de Albañil perciben valoraciones por debajo del registro profesiográfico en los siguientes ítems del medio ambiente físico de trabajo: ruidos excesivos, contacto con suciedad, contacto con polvo y en el ítem riesgoso.

Conclusiones

En relación al análisis cuanti-cualitativo y en términos de riesgo específico se observa subestimación de las cargas físicas, psíquica, mental y del medio ambiente físico de trabajo en el puesto analizado.

Es de destacar la diferencia entre la valoración profesiográfica y la valoración de la percepción de las cargas físicas y del medio ambiente físico de trabajo, lo cual nos remite a lo postulado por C. Dejours en relación al surgimiento de ansiedades específicas producto de las condiciones en que desarrollan la tarea. Éstas ponen en marcha mecanismos defensivos que tienen como principal objetivo controlar dicha ansiedad, permitiendo el ocultamiento de la percepción consciente de los peligros, es decir, enmascarar o esconder el sufrimiento ocasionado por esa situación de riesgo real.

Por lo expuesto, en el puesto de trabajo observado de la industria de la construcción, se observan niveles de riesgo potencial que resultan de suma importancia para los trabajadores del sector en diferentes aspectos.

Referencias bibliográficas

- CALDERONE, Graciela; DI CLEMENTE, Laura. *El profesiograma como técnica de registro del análisis ocupacional*. Apuntes de cátedra de Terapia Ocupacional Laboral, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Mar del Plata, Argentina, 1997.
- DEJOURS, Christophe. *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Bs.As., Argentina, CREDAL- HVMANITAS, 1990
- DI LORENZO, Myriam Y SOMI, Carina. *Relevamiento profesiográfico y de la percepción que tienen los operarios, de la carga global y del medio ambiente físico de trabajo en los puestos de chofer de colectivo*. Tesis (Lic. en Terapia Ocupacional) Mar del Plata, Argentina. Universidad Nacional de Mar del Plata., Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 2001.
- MACHADO SUSSERET, Néstor. *Condiciones y medio ambiente de trabajo en las Empresas de Mantenimiento de Frentes Edilicios pertenecientes al Sector de la Construcción Marplatense*, Mar del Plata, Argentina, 2005-2006.
- NEFFA, Julio C. *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo?* Propuesta de una nueva perspectiva. Bs. As., Argentina, HVMANITAS, 1987.

Nota: Trabajo presentado en:

- Semana de los 50 años de la Terapia Ocupacional en la Argentina realizadas entre el 28 de septiembre y 2 de octubre de 2009 en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de

Mar del Plata.

- 9º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo “El trabajo como cuestión central”, realizado los días 5, 6 y 7 de Agosto de 2009 en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires.
- Expositor en 15º Congreso Mundial de Terapeutas Ocupacionales realizado en Santiago de Chile del 4 al 7 de mayo del 2010. Trabajo “Percepción de la Carga Global en obreros de la construcción en la ciudad de Mar del Plata”.

Agradecimientos:

T.O. Graciela Calderone
Arq./Néstor Machado Susserett
Prof. Clotilde Ubeda
Prof. Jorge Ungaro
Lic. en T.O. Norma Gordillo
Lic. en T.O. Laura Laguarde

Percepción del paciente con tuberculosis sobre su cuerpo y de la terapia Jocupacional

Angela M Bittencourt Fernandes da Silva.

Almeida de Figueiredo N.

Carvalho de Queiroz M ello F.

Lapa e Silva J.

Correo electrónico: abittenc@gmail.com

Resumen:

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa del milenio, que tiene un curso crónico, campo fértil entre las personas ya debilitadas por las condiciones la vida y la inseguridad en el empleo. **OBJETIVO.** Saber la percepción del cliente acerca de su cuerpo a la tuberculosis y terapia ocupacional. **MÉTODOS:** Llevamos a cabo cinco talleres datos de producción, con 35 clientes en tratamiento, el diseño que se utilizó como un medio de expresión y verbalizaçãoutilizó el análisis de Bardin para entender entender el verbalizaciones. El método cuantitativo y cualitativo fue utilizado, ya que mientras la búsqueda alberga el análisis cualitativo, se refiere con el nivel de la realidad, trabaja con el universo de significados, creencias, valores y actitudes de los sujetos.La investigación cuantitativa implica la recopilación sistemática de información numérica mediante el control de situaciones en las que información es analizada estadísticamente. Al unirse a ambos métodos crean la posibilidad de complementación entre las palabras y los números. **RESULTADOS:** De los 140 imágenes creadas por la imaginación de los clientes, y sus discursos se han organizado los 70 términos en la siguientes dimensiones: la de concreto, donde el objetivo elementos relacionados con la racionalidad que implica el cuerpo sanos y enfermos, concreta-subjetivo, donde se encuentra la subjetividad espiritual cotidiana.e, donde la Iglesia y a fe en Dios son aquellos que buscan en la fe la fuerza para vivir. **CONCLUSIÓN:** El cuidado se establece a través del diálogo. Conocer los enfrentamientos diarios de los clientes con tuberculosis, es necesario buscar soluciones alternativas, basado na de acogida del terapeuta-cliente, en los que la incorporación de la individualidad de cada persona es respetada y para tratar de entender el cuidado de la salud en el que el cliente pertenece a su tiempo y el espacio propio y Terapia Ocupacional

Desarrollo

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa y contagiosa, mui antigua del mundo, lo que supone un curso crónico, cuyo agente etiológico es el *M. tuberculosis* (*Mtb*). Este trastorno encuentra un terreno fértil entre las personas ya debilitadas por las condiciones de vida y la inseguridad laboral. Alcanza los pulmones debido a su microsistema favorable (húmedo y cálido, espacioso y oscuro) y las causas fatiga, fiebre, pérdida de peso y dolor torácicoⁱ. Una persona sana a hacer contacto con otra con tuberculosis, se puede infectar en el plazo de 24 horas, por aspirar las gotitas microscópicas que fueron eliminad a través del aire, de la tose, de la estornudar o de hablar. De acuerdo con

la Organización Organización Mundial de la Salud (OMS)ⁱⁱ, la tuberculosis queda vidas humanos mucho más que la malaria y el SIDA combinados. También de acuerdo con esta institución, en 2005 aproximadamente un tercio de población mundial se infectó con *Mtb* y ocho millones de personas fueron afectadas. No obstante hay medicamentos eficaces contra la tuberculosis, en la realidad, el éxito del tratamiento apunta a los complejos factores que intervienen en los resultados, que incluíd la principal preocupación de la salud pública en Brasil: la resistencia a los medicamentos y el tratamiento incompletos. El Brasil domina el décimo sexto lugar, entre los países con mayor número de casos de la tuberculosis en el mundo con tasa de desidia del tratamiento que van desde 4,5% a 20,3%.

Figueiredoⁱⁱⁱ estudió el cuerpo humano y descubrió que las personas pertenecen a los diferentes grupos, con varios encargos, de complejidad individual y étnica. Este organismo adquirirá originalidad, ya que sofreirá influencia con el medio ambiente. El cuerpo biológico se convierte en parte de un universo de significados humanos, creencias, y la apariencia mediada y codificado.

El rol primario de la Terapia Ocupacional (TO) es el de posibilitar la ocupación, en las áreas de auto-cuidado, ocio y productividad. Implica un proceso de colaboración. El rol secundario es de facilitar el cambio en los componentes de actuación y del medio ambiente. El modelo refleja el paradigma actual de la Terapia Ocupacional: partimos del nivel de la ocupación, para luego pasar a los componentes de la misma, y considera la persona inmersa en el medio ambiente. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)^{iv} caracteriza el uso de las actividades/ocupaciones con propósito dirigido o específicas para las personas que están limitadas por las lesiones o enfermedades; disfunción física o clínicas; psicosociales; déficit del desarrollo o de la aprendizaje causados por las diferencias culturales o de empobrecimiento o el proceso envejecimiento, para mejorar o aumentar la independencia, prevenir la discapacidad y mantener la salud.

La Terapia Ocupacional provoca el cambio en el contexto de las interacciones por el dinámica entre la ocupación, los medios de relación negociada tanto por el cliente, el terapeuta y en el entorno del cual se produce la participación en la ocupación. Este modelo es un proceso complejo que requiere atención de los otros factores que pueden intervenir en la capacidad de la persona para aprender a hacer, incluyendo las percepciones de los clientes envueltos en el proceso y ser descubierto de otra manera.

El objeto del estudio de la Terapia Ocupacional, es el ser humano y su herramienta del trabajo es las análisis de las condiciones (físicas, hospitales, de la percepción, profesionales, psicológicos y sociales) que puedan afectar el hacer, que se exterioriza en el encontró (o redescubrir) de su lugar social, con ser activo y dueño de su vida. El objetivo final va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, es el disfrutar de una vida en plenitud, con mejor calidad de vida, inclusión social y que toda persona pueda contribuir a la sociedad.

La consideración que la fabricación de la materia apoya en la construcción de su vida cotidiana, donde no es habitual, pero sí es extraño, tal con es vivida y practicada de una manera específica, la asistencia de la Terapia Ocupacional contribuye para la construcción del cotidiano alterado por la tuberculosis y que estas situaciones es cambiadas en experiencias significativas para el cliente. Consciente de que no complementación del tratamiento por el cliente es a menudo porque él no cree en la curación de su enfermedad, que le causa frustración y enfrentamientos que le impide de prorrogar su tratamiento, al mismo tiempo que existe la posibilidad de desenvolver resistencia a los medicamentos.

OBJETIVO.

Conocer la percepción del cliente acerca de su cuerpo sano y su cuerpo enfermo con tuberculosis y la terapia ocupacional.

MÉTODOLOGIA

Fue elegido el método cuantitativo y cualitativo, porque mientras investigación cualitativa alberga el análisis interpretativo de la realidad que no puede ser cuantificados ya que funciona con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes del sujeto que permite trabajar en espacios de relaciones más profundas del procesos y fenómenos: que están siendo imposible de poner en la práctica las mensuraciones^v.

La investigación cuantitativa implica la recopilación de sistemática de información numérica a través de situaciones de control cuando la información se analiza estadísticamente. Al unirse los dos métodos crean la posibilidad de complementación entre las palabras y los números. El espacio para la investigación fue el Programa de Control Tuberculosis (PCTH) del Instituto de Enfermedades del Tórax Hospital, del Hospital Universitario Clementino Fraga Filho de la Universidad Federal de Río de Janeiro (PCTH /

IDT/HUCFF/UFRJ), un lugar propicio para el desarrollo este estudio, ya que este escenario se desenvuelve muchas investigación sobre la tuberculosis.

Con la liberación de esta investigación por el Comité Ética (104/2008 opinión), se celebró el proceso de familiarización con los clientes y se inició la pesquisa. Participaran del estudio, 35 clientes inscritos en este programa y en tratamiento ambulatorio por lo menos 30 días; los residentes o no del municipio de Río de Janeiro; con edades comprendidas entre 18 a 50 años; de cualquier color; religión; nivel de educación; género; actividad profesional; grado de la infección; independientemente del régimen de tratamiento o del tipo de administración terapéutica.

Todos los clientes antes de aceptaren participar de este estudio, tuvieron la información sobre la pesquisa y firmaran el término del consentimiento informado (TCI). A partir de este momento se comenzó el proceso de recopilación de datos. Para poner conocer los elementos en el cuerpo sano y el cuerpo con tuberculosis, se optó por la creación de las Talleres Dinámica del Estímulo Sensibilidad (ODES) con una hora cada una, estas dinámicas se caracterizan por los participantes imaginen sus cuerpos sanos y enfermos. Esta búsqueda de sentido también apareció de forma espontánea de su proyección creativa por el dibujo y en las narrativas que escribieron del significado del objeto creado.

RESULTADOS:

ⁱ A.L.Kritski, M.C.Conde, G.M. Souza 2005, “Tuberculose: do ambulatório a enfermaria.” 3ª ed., Atheneu (São Paulo).

ⁱⁱ World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2005. En: <http://www.who.int/gtb/publications/index.htm>. Acesso em 2009

ⁱⁱⁱ N.M.A.Figueiredo, W.C.A Machado (org). 2009. “Corpo e saúde: condutas clínicas de cuidar.” Aguiá Dourada (Rio de Janeiro)

^{iv} American Occupational Therapy Association. 1994. Uniform terminology for occupational therapy. Am j occup ther 48, 11.

^v M.C.S. Minayo, S.F. Deslandes (org), 2002, “Caminhos do Pensamento - Epistemologia e Método”, Fiocruz (Rio de Janeiro).

El antropólogo Clifford Geertz^{vi} de la América del Norte muestra que el ser humano no es sólo respirar, pero el control de la respirar, no es sólo hablar, más enviar palabras y frases adecuadas en las diversas situaciones sociales, etc. No sólo sentir, más sentir ciertas emociones como la paciencia, el desapego, la renuncia y el respeto. Así siendo, el ser humano,

es capaz de superar las inseguridades que vienen en su camino. Hay otra interpretación, sin embargo, el expresión: *ser* que corresponde a la propia vida y velar por ella, a pesar de las barreras que surgen en su vida con la atención de la salud, incluyendo aquí la mente, el cuerpo y el alma, hace que cada *ser más humano*.

La parte de integración social está basada en la creación de una comunidad inclusiva^{vii, viii} inspirados por el principio de justicia ocupacional^{ix}, una sociedad en que toda persona pueda aportar desde su potencial y experimentar su crecimiento personal a pesar de experimentar una disfunción ocupacional de origen físico, clínico, psicológico o social. El objetivo es que la sociedad se concencie del potencial de estas personas tantas veces estigmatizadas, ya que el esfuerzo de estas personas se convertirá en un jardín abierto a toda la comunidad. Así recobran el rol de personas que contribuyen a la sociedad, de ciudadanos de pleno derecho. Negar la participación social de una persona con tuberculosis, es negar su humanidad.

Las 140 imágenes creadas por la imaginación de los clientes PCTH fueron organizadas por sus significados, a través del diseño y contenido hablado. Para profundizar en la reflexión sobre las evocaciones de los cuerpos sanos y malos, se utilizó el análisis de contenido de Bardin^x, que después del tratamiento de los datos brutos se concluyó que el primer tabla que resulta de la lectura de los datos cuestión emergentes de salud del cuerpo sano y el cuerpo enfermo de la tuberculosis. Desde el esbozo de los elementos contenidos estos datos se llevó a cabo en la codificación, es decir, que se unidades seleccionadas y enumeraciones (elección de normas) y realizado los referendos.

Tabla 1 - Codificación de las evocaciones de cuerpo sano y malos

Orden	Dimensiones	Cuerpo Sano		Cuerpo Enfermo	
1	Salud y las consecuencias de la enfermedad en la vida cotidiana	Naturaleza	10	Tratamiento	10
		Vida	3	Pobreza	3
		Precaución	4	Diretrizes	3
2	La salud y la enfermedad en las emociones cotidianas	Aislamiento	8	Miedo	10
		Soledad	4	Aislamiento	4
3	La salud y la enfermedad en la fe en Dios	Espiritualidad	4	Dios	3
		Alegría	2	Iglesia	2
		Total	35	Total	35

Los 70 términos producidos se dividieron en tres dimensiones: la *dimensione concretas-objetivas* que se refiere a la participación de la racionalidad del cuerpo sano y enfermo, que el punto de vista de las personas con tuberculosis tiene significado de pobreza, sin trabajo estable, incapacidad de proporcionar los recursos mínimos para su propio y su

familia, siendo factores que interfiere con la continuidad del tratamiento. *La dimensioe concretas-subjetivo*, donde encuentra la subjetividad cotidiana, tales como el miedo y la soledad que se asocia momentos de gran estrés, con los problemas sociales del contagio, el estigma de la enfermedad, la culpabilidad, el ocultamiento de la TB y el aislamiento de los compañeros, sencillos y vecinos. La ultima dimensioe es la *espiritual* donde la convicción en Dios y en la iglesia es la manifestación de una realidad superior, una dirección espiritual o un propósito que alimenta a las personas a través de la vida. Es el lugar que buscan la fuerza de vivir, porque encontraron el apoyo a la hacer frente a la vida cotidiana de la soledad, la tristeza, del tratamiento, de los efectos secundarios de la medicación y que funde la maduración de la vida interior, la aceptación de las pérdidas, la enfermedad y su finitud.

CONCLUSIÓN:

Conocer el imaginario de los cuerpos sanos y enfermos con la tuberculosis fue necesario para saber lo que es (estar sano y enfermo) y que existen muchos factores que precisan ser experimentados por ellos (cuerpo) de la atención. Uno tiene que mirar no sólo por lo que es quiero ver (la enfermedad), pero para el contexto (que es ocultos), por esta razóné muchas veces abandonan el tratamiento o decidan parar de tomar la medicación. La persona con tuberculosis piensa que esa es la mejor actitud que puede tomar, porque no quieren ser identificados con el portador de la TB, por causa del estigma de la enfermedad: necesitado y vector del contagio.

Es importante entender que en la Terapia Ocupacional el símbolos expresados representan los síntomas verdaderos y ocultos de las enfermedades, que el cuerpo enfermo, y el cuerpo sano, con o sin emoción, con o sin conocimiento, con o sin secretos y con o sin símbolos, sólo una fuente de emisión de síntomas y trabajar con su subjetividad facilita la adherencia al tratamiento, reduce la ansiedad y permite a los profesionales de TO desarrollar atención humanizada con participación de la empatía y la aceptación.

Esta atención se establece a través del diálogo, ya que esta ocasión, el cliente puede expresar sus emociones, sus tristezas, sus temores que mudaran su vida y su existir. El acto de atención administrada en la dimensión espiritual del cliente con tuberculosis, fue necesario amplificar los conocimientos científicos con la intuición, con la emoción y con la exactitud de la percepción sensorial, con la razón, que esta atención se dirige ellos deseos para la curación, para el sentimiento de la comprensión, del afecto, de la imaginación, de la intermediación que se refleja en el tratamiento diario.

Conocer los de los enfrentamientos cotidianos de los clientes de con tuberculosis, fue necesario para buscar alternativas, basado del acogida del terapeuta-cliente, en la incorporación de personalidad y en la individualidad de cada uno. El resultado de la interacción entre la persona, su cuerpo y la Terapia Ocupacional fue la capacidad de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas que son culturalmente definidas y apropiadas para la edad, para el cuidado personal (auto-cuidado), el disfrute de la vida (ocio), y contribuir al tejido social y económico de sus comunidades (productividad). Elegir su cuerpo sano y enfermo suscita la esperanza, componen la motivación, ofrecen significado, crean visión que orienta la vida, promueven la salud, posibilitan el empoderamiento y goce la vida, dentro de su comunidad, de su familia y junto con los compañeros, con mejor calidad de vida.

^{vi} C. Geertz. 1989. “A interpretação das culturas”. Guanabara (Rio de Janeiro)

^{vii} Grady, A.P. 1995. Building inclusive community; a challenge for occupational therapist. Am j occup ther 49: 300-310.

^{viii} Townsend, E. 1997. Inclusiveness: A community dimension of spirituality. CJOT 64, 3:146-155

^{ix} Townsend, E.1983. Occupational therapy’s social vision. CJOT 60,4: 174-184.

^x Bardin, 2008, “Análise de Conteúdo”, Edições 70, (Lisboa).

Práctica clínica en RED. Carrera de Terapia Ocupacional- UNSAM.

Consejo de Discapacidad- Municipio de San Martín- Pcia de Buenos Aires.

Lic.Liliana Paganizzi, T.O-Mgs. en Salud Pública-

Correo electrónico: lilia_liber@hotmail.com.

Introducción

Esta experiencia parte de la Curaduría Oficial de San Martín, donde se realiza orientación y seguimiento de personas con Trastorno Mental Severo y en condiciones de vulnerabilidad social que han sido declaradas jurídicamente “incapaces”.

Con apoyos, a veces más que precarios- ellos logran vivir en la comunidad y la que suscribe sobrevivir profesionalmente, y a veces desplegar, alguna actividad creativa y entretenida, siempre asociada con otros.

Atento a los supuestos de las estrategias de Rehabilitación psicosocial (1) sostenemos que:

- Las situaciones de salud y enfermedad de esta población -y de otros en condiciones similares- dependen 1) de los recursos que le son propios (estructura psíquica, estrategias de vida) 2) de los recursos afectivos familiares para su alojamiento material y afectivo y 3) de los recursos comunitarios existentes.
- Estas dimensiones hacen al diagnóstico situacional, deben ser evaluadas simultáneamente en los planes de trabajo y resultan escenarios de intervención directos e indirectos. (2)

Hemos organizado estrategias de intervención que se corresponden con los pilares básicos de las **tecnologías comunitarias**: (3) 1) un pensamiento desde la salud pública integrado por sectores públicos, privados e intermedios. Intervenciones en el territorio propio de los asistidos: su domicilio y la zona aledaña. 2) Cuando es posible trabajamos en grupo o alentamos vinculaciones con vecinos e instituciones. 3) Promovemos la participación activa de nuestros usuarios en su propio proceso de salud y enfermedad.

Intentamos siempre que sea posible generar un vínculo de cuidado y autonomía porque reconocemos que estamos “de paso” en la vida de las personas que atendemos y que ellos son los garantes de su propio cuidado. Si algo pretendemos... es que conozcan su derecho a pedir ayuda y a recibir atención digna, respetuosa y atinada.

Por el año 2006 comencé a participar en el Consejo de Discapacidad de la Municipalidad de San Martín, nos re encontramos allí con Sandra Sicardi –T.O en ese entonces del Centro de Salud Mental Pichón Rivière-.Le propuse asociarnos para organizar una instancia formación de practica Clínica cuyo eje fuera la red de

dispositivos que el municipio ofrece a las personas con discapacidad. Afortunadamente Sandra aceptó, también la Directora de Capacidades diferentes del Municipio Elina Usiategui .Hicimos la propuesta a la Carrera de Terapia Ocupacional del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el movimiento –ICRyM-Universidad de San Martín UNSAM, a cargo por entonces de Mariel Pellegrini. Actualmente compartimos la supervisión con Natalia Cavacciochi - . Centro de Salud Mental Pichón Rivière- San Martín.

Objetivos estratégicos y pedagógicos, del 2007 al 2010.

Cuadro 1.Objetivos estratégicos

2007	Resultados 2010
Promover la articulación entre el ICRM y las necesidades locales del Municipio de San Martín,	Responsables académicos del ICRM concurrieron a algunas reuniones del Consejo de Discapacidad.
Promocionar las incumbencias de intervenciones posibles del Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la salud, la educación especial y los programas sociales.	Se visibilizó en las reuniones del Consejo la existencia de la Carrera y la particularidad de la formación.
Alentar la creación de espacios profesionales en las instituciones de la zona.	Recibimos solicitudes permanentes de T.O. Los alumnos recibieron ofertas concretas de trabajo.
Promover la participación de docentes de la Carrera de Terapia Ocupacional en el Consejo de Discapacidad del Municipio.	Presentamos un proyecto para desarrollar en el campus UNSAM en el municipio que no prosperó todavía.

Cuadro 2. Objetivos pedagógicos

2007	Resultados 2010
Brindar herramientas técnicas y operativas para conocer las condiciones de vida y salud de una población determinada.	Logran hallar datos de condiciones de vida y salud. Los instrumentan parcialmente
Que los alumnos conozcan activamente las ofertas de salud y educación del municipio.	Participan de las reuniones del Consejo , visitan entre 5 y 7 instituciones a lo largo de la práctica, interactúan con los profesionales y realizan guía institucional Ad .Hoc
Que tengan la oportunidad de participar en redes sociales capaces de alojar personas con discapacidad.	Se informan y participan de algunas actividades comunitarias.: Ferias artesanales, organización de bailes.
Que sean capaces de proponer un plan de intervención profesional en instituciones locales	Realizan planes de trabajo y en ocasiones los llevan a cabo.
Que tengan la oportunidad de participar activamente de planes de trabajo terapéutico de personas y/o grupos con discapacidad que viven en la comunidad.	Participan activamente en planes terapéuticos en las instituciones de referencia, trabajo en la comunidad y en domicilio de personas con TMS.

Reflexiones finales. La letra de algunos alumnos. (*)

*“ En este recorrido por los diversos escenarios ...se producen verdaderos intercambios .. destacamos *la posibilidad de* concebir a las personas, “representados”, “asistidos”, ”pacientes” no *solamente desde* la problemática consecuente del trastorno mental severo sino con las problemáticas a las que se enfrentan: el abandono, pobreza, falta de acceso a trabajo, complicaciones familiares...lo que no es ajeno a ningún ciudadano.” (5).

“. Una compleja trama de factores personales, sociales, económicos y políticos inciden de manera definitiva en la evolución y desarrollo de una enfermedad crónica. Factores ambientales hostiles, con carencia de oportunidades para desarrollar aptitudes de independencia y autonomía, maltrato moral, inaccesibilidad a recursos sociales y sanitarios, colaborar en desarrollar “inhabilidades” en las personas con trastorno mental. (6)“La Terapia Ocupacional debe propiciar que los pacientes lleven a cabo una vida “*normalizada*” (principio de normalización), teniendo en cuenta el contexto social, físico y cultural... y las significaciones e intereses que trae el individuo en relación a su *propia* vida.” (7)*“. Agradezco a los pacientes la posibilidad de haber compartido conmigo parte de su vida cotidiana, que me hayan recibido en sus hogares mostrándome como viven y como se desempeñan. Ellos fueron parte de mi proceso de aprendizaje. .. Son personas que cuentan e con muy pocos recursos y aun así pueden llevar una vida relativamente digna.” (8).

*“Conocer el trabajo de distintos sectores (social, salud, judicial, público y privado) en una comunidad para asistir a las personas con discapacidad *amplia* la mirada en cuanto a los recursos existentes, las funciones del Terapeuta Ocupacional y la forma de trabajar *,de manera Inter disciplinaria e intersectorial.*” (9)*“...y he transitado por las calles de la Terapia Ocupacional en distintos ámbitos y distintos dispositivos. .. He podido disfrutar de distintas formas de intervención, diversas posturas ante el padecer...*entiendo* que el ámbito social mas próximo, la comunidad, puede ser mas determinante para el paciente que la propia patología...entendí que una red de sostén es igual o a veces mejor que un buen medicamento para la locura... (10).

Conclusiones-

- En cuanto los objetivos estratégicos, a corto plazo se vislumbra la visibilización por parte de profesionales, directivos de instituciones, los propios pacientes y vecinos, de la existencia de la Carrera de T.O y la particularidad de la formación.
 - Se reciben además solicitudes permanentes de T.O y el interés sostenido de brindar espacio de visitancia y/o práctica clínica.
- No hemos logrado aún una articulación sistemática con el ICReM- UNSAM y el Consejo de Discapacidad del Municipio.
- En cuanto los Objetivos pedagógicos los alumnos reconocen una ampliación notable del campo de intervención (de procesos individuales a entornos comunitarios y políticos) y la visibilización de las condiciones de vida y la accesibilidad a los recursos comunitarios como determinantes de la condición de salud de las personas.

En síntesis: Hasta el momento la experiencia resulta muy enriquecedora para todos los participantes, todos involucrados en situaciones de enseñanza y aprendizaje

(*La *itálica* es mía..

Bibliografía.

- (1) Hernández Monsalve M 2003“Tratamiento Comunitario Asertivo”
En Atención comunitaria, rehabilitación y empleo Verdugo Alonso, López Gómez, Gómez Sánchez (Coordinadores) Publicaciones del INICO. Actas 3/2003.Salamanca,.
Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/publicaciones/rehabi.htm>. Octubre 2008.
- (2) Galheigo, S. M.; Angeli, 2008 Terapia Ocupacional e o cuidado integral a saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO Revista. Terapia . Ocupacional. Universidad. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 137-143, set./dez.
- (3) López, M y Laviana, M.2007. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía Revista. Asociación. Española de. Neuropsiquiatría..., Vol. XXVII, n. ° 99, pp. 187-223

- (4) Blasi, R La Rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. 2003 Actas II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental II Congreso Ibérico de Saúde Mental. Publicaciones del INICO Colección Actas 3/2003 Salamanca.
- (5) Veraldi, Analía ,2010. Práctica Clínica II General. Curaduría Oficial de Alienados- Hospital de Día Pichón Rivière del Partido de San Martín. Conclusión final de la práctica. S/ editar. *UNSAM*
- (6) Di Giorgio, Paula, 2010. Práctica Clínica II General. Conclusión final .S/ editar. UNSAM
- (7) Briglia Julieta, 2009-CARPETA DE PRÁCTICA CLÍNICA III. GENERAL. Acerca de la Práctica Clínica S/ editar. UNSAM
- (8). Lachaga Sena, Ximena, 2009. Práctica Clínica II General . Conclusión final .S/ editar UNSAM
- (9) Carcavallo, Lucila. 2008 Práctica Clínica II General . Conclusión final UNSAM
- (10) González, C. 2008, CARPETA DE PRÁCTICA CLÍNICA III. GENERAL, S/ editar UNSAM.

**Título: Practicas comunitarias en salud mental
Promoviendo redes para la integración comunitaria**

AUTORA: Licenciada en Terapia Ocupacional: Coutaz María Laura

Correo electrónico:lauracoutaz@gmail.com

Palabras claves: salud mental comunitaria- red- visita domiciliaria- promoción de la salud

Resumen:

El Objetivo de dicho desarrollo es compartir la experiencia de trabajo desde la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, desde el dispositivo de Centro de Atención Primaria de la Salud durante el año 2009 y 2010, en la ciudad de Trelew, provincia del Chubut.

Las intervenciones se han dirigido en dos sentidos: por un lado, la inserción de los trabajadores de la salud mental la red barrial, institucional, la vinculación con los líderes barriales; conocer los problemas sentidos por la comunidad e identificar sus recursos saludables. Estas acciones dieron como resultado la reorganización de la red barrial interinstitucional, que comenzó a funcionar luego de varios años y que actualmente se realizan reuniones con frecuencia quincenal.

Por otro lado, la visita domiciliaria como dispositivo de intervención, ha permitido un seguimiento a los usuarios de salud mental, y un espacio propicio para trabajar las dificultades cotidianas de los mismos

Se concluye que la promoción de la organización de la comunidad, desde el centro de salud, nos ha permitido construir estrategias de prevención y promoción de la salud; a su vez la atención de las problemáticas complejas por las que atraviesan las personas con trastornos mentales graves y sus familias; como así también trabajar mitos respecto a la peligrosidad atribuida a la locura, instaurada fundamentalmente en algunos de los usuarios que viven el barrio.

Introducción:

El Objetivo de dicho desarrollo es compartir la experiencia de trabajo desde la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, desde el dispositivo de Centro de Atención Primaria de la Salud durante el año 2009 y 2010, en la ciudad de Trelew, provincia del Chubut.

Las bases metodológicas del trabajo se centran en las concepciones teóricas de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales graves, y en los principios de la atención primaria de la salud.

Encuadre del abordaje

La propuesta de trabajo se encuadra en un proceso de reforma e instauración de un modelo de atención comunitaria de las problemáticas de salud mental en la provincia de Chubut, que se inicia en el año 2004. Dicha reforma consiste en la construcción de una Red de Servicios Comunitarios alternativos, que logren sostener a los usuarios de salud mental viviendo en la comunidad; es decir un proceso de reemplazo del sistema tradicional centrado en el hospital psiquiátrico y enfocado en la enfermedad, para pasar a un sistema comunitario, no focalizado en una institución y centrado en el enfermo y su integración social.

La red de servicios de salud mental, de la ciudad de Trelew consiste en un centro de día, internación de agudos dentro del hospital general, casas de convivencia, empresas sociales, y equipos de salud mental en los Centros de Atención Primaria de la Salud, ubicados en los distintos barrios de la ciudad, que integran su atención a las estrategias y metodologías propias de la atención primaria.

Trabajando en dos sentidos: inserción en la red barrial, seguimiento de los usuarios del sistema de salud mental

1. Inserción barrial comunitaria de los trabajadores de la salud mental

Desde los Centros de Atención Primaria de la Salud, el trabajo está orientado a generar estrategias barriales de promoción, prevención y atención de las problemáticas de Salud Mental.

La integración a dicho dispositivo desde el equipo de residentes de salud mental, nos implicó en primer instancia conocer las características barriales; la realización de una exploración comunitaria, que consistió el conocimiento de las instituciones, la vinculación con los líderes barriales, conocer los problemas sentidos por la comunidad y sus recursos saludables.

Una de las demandas de los diferentes de los referentes barriales fue en esta aproximación, la reorganización de la red barrial Interinstitucional, que comenzó nuevamente a funcionar luego de varios años desde el Centro de Salud, y que luego fue tomando una característica de rotación institucional, con frecuencia quincenal.

La promoción de la organización de la comunidad, desde el centro de salud, nos ha permitido construir estrategias de prevención y promoción de la salud y a su vez la atención de las problemáticas complejas

por las que atraviesan las personas con trastornos mentales graves y sus familias; como así también trabajar mitos respecto a la peligrosidad atribuida a la locura, instaurada fundamentalmente en algunos de los usuarios que viven el barrio.

1- Seguimiento de los usuarios de salud mental en la comunidad: visita domiciliaria

Los objetivos fundamentales de estos seguimientos incluyen el abordaje familiar y la potenciación de las redes naturales de sostén de los usuarios.

Las visitas domiciliarias desde un encuadre informal, mediadas en muchas ocasiones con mates; desde un encuadre terapéutico flexible, en donde el usuario se encuentra en un terreno conocido.

En dichos encuentros se refuerzan aspectos tales como la continuidad de los tratamientos farmacológicos, se realizan entrevistas con la familia para que puedan identificar factores estresantes y anticiparse a recaídas o atender en los inicios de las crisis. Otro de los objetivos es favorecer el retorno a las actividades cotidianas del usuario, luego de las internaciones. A su vez, orientaciones tendientes a la mayor independencia posible de los usuarios y tendientes al uso de los servicios barriales y la potenciación de su integración barrial/social.

Conclusiones:

Los principios fundamentales de la Rehabilitación Psicosocial (atención comunitaria, evitar las institucionalizaciones, tratamiento en el domicilio) implican la necesidad de reforzar las redes naturales de inserción social de las personas con enfermedad mental, resulta que el papel de las familias, y por extensión de las entidades sociales, sea determinante en el estado de la situación de la atención a las personas con enfermedad mental grave y duradera(1)

La visita domiciliaria como dispositivo de intervención, ha permitido un seguimiento a los usuarios de salud mental, y un espacio propicio para trabajar las dificultades cotidianas de los mismos

Desde las intervenciones desde el centro de salud, tomando como referencia la Carta Otawa, se considera que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. 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 consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (2)

La constitución de la red interinstitucional permite la generación de estrategias conjuntas en cuanto al sostén de los usuarios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello recursos propios del barrio

y estrategias intersectoriales. Es un instrumento para realizar tareas multisectoriales, que se escapan de los límites del sector salud, a la vez favorece la participación social y el aprovechamiento de las potencialidades de la comunidad y son las que pueden abrir el camino para facilitar estos procesos de revalorización del enfermo mental y en la reducción del estigma.

Referencias bibliográficas

1. “Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental grave”. 2007. Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos N° 21005. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Primera Edición, (España) Página 125.
2. Carta de Ottawa. 1986. OPS.
Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>

Prácticas de crianza, su importancia en la promoción del desarrollo infantil.

La investigación potenciando el ejercicio profesional.

Autores: Beltrán, Mercedes Inés

Vega, Maria Carlota

Correo electrónico: beltran.mercedesines@yahoo.com.ar

mcvega@copetel.com.ar

Resumen:

Las prácticas de crianza, particularmente las relacionadas a la alimentación y estimulación psicosocial, ejercen un profundo impacto sobre la salud infantil, incidiendo en forma determinante en la supervivencia y el crecimiento del niño y en el desarrollo de sus potencialidades.

Esta ponencia presenta resultados parciales de una investigación mayor realizada en Unidades Sanitarias de Mar del Plata, con el objetivo de conocer prácticas de crianza, conocimientos y creencias de cuidadores de niños pequeños en familias en contexto de vulnerabilidad social, con el fin de generar, en forma participativa y dentro del marco de la Atención Primaria de Salud, acciones eficientes que promuevan el desarrollo y crecimiento infantil en forma continuada y eficaz. **Material/métodos:** El enfoque es mixto, no experimental, descriptivo - exploratorio. La muestra se compuso por madres – cuidadores de niños de 0 a 2 años de edad, sin patologías detectadas, que asisten a controles médicos en el marco del programa del control del niño sano en dos Unidades Sanitarias de la ciudad en los meses de agosto a noviembre del año 2009. Se utilizó una entrevista semiestructurada, de diseño propio.

Resultados: La información obtenida se ordenó en dos ejes, prácticas de “estimulación” psicosocial y conceptos y creencias sobre el desarrollo infantil, con hallazgos significativos en cada uno de ellos. **Consideraciones finales:** Conocer las prácticas de crianza vigentes en cada hogar, nos abre camino a una planificación estratégica en salud pediátrica, horizontal y descentralizada, basada en la realidad en la que vive el niño y su familia, considerando la pluralidad cultural de los diferentes grupos y actores sociales. Como Terapistas Ocupacionales, desde el marco de la Atención Primaria de Salud, debemos capitalizar este conocimiento y repensar estrategias en forma inclusiva, en pos de enriquecer aquellas intervenciones orientadas a la promoción del crecimiento y desarrollo infantil.

Introducción:

La importancia de los primeros años de vida en los procesos neuromadurativos y de aprendizaje del niño, es la que nos remite a reflexionar acerca de la relevancia de las prácticas de crianza en la espiral dialéctica supervivencia, maduración, crecimiento y desarrollo infantil. Siguiendo a Raczynski (1), el período de desarrollo temprano demarca trayectorias de salud, aprendizaje y conductas presentes y futuras de los niños; “desarrollar plenamente la capacidad de pensamiento, de lenguaje, así como aptitudes emocionales, sociales y el desarrollo psicomotor, depende de este período...” (2)

El proceso de crianza, será aquel que dará marco a dicho período, y se constituirá a partir de las acciones que los padres/cuidadores realicen en pos de dar respuesta a las necesidades del niño; “la crianza es el proceso a través del cual los padres, madres y demás agentes socializadores aseguran la supervivencia, el cuidado de la salud y el crecimiento físico del niño o niña, como también el desarrollo psicosocial y cognitivo” (3)

Siguiendo la línea de López y cols. “las capacidades interaccionales pueden potenciarse, mitigando ansiedades en los progenitores.”(4) A la vez Rodrigo y Ortale (5) relevan la existencia de numerosas investigaciones que indican que favoreciendo los conocimientos del cuidador sobre el desarrollo infantil y alentando sus actitudes y expectativas, se producirán en consecuencia cambios favorables en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Como Terapistas Ocupacionales debemos comprender que somos “uno de los profesionales que por su filosofía, formación y objetivos más cerca está de individuos y familias en su diario quehacer, en la vida cotidiana (...) Por ello debe enfatizar en su trabajo la mirada en las potencialidades de personas y comunidades, identificarlas y fortalecerlas para la toma de decisiones.” (6) De este modo, y tal como plantean Arellano y Vega, “la intervención del Terapeuta Ocupacional en esta área se hace fundamental, como facilitador de aquellas experiencias y conocimientos necesarios para las madres y familias, (...) como así también en el aumento de la autoconfianza, autoestima y seguridad de las mujeres en sus capacidades maternas...” (7)

Material y métodos

Se conformó la muestra por madres – cuidadores de niños de 0 a 2 años de edad, sin patologías detectadas, que asisten a controles médicos en el marco del programa del control del niño sano en dos Unidades Sanitarias en la ciudad de Mar del Plata, en los meses de agosto a noviembre del año 2009. Fue utilizada una entrevista semi-estructurada, de diseño propio, con 64 preguntas (32 de indicadores múltiples) que fue tomada a 44 madres.

Resultados

Entre los resultados más significativos en relación a las *prácticas de estimulación psicosocial*, encontramos que casi la totalidad de los niños menores de 2 años **comparten la habitación** con sus padres. Se destaca el **colecto** como una práctica cotidiana, sin estar ocasionada, en todos los casos, por falta de espacio físico.

El 21% de los niños mayores de 6 meses utiliza **andador** aun siendo ésta una práctica contraindicada por los profesionales de la salud, ya que no favorece el desarrollo postural del niño y a su vez ocasiona un muy alto porcentaje de accidentes en el hogar.

El 74% de las madres/ cuidadores no realiza **lectura de cuentos** o libros con imágenes a los niños. Sin embargo, al indagar a las madres sobre el hábito de mirar **televisión** en los niños, se relevó que el 63% de los niños mira televisión habitualmente, solos o junto con sus padres. En relación a los *conceptos y creencias sobre el desarrollo infantil*, presentes en las madres, al ser indagadas sobre los **medios que contribuyen al conocimiento y la práctica de la maternidad**, los porcentajes más importantes representan al aprendizaje a partir de las experiencias de cuidado de hijos anteriores y al aprendizaje a través de la experiencia con el mismo niño.

Es también de relevancia para las madres la observación de otras experiencias de maternidad ajenas y la búsqueda de información, tanto de fuentes formales (“las charlas de la salita”, la información de los pediatras, libros o internet) como informales (pedido de consejos a familiares, especialmente a su propia madre).

En porcentajes menores se menciona el aprendizaje por cuidar otros niños, especialmente familiares menores, y de igual manera algunas madres consideran que no hay un proceso de aprendizaje sino que la maternidad obedece a una cuestión instintiva.

De las **fuentes de conocimiento** sobre cuidado infantil que son reconocidas por las madres, se mencionan en forma prioritaria el sistema de salud como referente de información (proveniente tanto del pediatra durante los controles como de las charlas de la unidad sanitaria), y las experiencias de otras madres cercanas (principalmente la madre o la suegra)

También es relevante la presencia de madres que refieren como fuentes de conocimiento, diversas publicaciones (libros, revistas o internet), siendo éste un cambio significativo con respecto a las fuentes de información consideradas ‘tradicionales’. Un porcentaje menor de madres indica que el conocimiento proviene de la experiencia de la crianza propia.

Al ser indagadas en relación a el **concepto de desarrollo**, más de la mitad de las madres lo define como crecimiento relacionado primordialmente al área física (en sólo uno de los casos se refieren a “crecimiento físico y emocional”). Un porcentaje menor de las madres, considera que el desarrollo está relacionado a la adquisición de habilidades de complejidad creciente.

Expresándolo con términos como: “*Antes pensaba que tenía que gatear, ahora que tiene que caminar...*”; “*Los cambios...ahora empieza a querer hablar, hace fuerza para sentarse, y ya reconoce las personas.*”

Algunas mamás manifiestan que el desarrollo del niño es congruente a diversas actividades de exploración y nuevos aprendizajes o bien precisan el desarrollo desde un concepto multifactorial. Muy pocas madres mencionan comprender al desarrollo desde la estimulación y cuidado del niño.

Cuando las madres fueron indagadas en relación al **modo en que favorecen el desarrollo de su hijo**, la mayoría de las madres se refirió a diferentes modos de interacción tales como hablar, jugar, cantar, acariciar, hacer “mimos”; mientras que un porcentaje menor manifiesta que colabora en la estimulación de sus niños pasando tiempo con ellos y prestándoles atención. Algunas madres indican que favorecen el desarrollo mediante prácticas de cuidado y de educación (límites); y entre los porcentajes menos significativos se encuentran respuestas que refieren a brindar cariño, a presentar cosas del mundo al niño, a seguir las indicaciones del pediatra y a la lactancia natural.

Conclusiones y discusión:

Varios de los datos enunciados, son coincidentes con los obtenidos en otras investigaciones locales, realizadas en el marco de diversas unidades sanitarias del municipio de General Pueyrredón, poniéndose de relieve la presencia de ciertas prácticas.

Esto, nos lleva a reflexionar sobre los modos de transmisión de la información (y la importancia de su continuidad) acerca de las prácticas de crianza, particularmente las que son de tanta importancia, como las relacionadas con la seguridad y salud de los niños. Dichas prácticas, sumadas a la multiplicidad conceptual de las madres en relación al desarrollo infantil y a las nuevas fuentes de información que las madres identifican como válidas en la actualidad, configuran variables imprescindibles a considerar en la planificación de programas de salud y desarrollo del niño permitiendo un enriquecimiento de los mismos.

Como Terapistas Ocupacionales no podemos, ni debemos, desconocer aquellos factores que se verán reflejados en las modalidades de interacción y respuesta a las necesidades del niño. Es necesario, entonces, repensarlos e incluirlos en la promoción del desarrollo infantil, de modo tal de poder generar acciones estratégicas en salud y educación que involucren la transmisión de conocimientos "apropiables", y promuevan la participación activa de los actores sociales, formando espacios para nuevos saberes que transformen el medio del niño en un contexto favorecedor de su crecimiento y desarrollo.

Referencias bibliográficas:

- (1) Raczynski, D. (1996) *Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños*. Revista En foco, vol. 77, pág. 2. Chile.
- (2) Kremenchuzky, J. y cols. (2009) *El desarrollo del cachorro humano*. Ed. Noveduc. Pág. 6
- (3) Aguirre E., Durán E. (2000) *Socialización: Prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia
- (4) López, Waisman, Ubici, Martino. (2005) Capítulo: “Psicoanalista y neuropediatra observando bebés” en Pereira, M. y cols. *Intervenciones en primera infancia*. Ed. Noveduc
- (5) Rodrigo, Ortale, y cols. (2006) *Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense*. Arch.argent.pediatr 2006; 104(3):203-209 / 203
- (6) Vega, María Carlota; Campisi, M. A.; Donati, M.; García Cein, E. (2010) “*El derecho a la salud. Concepciones, representaciones, prácticas y participación social. Reflexiones en Terapia Ocupacional.*” XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Santiago de Chile. Chile. 4 al 7 de mayo 2010. Trabajo publicado electrónicamente en la página web de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. (AATO) 2010. www.aato.org.ar
- (7) Arellano, V. Vega, M. C. (2009) *Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida en el sector público de salud. República Argentina. Una experiencia de Terapia Ocupacional en la promoción del desarrollo de los niños*. 2da parte. Publicado en Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Numero 9. Diciembre 2009

**TÍTULO: “PROCESOS DE GESTIÓN EN UN CONTEXTO HOSPITALARIO
MONOVALENTE: avatares y estrategias en nuestro ejercicio profesional”**

AUTORA: LIC. TO SARA DANERI

E-MAIL: saradaneri@hotmail.com

Introducción:

“...Caminante, no hay camino, se hace camino al andar”¹.

Pienso que a ningún terapeuta ocupacional (t.o)² en los inicios profesionales nos ha resultado sencillo la inclusión en una institución sea pública o privada.

En general me inclino a pensar que nuestra primera reacción es comenzar a observar y a planificar en términos de la tarea específica que nos convoca. Es allí en el ejercicio profesional donde podemos ubicar nuestras mayores fortalezas, en nuestra formación técnica³. Pero a poco de comenzar a ejercer nuestro rol profesional, nos encontramos que ese conocimiento no es suficiente para comprender el sustrato ideológico sobre el que se funda la institución, su dinámica, su estructura formal e informal, sus vías de comunicación. Entonces, esta situación que en un principio fue de expectativa y proyectos nos puede producir desazón, enojo, angustia, y finalmente frustración y abandono.

De allí que esta presentación no focalice en dar cuenta cómo los t.o.s gestionamos en relación a los planes y programas de atención que diseñamos sino en como los t.o.s gestionamos la Terapia Ocupacional (T.O)⁴ para incluirla e incluirnos, en este caso en un hospital público monovalente⁵.

¿Qué hacer entonces?...Como en la T.O, no hay una única forma ni de incluirla ni de ejercerla como señala Rocha Medeiros⁶, sin embargo podemos delinear algunas estrategias

¹ Machado, A. 1912. “Proverbios y Cantares”.

² t.o: terapeuta ocupacional

³ Técnica: entendida como conocimiento específico de la formación de una determinada profesión.

⁴ T.O: Terapia Ocupacional

⁵ Instituciones que a lo largo de su historia se han especializado en la atención de una determinada patología, por lo general infecto-contagiosa y/o temida por la población, por lo cual se aísla a quienes padecen estas enfermedades en estos hospitales.

⁶ Rocha Medeiros, H. 2008. “...esa diversificación de posturas y acciones implica, en realidad, la posibilidad de adecuación de su instrumental en relación con las finalidades de los programas y servicios y de las políticas sociales que les dan origen y que privilegiando determinados conceptos de hombre, salud y enfermedad, inspiran determinados modelos tecnológicos de asistencia. Se puede hablar, entonces, de múltiples Terapias Ocupacionales”. Capítulo 4. Pág. 71

para, sin perder el rumbo, aceptar el desafío e intentar introducir y producir algunos cambios en estos contextos difíciles y complejos a través de estrategias⁷ en la gestión.

De una determinada forma institucional: Antes de pensar en la gestión, es básico conocer algunas referencias acerca de la lógica⁸ con la cual el hospital monovalente relaciona nuestro ejercicio profesional con la Terapia Ocupacional. Entonces cabe preguntarse ¿cuál es la lógica de un hospital monovalente de Salud Mental fundado en el año 1863?

Sin duda los diferentes períodos socio-históricos por los que atravesó el hospital a lo largo de casi 150 años, en el marco de las más variadas concepciones sobre los procesos de salud-enfermedad- atención, más los diversos signos políticos por los que transitó el país, dejaron su impronta y sus mitos acerca de aquello que se pensaba sobre la “Terapia Ocupacional”⁹.

El hospital en el transcurrir de más de 100 años, había conocido e implementado variados modos del uso de la actividad y el trabajo como forma de tratamiento de las personas internadas: del tratamiento moral con sus diversas vertientes, a los debates sobre la eficacia del tratamiento activado de Herman Simon, a la laborterapia o la terapéutica ocupacional impulsada por Ramón Carrillo¹⁰.

Pero recién en el año 1980 se produce la llegada de la primera t.o con un cargo de planta a este hospital, que entre sus tantas paradojas contaba con un Servicio de T.O sin t.o, pero con un grupo de mujeres habilidosas que según sus conocimientos en una cierta técnica manual distribuían en grupos a las personas internadas que concurrían espontáneamente a realizar alguna manualidad a cambio del “pago de un peculio por fuera de la sala”¹¹.

Hacia una reformulación: avatares, estrategias y gestión: En un inicio se necesitó conocer el imaginario, los supuestos de la comunidad hospitalaria respecto de la T.O, sus funciones e intervenciones. Así como se requirió diseñar e instrumentar acciones de acuerdo a nuestra formación profesional en base a la información sociodemográfica disponible, lo cual en ciertas ocasiones implicó situaciones de tensión o de discordancia entre lo esperado y lo realizado por los t.os.

⁷ Estrategia: Arte, traza para dirigir un asunto

⁸ Belmartino, S. “Hablo aquí de “lógica” en el sentido otorgado al concepto por Alford y Friendland: “Por “lógica” entendemos un conjunto de prácticas (conductas, formas institucionales, ideologías) que tienen funciones sociales y son defendidas por intereses políticamente organizados. Los actores pueden no ser conscientes de esas lógicas” (1991:25)

⁹ Daneri, S. 2010. Disertación “30 años del Servicio de Terapia Ocupacional”

¹⁰ Daneri, S. 2006. Tesis de Licenciatura en TO. Universidad Nacional de San Martín. (UNSAM)

¹¹ Cabred, D.1900. Art. 6°. Pág. 42.

Dentro del conjunto de estrategias para el logro de las diversas gestiones que se planteaban en correlación con la planificación y sus objetivos se instrumentaron: acuerdos con directivos y sectores gremiales para una gradual y progresiva profesionalización del Servicio de TO respetando y en lo posible generando mejoras en la situación escalafonaria del personal; se incorporaron estudiantes de carreras de Terapia Ocupacional para promover la actividad docente e involucrar al sector educativo formal para que brindara un mayor respaldo del proceso de gestión¹² iniciado.

Hacia el año 1988 el Servicio contaba con un plantel profesional ocho t.os, de los cuales siete pertenecían a la planta y uno t.o desempeñaba funciones de conducción, la estrategia de inserción de la TO se centraba en la atención de la población internada en algunos servicios seleccionados previamente y de manera simultánea con la atención en el Servicio de T.O. Era el tiempo de la llegada de la democracia, de los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental del Dr. Goldemberg y con ello una vuelta a la interdisciplina y a la participación de los t.os en diferentes niveles de gestión.¹³

De un modelo asilar¹⁴, comienza a circular en el discurso de algunos equipos interdisciplinarios un modelo efectivamente rehabilitador donde cobra sentido la cotidianidad, la autonomía, el derecho a elegir especialmente de las personas internadas y la obligación de preguntar por parte de los equipos.

Surgen indicios que las estrategias de gestión van produciendo efectos hacia el interior de la institución, en los servicios de internación donde se incluyen t.os y en la atención en el Servicio de TO llegan solicitudes de evaluación, de tratamiento, de interconsulta, ya no la “derivación médica” y menos la “prescripción” de la actividad como en los inicios.

Sin embargo hacia finales de los años '80, casi con la llegada del neoliberalismo al poder y con el avance de las políticas de salud vinculadas a las nuevas tecnologías, a la aparatología de última generación, más decisiones institucionales que se identificaron con esta ideología se deterioran los procesos de cambio que habían traído algunas concreciones¹⁵ con el “Plan Goldemberg”. En nombre de “la nueva ciencia” en el Hospital a través de la tecnología¹⁶, el

¹² Gestión: conjunto de trámites que se realizan para resolver un asunto o concretar un proyecto, en el campo de la salud la gestión está íntimamente vinculada con las políticas de salud y la política en general

¹³ Capozzo, M. 2010. Disertación “30 años del Servicio de Terapia Ocupacional”

¹⁴ La actividad y la ocupación de las personas internadas, eran el modo de suplir la carencia de personal, del ahorro del estado en sueldos, bajo el argumento encubridor de una pseudo-rehabilitación.

¹⁵ Integración de equipos interdisciplinarios, creación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM)

¹⁶ U.TI: Unidad de terapia intensiva

Servicio de TO sufrió también los efectos y fue trasladado a un sector en el que durante tres años sólo dispuso de un salón de 16 mts.2 donde era imposible la atención.

Otra vez los intereses, las influencias y ciertos sectores de poder habían dejado a la T.O y a los t.os atrapados en esa coyuntura, ¿cómo salir? si no teníamos ni lugar físico y menos psíquico para reaccionar. Llegó entonces un largo tiempo de supervisión, que nos marcó el momento de la gestión de consultorios prestados para reafirmar el compromiso con la atención y la estrategia de las Jornadas de TO del Borda que durante ocho años se sostuvieron para seguir dándole voz y lugar a la TO dentro/fuera de la institución.

En la década del '90 los indicios previos, a esta arremetida, se refuerzan con pedidos de t.os para otros servicios de internación del hospital y se materializa con la incorporación de once t.os más. Casi a finales de los '90 se produce un replanteo de las prácticas, que trae aparejada una nueva etapa de supervisión institucional y de crisis en el equipo de TO, siendo su efecto una revisión crítica de nuestra función dentro de la institución. La realidad golpea nuevamente al país¹⁷, al hospital, a las personas que se atienden y lleva al equipo de t.os a una redefinición de las áreas de trabajo y a la creación de nuevos dispositivos¹⁸.

Algunas reflexiones a modo de aporte: A 30 años de haber comenzado este proceso de definir y redefinir planes y programas, establecer estrategias, articular y coordinar gestiones, hoy sabemos que habrá períodos de transición¹⁹ en los que indefectiblemente las luchas políticas generarán tensiones hacia el interior del equipo de t.os, del hospital y en el contexto; que no siempre se obtendrán los resultados esperados, o se estará en consonancia con los tiempos institucionales. Avatares y estrategias en nuestro ejercicio profesional para gestionar los propios procesos de inclusión, nos recuerda que los profesionales “que hacen su trabajo sin un sentido crítico, simplemente para conservar sus puestos, todavía no han alcanzado su naturaleza política”²⁰

Lic. TO Sara M. Daneri

¹⁷ No podemos obviar la crisis político - económica y social del país, con un muy alto índice de desocupación y una marcada precarización del empleo.

¹⁸ Emprendimientos sociales, unidades productivas de terapéuticas de inserción social, taller ocupacional, taller de familiares, inserción en programas de promoción y prevención en la institución como en el territorio en zonas con NBI y a la necesidad de implementar la formación de grado y posgrado en estas líneas de trabajo.

¹⁹ Belmartino, S. 2004. “Analizo las transiciones como procesos históricos de final abierto, ajenos a cualquier perspectiva determinista, enfatizando el papel de la lucha política para definir que alternativa, entre el abanico de opciones en debate, será la que en definitiva se afirme”.

²⁰ Ferire, P. 1990, en Kronenberg, Simó Algado, Pollard. 2006. “Terapia Ocupacional sin fronteras Aprendiendo del espíritu de los supervivientes”.

Referencias Bibliográficas:

Machado, A. 1912. “Proverbios y Cantares” *en*: “Campos de Castilla”.

Rocha Medeiros, H. 2008. “Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social”. Ediciones UNL. (Santa Fe, Argentina). 5- 93.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición. www.rae.es

Belmartino, S. 2004. “La emergencia del estado social en Argentina”, *en*: “Historias de Enfermedades, Salud y Medicina en la Argentina de los Siglos XIX- XX”. Editor Universidad Nacional de Mar del Plata. (Mar del Plata, Argentina). 259-289.

Daneri, S. 2010. “Improntas, mitos y registros de la Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda. 30 años del Servicio de Terapia Ocupacional”. Disertación. (Ciudad de Bs. As., Argentina). 1-40.

Daneri, S. 2006. “Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda. De la asunción del Dr. Domingo Cabred como director de la institución (1892) a la presencia efectiva del primer grupo de terapeutas ocupacionales (1960)”. Tesis de Licenciatura en TO. Universidad Nacional de San Martín (Ciudad de Bs. As., Argentina). 2-120.

Cabred, D. 1900. “Proyecto de Reglamentación del Trabajo y Peculio de los alienados del Hospicio de Las Mercedes”. Tipografía del Hospicio de Las Mercedes. (Bs. As., Argentina).

Capozzo, M. 2010. “Hacia la construcción de una profesión, la institución y su contexto político y social. 30 años del Servicio de Terapia Ocupacional”. Disertación. (Ciudad de Bs. As., Argentina). 1-13

Belmartino, S. Ob. cit. Pág. 287.

Freire, P. 1990. “La naturaleza política de la educación, cultura, poder y liberación”. Paidós Ibérica. (Barcelona, España), *en* Kronenberg, Simó Algado, Pollard. 2006. “Terapia Ocupacional sin fronteras Aprendiendo del espíritu de los supervivientes”. Ed. Médica Panamericana. (

scientificacongreso@atopba.org.ar
www.atopba.org.ar

Programa de hospital de día de trastornos cognitivos progresivos (TCP): nuestra experiencia y resultados luego de 8 años de funcionamiento.

Autor: Rosselló, Milagros

Cohen, Gabriela

Sabe, Liliana

Correo electrónico: mrossello@fleni.org.ar

Resumen:

Objetivos:

El objetivo de este trabajo es documentar la experiencia y resultados luego de 8 años de funcionamiento del programa de hospital de día de trastornos cognitivos progresivos desde el año 2003 a la fecha.

Material y métodos:

Ingresaron 31 pacientes, los cuales 21 permanecieron más de 3 meses en el programa y serán incluidos en este análisis.

Se incluyen pacientes con demencias y con síndromes demenciales posteriores a traumatismo de cráneo y encefalopatía anóxica. Excluimos trastornos de motilidad y alimentación, con incontinencia urinaria o con alteraciones conductuales.

Al ingreso y a los 3 meses se realizaron las evaluaciones:

-Examinación cognitiva de Addenkrooke's (ACE), rastreo de memoria de Bushke (MIS) -Actividades básicas e Instrumentales de Lawton , Escala Berg Balance

Resultados:

A los 3 meses se observó una diferencia significativa en el valor de la media del ACE (p:0.03) pero no hubo mejoría en escala de MIS.

No se observaron diferencias significativas en las escalas de Lawton.

La escala Berg Balance al inicio mostró los siguientes puntuaciones: media de 44.67, mediana de 51 puntos, rango de 7 a 26 puntos. No se observaron diferencias significativas a los 3 meses en esta escala.

Conclusión: En nuestra experiencia observamos una mejoría significativa en un período corto de tiempo del examen de ACE y esta mejoría se debe a cambios en funciones ejecutivas, orientación y memoria. Es interesante marcar que si bien los familiares relatan mayor independencia funcional luego de la estimulación y reestructuración de la rutina de vida diaria con el programa estos cambios no se reflejaron en las escalas de

terapia ocupacional utilizadas. En trabajos futuros utilizaremos escalas de terapia ocupacional mas sensibles y específicas para deterioro cognitivo.

Programa de hospital de día de trastornos cognitivos progresivos (TCP): nuestra experiencia y resultados luego de 8 años de funcionamiento.

Introducción: El aumento de la prevalencia de las enfermedades demenciales a medida que se prolonga la expectativa de vida de la población constituye un problema mayor de la salud pública actual con consecuencias en lo social, económico y cuidados de salud de pacientes y cuidadores.

La rehabilitación cognitiva es un proceso mediante el cual profesionales de la salud de distintas áreas trabajan con pacientes y familiares para guiar la resolución de problemas cotidianos, mejorar problemas conductuales y de manejo producidos por déficit de memoria. Estudios recientes muestran que la combinación de estimulación o rehabilitación cognitiva junto a medicación específica podrían ser más efectivos que la medicación sola para tratar pacientes con síndromes demenciales y podrían retrasar la progresión de estas enfermedades.^{1, 2, 3}

Los objetivos de nuestro programa interdisciplinario son optimizar la independencia, potenciar las capacidades indemnes, mejorar o mantener las funciones deficitarias y automatismos durante el mayor tiempo posible, educar al cuidador o familiar creando un entorno facilitador.

Material y métodos: Todos los pacientes fueron entrevistados al ingreso por geriatría. Se excluyeron pacientes con trastornos severos de motilidad y alimentación, con incontinencia urinaria persistente o con alteraciones conductuales que no respondieran a medicación.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de síndrome demencial o deterioro cognitivo. Se incluyen pacientes con demencias corticales tales como la enfermedad de Alzheimer (DTA) o demencia fronto-temporal como con demencias subcorticales y pacientes con síndromes demenciales posteriores a traumatismo de cráneo (TEC) y encefalopatía anóxica.
- Condición clínica estable
- Pacientes que no requirieran asistencia en alimentación.

Profesionales y roles El equipo de interdisciplinario está formado por profesionales que se desempeñan en las siguientes áreas: Medicina clínica especializado en Geriátrica, neurología cognitiva, terapia ocupacional, neuropsicología, fonoaudiología, kinesiología, musicoterapia y enfermería.

Funcionamiento y evaluaciones: El programa funciona durante 5 horas, 3 veces por semana e incluye terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia, terapia cognitiva y kinesiología. Se realizan reuniones familiares periódicas y clases de educación a familiares y cuidadores. Los pacientes trabajan en grupos reducidos (máximo 5 pacientes cada 1 o 2 profesionales) y el tratamiento es personalizado e individualizado.

Al ingreso se realizaron las siguientes evaluaciones:

- estadificación: escala clínica de demencia (CDR) y escala de deterioro global (GDS)
- cognitiva: examinación cognitiva de Addenkrooke's (ACE)
rastreo del inventario de memoria de Bushke (MIS)
- terapia ocupacional: se emplearon las escalas mas frecuentemente utilizadas de actividades básicas de la vida diaria de Lawton (Básicas) y actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton (Instrumentales). Estas escalas fueron inicialmente desarrolladas para pacientes con accidente cerebro vascular y ponen énfasis en habilidades motoras de miembro superior e inferior.
- kinesiología: La escala para valorar el riesgo de caídas que se utilizó en kinesiología fue la de balance y equilibrio de Berg. Esta escala tiene un intervalo de 0 a 56 puntos y a mayor puntuación indica menor compromiso del equilibrio y motilidad y menor riesgo de caídas.
- ánimo: escala de depresión de Hamilton

Las evaluaciones del área de cognitivo, terapia ocupacional y kinesiología se repitieron a los 3 meses del ingreso para ver evolución. También se detalló medicación específica y se dan sugerencias para cambios en caso de medicación potencialmente inapropiada para pacientes con demencia.

Resultados: del año 2003 a la fecha ingresaron 31 pacientes al programa de los cuales 21 permanecieron por más de 3 meses en el programa y serán incluidos en este análisis. La edad media de la población (tabla N 1) fue de 72 años (rango de 52 a 85), 58 % sexo femenino, nivel de educación media de 14 años, mediana de CDR al inicio de 1 (rango

de 0.5 a 3), GDS mediana de 5 (rango de 3 a 6). En cuanto a los diagnósticos al ingreso se observó la siguiente distribución: 6 pacientes con DTA; 7 pacientes cuadro mixto (degenerativo y vascular) , 2 pacientes con afasia primaria progresiva, 2 pacientes post TEC, y 4 pacientes con otros diagnósticos(tumores, Korsakoff, anoxia)

Tabla N 1. Características de la población al ingreso

Característica	Al ingreso
Edad	
Media -años	72
Rango -años	52-85
Sexo	
Femenino	12
Masculino	9
Nivel educativo	
Media-años	14
DS	2.94
CDR (total) (de 0 a 3)	
Mediana-puntos	1
Rango	0.5 a 3
Media	1.57
DS	0.8
GDS (de 1 a 7)	
Mediana-puntos	5
Rango	3-6
Media	4.62
DS	0.97

La escala de depresión de Hamilton al ingreso mostró puntuación media de 4.05, mediana de 4.5 con un desvío standard de 2.7

La escala de Berg de balance y equilibrio al inicio mostró los siguientes puntuaciones: media de 44.67, mediana de 51 puntos, rango de 7 a 26 puntos. No se observaron diferencias significativas a los 3 meses del programa en esta escala.

Tampoco se observaron diferencias significativas en las escalas de Lawton instrumentales y básicas utilizadas

A los 3 meses se observó una diferencia significativa en el valor de la media del examen de ACE (p:0.03) ver tabla N 2 pero no se objetivó mejoría en la escala de MIS. Este mejor puntaje en el ACE se observó en los ítems de orientación temporal, memoria y funciones ejecutivas.

Tabla N 2: evolución de las escalas a los 3 meses

Escala	Al ingreso	A los 3 meses
ACE (de 0 a 100)		
Mediana-puntos	56	68
Rango	13-88	20 a 90
Media	54.62	59.62 (p:0.03)
DS	20.24	22.67
MIS (de 0 a 8)		
Mediana-puntos	3	3
Rango	0 a 8	0 a 8
Media	2.9	3.05 (p ns)
DS	2.62	2.85
Lawton básicas (de 0 a 24)		
Mediana-puntos	21	21
Media	18.95	19.57(p ns)
DS	4.14	3.87
Lawton instrumentales (de 0 a 24)		
Mediana-puntos	6	6
Media	6.52	6.87 (p ns)
DS	3.71	3.8

Conclusión: Existen en la literatura pocos reportes de grupos interdisciplinarios de rehabilitación con características similares a nuestro programa. (grupos pequeños y tratamiento personalizado). Una revisión sistemática reciente publicada en Cochrane concluyó que no existía evidencia actual de la efectividad de estos tratamientos y que se requerían trabajos bien diseñados para contestar la pregunta sobre la efectividad de la rehabilitación cognitiva. ⁴

En nuestra experiencia observamos una mejoría significativa en un período corto de tiempo del examen de ACE y esta mejoría se debe a cambios en funciones ejecutivas, orientación y memoria.

Es interesante marcar que si bien los familiares relatan mayor independencia funcional de los pacientes luego de la estimulación y re estructuración de la rutina de vida diaria con el programa estos cambios no se reflejaron en las escalas de terapia ocupacional utilizadas. En trabajos futuros utilizaremos escalas de terapia ocupacional más sensibles y específicas para deterioro cognitivo

Al encontrar un ambiente contenedor y un grupo de pares con similares problemas cognitivos los pacientes mejoran su interacción y disminuyen el aislamiento social típico de estas enfermedades. Los familiares reportan mejoría de síntomas de depresión

y ansiedad que les provoca el cuidado de los pacientes. También encuentran alivio en las horas de cuidado, ya que durante 3 días por semana la responsabilidad del cuidado está delegada a nuestro programa.

Si bien nuestro trabajo tiene una población pequeña es interesante de destacar esta mejoría. Continuaremos estudiando esta tendencia en períodos mayores de observación con grupos controles.

Bibliografía:

1. R Avila y colaboradores. Neuropsychological rehabilitation in mild and moderate Alzheimer's disease patients. *Behavioural Neurology* 2007; 18: 225-233
2. Nagoya M y colaboradores. Recreational Rehabilitation improved cognitive function in vascular dementia. *JAGS* 2205; 53 : 911-912
3. Cassio Bottino, y colaboradores. Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Clinical Rehabilitation* 2005; 19 : 861-669
4. Clare L, Woods B. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD003260. DOI: 10.1002/14651858.CD003260

**Programa de Seguimiento Ocupacional para pacientes psicóticos
externados del Servicio de Psiquiatría del H.I.G.A Evita Lanús. Resultados
provisorios.**

AUTORES:

Lic. en T.O Yesica Gutierrez.

Correo electrónico: yesikgutierrez@ Hotmail.com

Dr Ariel Raso.

Resumen:

El presente trabajo surge en forma casi simultanea a un estudio clínico epidemiológico previo elaborado con los datos de la estadística interna de la Sala de Internación de Psiquiatría y tomando como periodo de referencia el lapso del 1° de Enero de 2007 al 31 de Julio de 2010 traducido en una muestra de 271 pacientes. El perfil clínico epidemiológico demostró que el 60% (163 pacientes) ingreso por cuadros de descompensación psicótica siendo estadísticamente significativa la correlación con presentar mayores problemas globales de desempeño (desempleo y desocupación) y mayor gravedad por el tipo y magnitud de desocupación registrada (laboral, educativa, de tiempo libre, dificultades en implicarse y desarrollar AVDB y AVDI y graves restricciones en la participación social). A partir de los resultados obtenidos de este Perfil consideramos iniciar el Programa de Seguimiento telefónico destinado a este grupo de pacientes con la finalidad de registrar adherencia y continuidad de tratamiento, registro del nivel de desempeño ocupacional acorde al proyecto de egreso e identificación de dificultades y barreras para el logro de los mismos.

Actualmente el programa esta en la etapa de recopilación y análisis de datos donde los resultados provisorios no son muy alentadores y anticipan la necesidad de iniciar acciones pertinentes para abordar esta problemática.

TITULO DE LA PRESENTACIÓN:

Programa de Seguimiento Ocupacional para pacientes psicóticos externados del Servicio de Psiquiatría del H.I.G.A Evita Lanús. Resultados provisorios.

SUBTITULO:

Resultados provisorios.

INSTITUCIÓN:

H.I.G.A Evita Lanús. Servicio de Psicopatología y Psicología Médica. Sala de Internación de Psiquiatría. Río de Janeiro 1910 . Lanús Oeste. Tel: 4241-4050/4059.

Introducción:

El presente trabajo surge en forma casi simultánea a un estudio clínico epidemiológico previo llevado a cabo junto a la jefatura del Servicio y con el apoyo y aval del Departamento de Docencia e Investigación. Elaborado con los datos de la estadística interna de la Sala de Internación de Psiquiatría y tomando como periodo de referencia el lapso del 1º de Enero de 2007 al 31 de Julio de 2010 se obtiene una muestra de 271 pacientes. El perfil clínico epidemiológico de la población demostró que :

El motivo de ingreso a la internación principal fue por cuadros de descompensación psicótica (DP de ahora en adelante) correspondiendo al 60% del total de pacientes (163-271) 46 (17%) intento de suicidio (IS), 34 (13%) ideación suicida (IdSu) y 28 (10%) otros motivos (síndrome de EPM, Heteroagresividad, Trastornos Conversivos).

No se observaron diferencias significativas en relación a adicciones y la incidencia encontrada es similar a datos de la Provincia de Bs As.

El promedio de estadía es de 83 días (1-300) es decir aproximadamente 3 meses siendo esta variable muy relativa debido principalmente y en determinados casos a las falencias del apoyo familiar para consensuar una externación (siendo requisito el acompañamiento familiar en la internación), dificultades para encontrar lugares para continuar el tratamiento ambulatorio por saturación o demora en el otorgamiento de turnos (siendo requisito para la externación disponer de uno), pacientes en situación social o de calle que se internan con oficio judicial en sala de agudos.

La zona de procedencia del 97 % corresponde a la Región Sanitaria VI, el 43% de los pacientes corresponde al municipio de Lanús y el 38% de los locales continúan tratamiento en consultorios externos del hospital.

El 23% del total de los pacientes se encuentran en una situación de desocupación global, el 35% en situación de desempleo y el 42% están ocupados (de los cuales según la OIT el 76% pertenecen a la población activa (changas, empleados, profesionales, independientes) y el 24% son considerados población inactiva (ama de casa, estudiantes, integrantes de algún dispositivo terapéutico o jubilados).

Desarrollo:

A partir de los resultados obtenidos de este Perfil consideramos iniciar el Programa de Seguimiento Telefónico destinado al grupo de pacientes ingresados por DP pues han demostrado a través del estudio ser la principal causa de ingreso (60%). Los diagnósticos de egreso a los que corresponden según DSM IV TR son en un 56% a Esquizofrenia (F.20), 24% Trastorno Psicótico no especificado (F.29), 7% Trastorno Bipolar episodio actual maníaco grave con síntomas psicóticos (F.31.2) y el 22% restante a trastornos duales o concomitantes a adicciones, Retraso mental y demencias.

Demuestran además el más alto promedio de estadía 58 días (2-165) y mayores antecedentes de tratamiento ya sea en internación (43%) o ambulatorio (36%) e incluso sin tratamiento previo en un 21% lo que corresponde en general a primeros episodios de descompensación. La mediana de edad en años de los pacientes fue de 27,5 años (17-63). Es estadísticamente significativa la correlación con presentar mayores problemas globales de desempeño (desempleo y desocupación) 102 de los 163 (63%) tenían problemas globales de desempeño ocupacional presintomático (desocupación y desempleo) variable estadísticamente significativa (chic 6,35 – $p < 0,01$) con respecto a los otros motivos de internación. **Grafico de Torta A** y mayor gravedad por el tipo y magnitud de desocupación registrada (laboral, educativa, de tiempo libre, dificultades en implicarse y desarrollar AVDB y AVDI y graves restricciones en la participación social). Se observo que 46 de los 163 pacientes internados por DP estaban desocupados marcando una diferencia estadísticamente significativa (Chic 6,85 – $p < 0,01$) en relación con los desocupados por otros motivos. **Grafico de tortas B**

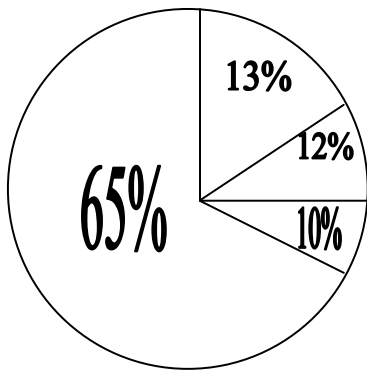
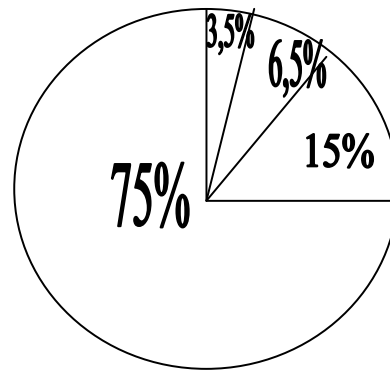


Gráfico de Torta A



**Gráfico de Torta B
"Porcentaje de Desocupación"**

65% DP, 13% IS, 12% IdS, 10% Otros.

75% DP, 3,5% IS, 6,5% IdS, 15% Otros

En esta variable es necesario aclarar la diferencia con las definiciones aportadas por la OIT respecto a lo que determina estar ocupado, desocupado y desempleado. El Modelo de la Ocupación Humana, la CIF y el Marco de Trabajo para la Práctica de T.O permiten conceptualizar más ampliamente las categorías establecidas.

Desocupados considerando a aquellas personas que estando en edad, no se hallan en condiciones y/o disposición para desempeñar ocupaciones productivas-educativas en ambientes competitivos o protegidos, presentar graves dificultades para realizar las A.V.D.B y AVDI, dificultades para identificar, organizar y desarrollar intereses de tiempo libre y graves restricciones en la participación social determinando un grado de disfuncionalidad que interfiere en la adaptación a las exigencias del medio ambiente físico, social, familiar y cultural como también para satisfacer las necesidades vitales.

Ocupado hace referencia al desempeño sostenido durante un periodo de referencia previo a la internación de ocupaciones laborales, educativas, AVDI, de tiempo libre, juego y participación social. Se incluyen en esta categoría empleados, trabajadores independientes, profesionales, subocupados, estudiantes, voluntarios, usuarios de dispositivos terapéuticos, ama de casa y jubilados/pensionados que no acusan ni se identifican dificultades en la rutina ocupacional diaria. La población

inactiva esta incluida. El 28% de los ocupados de este grupo son considerados población inactiva de acuerdo a las definiciones de la OIT (discapacitados certificados, amas de casa, estudiantes, jubilados y pensionados), el 72% son considerados población activa (aquellas personas que estaban trabajando en el periodo inminente a la internación y a los que estaban parados o desempleados durante la semana de referencia pero que buscaban o estaban disponibles para trabajar de inmediato)

En relación a los Desempleados se consideran aquellas personas que han desempeñado uno o mas trabajos u ocupaciones productivas-educativas en forma significativa y con buen rendimiento en un periodo mas extenso de tiempo (se considera un tiempo de referencia mayor a una semana pero relativamente mediato a la internación a favor de rescatar la historia ocupacional e identificar competencias potenciales para recuperar el rol productivo, es decir se prioriza las condiciones y la disponibilidad para trabajar sobre el tiempo de desempleo y las gestiones emprendidas hacia la búsqueda de una actividad productiva. La población inactiva esta incluida.

Conociendo el alto porcentaje de pacientes psicóticos con niveles de desocupación y desempleo se inicio un Programa de Seguimiento Telefónico con la finalidad de registrar, identificar e iniciar acciones para abordar esta problemática.

- Se realizo el Seguimiento telefónico de todos los pacientes externados de la Sala de Psiquiatría con diagnósticos de Psicosis en el año 2010 durante el lapso de un año con una frecuencia mensual. N= 36 pacientes no participando a los 5 pacientes que se han fugado de la internación.

- Se registro a través de preguntas estructuradas la adherencia y continuidad de tratamiento así como también las áreas de desempeño ocupacional acorde al proyecto de egreso.

- Se identificaron las dificultades para continuar el tratamiento y barreras para el desempeño.

Actualmente el programa esta en la etapa de recopilación y análisis de datos. Los resultados al momento demuestran que el 61% ha presentado al egreso diagnostico de Esquizofrenia, 20% Trastorno Psicótico no especificado, 12% Trastorno Bipolar con síntomas psicóticos, 3% Trastorno psicótico por abuso de sustancias con síntomas de deterioro cognitivo, 6% retraso mental leve. El 45% presenta un tiempo de evolución de 0 a 5 años correlacionado con el 21% del estudio previo sin antecedentes de tratamiento podemos inferir que se trata de primeros brotes. La edad mediana es de 24 años (19-58)

y el 64% de los pacientes son del rango etario de 20-30 años. El 59% presento un nivel académico de secundario incompleto. El 9% ha abandonado el tratamiento entre los 3 y 4 meses de la externación. Del total 2 quedaron sin seguimiento al no efectivizar la comunicación con los números provistos. Un 22% presento inconvenientes en efectivizar el control y adquirir la medicación. Del total se registro que el 47% (15) se hallaban desocupados aún pasados los 6 meses de externación, 6,25% (2) logaron insertarse en ocupaciones recreativas en centros de integración comunitaria (CIC El Rocío y Libremente), el 22% (7 mujeres de las cuales 4 tienen hijos) a retomado el rol de ama de casa y el 18,75% desempeña ocupaciones laborales (2 consiguen empleo a los 2 meses, 2 se reincorpora al trabajo competitivo y otro en forma protegida, 1 desempeñan changas y 1 se incorporaron a los Talleres Protegidos Terapéuticos de la Ciudad) mientras un 6,25% se encuentra buscando trabajo activamente entre el 1° y 6° mes de externación).

Conclusión:

El Programa arroja como Perfil del paciente psicótico externado del HIGA Evita Lanús un sujeto adulto- joven con la misma prevalencia de adicciones que la población total, con patologías graves primordialmente en fases iniciales, con dificultades en la accesibilidad a los controles y entrega de psicofármacos y con una grave limitación en el desempeño ocupacional. Los estudios precedentes y las experiencias nacionales e internacionales basadas en el modelo psicosocial demuestran la importancia de diseñar acciones de prevención secundaria y terciaria para evitar la alta probabilidad de generar defecto e incapacidad. Mejorar la utilización y facilitar el acceso de los recursos sanitarios y ocupacionales comunitarios ya existentes en el municipio es una asignatura pendiente a concretar en el abordaje de esta población detectando la necesidad ,en la mayoría de los casos , de posibilitar la transición previa por dispositivos intermedios como Hospitales de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Clubs Terapéuticos, Talleres Protegidos de Producción y otros dispositivos terapéuticos y otros recursos comunitarios que integran la Red que sostengan y posibilitan la implementación exitosa de los principios de normalización, igualdad y participación social. Para propiciar este pasaje se planifica la creación de un dispositivo con modalidad de Consultorio de Orientación Ocupacional con modalidades grupales y/o individuales.

Referencias Bibliográficas:

1. American Psychiatric Association. “Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales”. 2005DSM IV TR. Masson. Barcelona ..
2. Caldas de Almeida, JM, Torres, Francisco González. “Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos”. 2005.Publicación Científica y técnica. OPS.
3. “Consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Bs As”. INDEC. Censo 2001. Dirección General de Educación y Cultura de la Provincia. OEA Observatorio Argentino de Drogas. OEL Organización de Estados Latinoamericanos.www.epidemiologia.anm.edu.ar/.../2006/Consumo_Sustancias_Psic_oactivas09.pdf
4. Kielhofner Gary. “Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación”. 1994. Williams and Wilkins. EE.UU..
5. OIT XIII CIET, http://garcia-huidobro.net/oit/Wikipedia/OIT_XIII_CIET_1982_wcms_087481.pdf
6. The American Journal of Occupational Therapy. “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso”. 2005.
7. www.elpais.com > [Sociedad](#) > [Salud](#).”Los pacientes psicóticos sufren menos recaídas si son tratados con Terapias Psicosociales”. Barcelona 2001.
8. www.carloshaya.net/saludmental/default.asp?id “Plan de mejora de calidad en la Psicosis en le Hospital Carlos Haya”. 2002

9. [www.terapia-ocupacional.com/.../ Rehabilitación laboral y enfermedad mental](http://www.terapia-ocupacional.com/.../Rehabilitación_laboral_y_enfermedad_mental) .

PROPUESTA DE CAPACITACION EN ASOCIACIONISMO PARA EL SECTOR ARTESANO

Autor: Narváez Silvia Elena

Correo electrónico: senarvaez@yahoo.com.ar

Resumen del trabajo

Las artesanías forman parte del patrimonio cultural inmaterial, conllevan una impronta referida a las diversas manifestaciones de la sociedad y del territorio del que provienen.

Es el Asociacionismo un espacio de intercambio de experiencias, de difusión, promoción y de protección de los derechos de los productores.

A partir de ser convocada para participar en el Programa de Desarrollo Artesanal llevado a cabo por la Secretaria de Cultura de la Nación en el área de Capacitaciones y específicamente sobre Asociacionismo con artesanos, es que fui desarrollando una propuesta basada en diferentes alternativas de sensibilización y capacitación destinada a la formación de base grupal con miras a constituir asociaciones.

En la puesta en marcha de la capacitación resultó imprescindible conocer los recursos existentes para plantear así objetivos de formación y transferencia en el tema específico de creación o fortalecimiento de las asociaciones. Para su concreción era imprescindible la participación de **artesanos interesados** en el tema del interior del país; el aporte de **referentes provinciales** de cultura, la intervención de **facilitadores** que fueran conocedores del contexto particular del lugar y la comunicación posterior y seguimiento de los participantes y facilitadores con la **coordinación docente**.

En las conclusiones refiero que se contó con un buen nivel de motivación por el tema, observando que los principales intereses por formar grupos asociativos van de la mano de la comercialización de los productos artesanales, también como formalización para realizar presentaciones ante las organizaciones públicas y privadas y gestión de capacitaciones.

El éxito de la implementación del curso dependió en parte del sostenimiento de los facilitadores, de la comunicación con la coordinación y de la continuidad administrativa y presupuestaria.

Considero que es de importancia para el desarrollo del sector artesanal políticas que promuevan la conformación de grupos asociativos y que colaboren a generar mayor actividad

de intercambio de la producción artesanal, así como también de protección de los derechos del artesano.

Texto del trabajo

Las artesanías forman parte del patrimonio cultural inmaterial, que ha sido definido por la UNESCO como “Los procesos asimilados por los pueblos, junto con los conocimientos, las competencias y la creatividad que los nutren y que ellos desarrollan, los productos que crean y los recursos, espacios y demás aspectos del contexto social y natural necesarios para que perduren; además de dar a las comunidades vivas una sensación de continuidad con respecto a las generaciones anteriores, esos procesos son importantes para la identidad cultural y para la salvaguardia de la diversidad cultural y la creatividad de la humanidad” . (Documento de trabajo Unesco 161 EX/15 PARÍS, mayo de 2001)

Es entonces que la producción artesana puede llevar una impronta referida a una secuencia histórica, de notabilidad para la memoria, de la identidad de un grupo o comunidades, es decir un modo de manifestación de la sociedad y territorio de la que provienen.

Existen diversas iniciativas de apoyo a la producción artesanal procedentes del ámbito público, privado y del tercer sector, destinadas a poner en valor la misma desde diferentes aspectos, a saber: el rescate histórico y antropológico, la preservación de artesanías como patrimonio de la cultura nacional, otras destinadas a incentivar la capacidad de generar empleo sustentable a través de esta modalidad de producción (en el marco de la economía social, en el ámbito público se están llevando adelante múltiples programas orientados a favorecer la actividad artesanal como un medio sustentable) muchas de ellas intentan brindar apoyo para la formación del sector en diferentes aspectos técnicos, comerciales y en la valorización de la actividad como bien cultural .

En nuestro país hay legislaciones para el sector artesanal en algunas provincias y también existen instituciones que contemplan dentro de sus metas fundantes y en las sugerencias de sus textos: la capacitación de los artesanos, la certificación de las artesanías y que destacan la importancia de la formación de asociaciones de artesanos.

El *asociacionismo constituye* en sí mismo en una de las mejores alternativas existente para hacer frente a las problemáticas actuales del sector artesano. Las asociaciones instituyen una

herramienta para la organización de grupos productores-comercializadores. Los términos contractuales de confianza y corresponsabilidad harán viables y potenciarán los proyectos de sus integrantes, y reforzarán la apreciación de estos productos en los mercados. Es el Asociacionismo un espacio de intercambio de experiencias, de difusión, promoción y de protección de los derechos de los productores. (1)

A partir de ser convocada para participar en el Programa de Desarrollo Artesanal llevado a cabo por el Mercado de Artesanías Tradicionales de la Secretaría de Cultura de la Nación,(MATRA) en el área de Capacitaciones y específicamente sobre Asociacionismo con artesanos, es que fui desarrollando una propuesta basada en diferentes alternativas de sensibilización sobre la cuestión. Además de valorar el “hacer artesanal” como huella de tantos aspectos históricos, antropológicos, de saberes heredados o nuevos y de la posibilidad de transformación del material que permanentemente se pone en juego en los objetos y en la creatividad de los sujetos, me permitió desarrollar un tema interesante como es la formación de base grupal con miras a constituir asociaciones.

En la puesta en marcha de la propuesta de capacitación resultó imprescindible conocer los recursos existentes, las carencias, la calificación como artesanos, para plantear así objetivos de formación y transferencia en el tema específico de la creación o fortalecimiento de las asociaciones. *La experiencia realizada en relación al tema promoción del asociacionismo en el sector artesanal, realizado en el MATRA, se sustentó en los siguientes criterios:*

- *El asociacionismo constituye un aspecto del capital social.*
- *El asociacionismo es una alternativa para la facilitación y desarrollo de los intereses y acciones conjuntas de artesanos tradicionales, aborígenes y urbanos, que favorece la construcción de estrategias productivas, económicas y sectoriales.*
- *La importancia de la formalización de los artesanos como acceso a la ciudadanía plena, entendiendo, que parte del sector está incluido en las actividades informales , reflejando así problemas que tienen que ver con la capacidad de producción, con ingresos insuficientes y con la exclusión en algunos casos. (2)*
- *El asociacionismo es además una herramienta, con la cual el MATRA puede contribuir a lograr un desarrollo armónico del sector.*

Para su concreción era imprescindible:

1. la participación de **artesanos interesados** en formar grupos preasociativos o en consolidar asociaciones existentes del interior del país. 2. el aporte de **referentes provinciales** de cultura responsables del tema artesanías, brindando información sobre estado de situación a través de encuesta inicial elaborada específicamente. 3. la participación de **facilitadores** que fueran conocedores del contexto particular del lugar quienes colaboraron en la distribución del material-guía ideado, la orientación y el apoyo en reuniones presenciales de sensibilización sobre el tema. 4. el material del curso con guías temáticas y actividades individuales y grupales, a fin de generar, promover e implementar situaciones de reflexión y aprendizaje sobre la cuestión. 5. Importante también era la comunicación posterior y seguimiento de los participantes y facilitadores con la **coordinación.**(3)

Se empezó a trabajar con la modalidad de jornadas de promoción y motivación en el tema. En los inicios, las mismas fueron realizadas según la demanda de los referentes locales de las provincias al MATRA, efectuándose en algunas oportunidades junto con otras capacitaciones en Comercialización y /o de Organización ferial. Las jornadas tenían una duración de 2 días, en los que se instalaba y desarrollaba el tema, trabajando en un nivel informativo y motivacional, con devolución de observaciones y sugerencias para los grupos. Por lo general luego de realizadas, era difícil tomar conocimiento de las repercusiones que podrían tener en las asociaciones ya formalizadas, y en los artesanos que se interesaban por conformar un grupo asociativo.

Luego con idea de favorecer la continuidad, implementé la modalidad de curso con una guía con 6 módulos a seguir y con una dinámica que permitiría que los artesanos inscriptos, interesados en el tema, periódicamente estuvieran en contacto a través de reuniones, para las que contaban con actividades a resolver grupalmente y con el debate sobre temas planteados a lo largo de tres meses y con posterior evaluación.(4) Del total de los participantes en los distintos cursos realizados en las provincias, un 40% habían integrado modalidades asociativas, un 50% tuvo interés en formar por primera vez asociaciones y un 10 % preferían seguir su desarrollo de modo exclusivamente individual

CONCLUSIONES

Del análisis de la experiencia realizada se concluye en primera instancia, se contó con un buen nivel de motivación por el tema, observando que los principales intereses por formar grupos asociativos van de la mano de la comercialización de los productos artesanales, concretamente

la posibilidad de presentarse en Ferias y Eventos, también como formalización para realizar presentaciones ante las organizaciones públicas y privadas y gestión de capacitaciones.

El éxito de la implementación del curso propuesto con utilización de la guía y sus propuestas de trabajo grupal dependió en parte del sostenimiento de los facilitadores, quienes motivaban y llevaron adelante la propuesta de trabajo en campo, reuniendo así a los artesanos y adaptando los contenidos del Manual- guía a las posibilidades de los mismos; también dependió de cuestiones administrativas y presupuestarias y cambios políticos que influyeron en la misma tal como había sido programada. Considero que es de importancia para el desarrollo del sector artesanal políticas que promuevan la conformación de grupos asociativos y que colaboren a generar mayor actividad de intercambio cultural, comercial, difusión de saberes y recuperación del valor histórico de la producción artesanal, así como también de protección de los derechos del mismo.(5)

Referencias Bibliográficas

- 1 Elgue, Mario, 2007. “La Economía Social: Por un empresariado Nacional y Democrático” Ed. CI (Bs.As.) 23-32
- 2 Kliksberg, Bernardo, 1999. “De Igual a Igual” El desafío del estado ante los nuevos problemas sociales. Siempre FLACSO. Fondo de Cultura Económica-(Bs As) 30 - 66
- 3 Narváez, Silvia Elena, 2004 “Curso a distancia de Apoyo y Promoción del Asociacionismo”, Programa de Desarrollo Artesanal MATRA, Secretaria de Cultura de la Nación. Mimeo (Bs As) 3 - 20
- 4 Litwin, Edith (Compiladora), 2000. “La educación a Distancia” Amorrortu Editores (Bs.As.) 11 - 29
- 5 Lombera, Héctor/ Narváez Silvia, 2010. “Que son las artesanías? ...- entre la tradición y el consumo”- Conceptos Preliminares y elementos de análisis”. I SILTOR Libros. (Bs. As). 13 -24

PROYECTO:
“Verano en Movimiento”

Actividades recreativas y deportivas con orientación terapéutica

Autor: Lic.Romina Berecoechea

Correo Electrónico: romibere@yahoo.com.ar

Resumen:

“Verano en movimiento” fue una propuesta destinada a jóvenes y adultos con discapacidad. El objetivo principal fue posibilitar su participación en un espacio saludable mediante la realización de actividades recreativo-deportivas con orientación terapéutica.

El proyecto fue pensado tras observar la necesidad de mancomunar esfuerzos y recursos municipales -Dirección de Deportes del Municipio de Monte Caseros-, provinciales - Subdirección Provincial de Deportes- y comunitarios -Organización no Gubernamental A.P.A.Pe.D- y tuvo la clara intención de generar movimientos y brindar oportunidades a jóvenes y adultos con discapacidad.

Remite a reflexionar respecto al derecho de las personas con discapacidad a acceder y participar en instituciones de la sociedad, a hacer uso de los recursos comunitarios, a “ser parte de proyectos saludables”, dirigidos en última instancia a mejorar su calidad de vida.

La realización de actividades durante un corto periodo de tiempo (el verano), la diversión, la espontaneidad, las relaciones distendidas, son situaciones vividas intensamente, lo que incrementa la carga emocional y motivacional. Por ello, el proyecto se configuró en la realización de actividades para la utilización de ocio y tiempo libre en situaciones de aprendizaje no formales.

Debido a la especificidad del proyecto, fue necesario contar con un coordinador general y talleristas capaces de llevar a cabo la propuesta, siguiendo una línea de trabajo previamente planificada. Implicó el trabajo conjunto entre profesores de diversas áreas: Educación Física, Música, Arte; quienes desde su disciplina aportaron en la organización y desarrollo de las actividades, y el coordinador, Lic. Terapia Ocupacional, quien asesoró en cómo adaptar las actividades, modificar el ambiente e implementar estrategias terapéuticas acordes a las características personales y grupales. A partir de esta necesaria complementariedad disciplinar y gracias al apoyo de dependencias públicas, ONG y familias, el proyecto fue implementado exitosamente.

INTRODUCCION

El presente proyecto fue pensado tras observar la ausencia de políticas públicas destinadas a la población adulta con discapacidad en la ciudad de Monte Caseros Corrientes.

Tras un relevamiento de recursos disponibles, la propuesta fue presentada con el fin de realizar un trabajo en red, con la necesaria participación de la Subsecretaría de Deportes de la Provincia, la cual financió el pago de honorarios al coordinador y al equipo de profesores a cargo; la Dirección de Deportes del Municipio, la cual brindó materiales y herramientas necesarias para el desarrollo de las actividades propuestas y autorizaciones para el libre acceso a diversas instituciones y escenarios locales; y finalmente, la ONG A.P.A.Pe.D (Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad) quien contribuyó con el transporte y gastos derivados del traslado.

“Verano en movimiento” fue un proyecto destinado a jóvenes y adultos con discapacidad. Su objetivo principal fue posibilitar su participación en un espacio saludable mediante la realización de actividades recreativo-deportivas con orientación terapéutica.

DESARROLLO

“Verano en movimiento” fue una propuesta terapéutica que persiguió, mediante el desarrollo de actividades recreativo-deportivas, la multiestimulación de personas con discapacidad. Tuvo como destinatarios integrantes del A.P.A.Pe.D, adolescentes y adultos, por lo que preferimos hablar de “actividades recreativas y deportivas con orientación terapéutica” sustituyendo la ya conocida “Colonia de Vacaciones”, expresión que frecuentemente nos remite a la población infantil.

Esta propuesta buscó la participación activa de cada una de las personas, a fin de resignificar al interior de la familia y a la comunidad en general, el rol pasivo que muchas veces se la adjudica a las personas con discapacidad.

Objetivo General

- Organizar actividades recreativas, de utilización del tiempo libre, destinado a jóvenes y adultos pertenecientes a la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad (A.P.A.Pe.D) durante Diciembre de 2010, Enero/Febrero de 2011.

Objetivos Específicos

- Propiciar la exploración de ambientes culturalmente significativos.

- Brindar una experiencia innovadora caracterizada por el disfrute, la diversión y la distracción.
- Posibilitar la participación en diversas actividades recreativo-deportivas.
- Propiciar oportunidades de elección y reconocimiento de intereses y preferencias.

Encuadre y Metodología de Trabajo

Debido a la especificidad del proyecto, fue necesario realizar un trabajo conjunto entre profesores de diversas áreas: Educación Física, Música, Arte; quienes desde su disciplina aportaron en la organización y desarrollo de las actividades, y el coordinador, Lic. en Terapia Ocupacional, quien asesoró en cómo adaptar las actividades, modificar el ambiente e implementar estrategias terapéuticas acordes a las características personales y grupales. Fue a partir de esta necesaria complementariedad disciplinar que el proyecto se llevó a cabo exitosamente.

La propuesta fue implementada durante los meses de Diciembre de 2010 y Enero/Febrero de 2011, una vez a la semana con duración aproximada de 3 horas.

Debido a que se trataba de un grupo numeroso de personas, distribuimos los encuentros en tres momentos; en la primer hora concurría un primer grupo, luego una hora de integración con participación de los dos grupos y una tercer hora donde participaba solamente el segundo grupo. Esta modalidad requirió de un trabajo coordinado con el transportista a fin de organizar los recorridos y horarios de encuentro de cada grupo.

También aclarar que cada profesor/tallerista, independientemente de las actividades del día, era responsable de un pequeño grupo (cuatro o cinco personas); lo cual garantizaba mejor manejo del grupo y abordajes más personalizados según lo requerían situaciones particulares.

La principal estrategia de trabajo fue sostener un alto grado de *novedad y diversidad en las actividades* a fin de incrementar el nivel de atención e implicación en las actividades.

Además, teniendo en cuenta que se trataban de propuestas destinadas a una población adulta, se idearon actividades acordes a este grupo etario, a fin de evitar la clásica infantilización que suele adjudicárseles a los adultos con discapacidad. Por ello, se llevaron a cabo caminatas; diversos deportes; clases de baile y de taekwondo; pesca deportiva; actividades de expresión musical y artística; visitas a lugares culturalmente significativos (centro cívico de la ciudad, escuela agrotécnica, corsodromo)... pero también salidas nocturnas: una “noche de carnaval” y una “noche de boliche” con motivo del cierre del proyecto; experiencias que estos jóvenes y adultos desconocían y la cual consideramos tiene efectos terapéuticos.

Recursos Humanos

Coordinador General (Lic. en Terapia Ocupacional); *Talleristas* (Profesores de diversas áreas); *Voluntarios* (familiares, público en general); *Destinatarios* (jóvenes y adultos con discapacidad integrantes del A.P.A.Pe.D.); *Transportista*.

Recursos Materiales

Espacios Públicos (Balneario del Río Uruguay -costanera, playa, camping, instalaciones sanitarias-, Plazas, Clubes, Corsodromo, Escuelas, Centros de Integración Comunitaria.); *Elementos para el desarrollo de las actividades* (juegos, pelotas, cañas de pescar, equipo de audio, etc.); *Transporte y Refrigerio*.

Recursos Financieros

Honorarios Profesionales (a cargo de la Subsecretaría de Deportes de la Pcia. de Corrientes); *Transporte* (a cargo del A.P.A.Pe.D); *Materiales Didácticos y Elementos para deportes* (facilitadas por la Dirección de Deportes del Municipio); *Insumos para Refrigerio* (contribución de las familias y de comercios locales).

Tareas del Equipo Coordinador

Para la concreción del proyecto se llevó a cabo una reunión informativa destinada a las familias y participantes del proyecto; se realizó entrevistas familiares a fin de recabar información necesaria respecto de cada participante; se elaboró un consentimiento informado para padres/tutores.

Además el equipo participó de reuniones semanales destinadas a la planificación; elaboró comunicados para difusión del proyecto; creó una cuenta en la Red Social Facebook denominada “Verano en Movimiento Apaped” con información respecto a la propuesta, las actividades realizadas semanalmente y galerías fotográficas. Constantemente gestionó acuerdos con el municipio para la obtención de materiales y autorizaciones para el uso de distintos lugares e instalaciones; elevó comunicados a las familias respecto de las propuestas realizadas cada mes; solicitó colaboración para el refrigerio a comercios locales; realizó entrevistas familiares de cierre del proyecto.

CONCLUSIONES

“Verano en Movimiento” fue una experiencia innovadora en la localidad de Monte Caseros, en la cual participaron 25 jóvenes y adultos pertenecientes al A.P.A.Pe.D.

El proyecto fue implementado exitosamente ya que contó con el compromiso de todos quienes participaron de este verdadero trabajo en equipo: dependencias públicas, la ONG A.P.A.Pe.D, el equipo coordinador, las familias, los comercios locales, la comunidad montecasereña y la participación activa de sus destinatarios.

Al finalizar el proyecto, el equipo coordinador realizó entrevistas de cierre a las familias, a fin de recabar información en lo relativo a las expectativas que tuvieron antes de iniciar la propuesta; acerca de los cambios observables a partir de la participación en el proyecto; su grado de compromiso y aquellas sugerencias y comentarios que debieran ser considerados en caso de implementarse nuevamente.

Es necesario destacar la asistencia regular de todos los destinatarios, sin deserciones a lo largo de la temporada, lo cual da cuenta del grado de aceptación que tuvo la propuesta en cada uno de ellos.

Semana a semana fue necesario planificar, organizar, revisar las prácticas y estrategias efectuadas, a fin de posibilitar la integración de cada persona, desde su lugar, como quería y con lo que podía.

Cabe mencionar la ventaja de contar con recursos naturales en la ciudad, espacios sumamente enriquecedores que posibilitaron vivencias significativas para este grupo de personas. Asertivamente se realizaron actividades muy diversas, graduadas en complejidad; en distintos ambientes; con lo cual fue posible la exploración de nuevos intereses; el descubrimiento de otras realidades; el trabajo en equipo y la pertenencia a un grupo. Cada encuentro fue una oportunidad, una nueva puerta que se abría, donde cada uno podía expresarse, debía compartir, podía elegir... un espacio del cual se han apropiado, un grupo al que ya pertenecen...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GIL CANTERO, Fernando. 1993. “La educación en contextos no formales: las colonias de verano para la educación especial”. Revista Complutense de Educación. Datos Fuente: 1993, 4 (1): 187-208, 32 Ref. CopyRight: © CSIC. Base de Datos ISOC. Todos los derechos reservados. <http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED9393120187A.PDF>

TÍTULO DEL TRABAJO Red virtual de terapia ocupacional en situaciones de catástrofe. Presentación página web del equipo de investigación de la Universidad Nacional del Litoral-Argentina

Autores: Ariño, Rosana; Boffelli, Mariana; Chiappessoni, Daniela; Boggio, Carla; Demichelis, Mauro; Demiryi, María de los Milagros; Heit, María del Carmen.

Directora: Demiryi, María de los Milagros

e-mail: avenida@arnetbiz.com.ar)

Boffelli, Mariana Margarita

e-mail: m.boffelli@yahoo.com.ar, boffelli@fcb.unl.edu.ar)

TEXTO DEL RESUMEN:

El trabajo presenta una síntesis de la experiencia desarrollada por un equipo de docentes de la Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe-Argentina), en relación a la problemática de catástrofes. La misma combina un recorrido realizado en proyectos de investigación y de extensión acreditados por dicha institución, que implicaron la participación de múltiples actores.

Los pasos dados por el equipo confirmaban recurrentemente la necesidad de construir espacios de intercambio y formación accesibles a toda la comunidad profesional interesada en el área.

De esta manera surgen dos proyectos paralelos ya puestos en marcha: la participación en una red virtual de

profesionales de Latinoamérica interesados en la temática y la creación de la página web: “Terapia Ocupacional en catástrofe, Argentina”. La concepción sobre la importancia estratégica de la gestión del conocimiento y el reconocimiento de sus beneficios, en particular el compartir lo que aprendemos, la creación de comunidades de aprendizaje y su utilización para la transformación social, sostienen estas propuestas.

El equipo pretende socializar los resultados de las investigaciones y acciones relacionadas con las situaciones de catástrofes. Presentar las propuestas facilitadas por las TIC que aspiran a fortalecer las relaciones, los acuerdos y la toma de decisiones entre profesionales de la terapia ocupacional e invitar a la incorporación de nuevos actores para avanzar en su construcción.

“Como terapeutas ocupacionales nosotros abrimos las puertas a la ocupación” (Law, M. 2010), al conocimiento como ocupación y a las catástrofes.

Introducción: Las catástrofes, la gestión del conocimiento (Law,M.; Cornelissen, H.2010), las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y la denominada sociedad de la información (Castells, M., 2001), son los temas que confluyen en esta comunicación que presenta la creación de la página web “Terapia Ocupacional en catástrofe Argentina”.

Aunque la génesis y características de estos fenómenos son diferentes, no es menos cierto que constituyen rasgos distintivos del mundo contemporáneo que producen profundos cambios en todos los órdenes de la vida. Como terapeutas ocupacionales tenemos la responsabilidad de asumir los desafíos que plantean, generando recursos para favorecer la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

La propuesta aprovecha el potencial de las TIC para eliminar barreras espacio-temporales, y la posibilidad de acceder a contextos educativos, formativos, laborales y socio-culturales, convirtiéndolas en un aliado eficaz para gestionar conocimientos y conformar el sistema de valores de los interesados, en consonancia con los de T.O.

Desarrollo: Entendiendo que la tarea de investigar supera la meta de construir conocimientos y supone una instancia de acción donde la experiencia y el proceso desarrollado se plasme en acciones concretas del quehacer profesional y al servicio de las poblaciones más vulneradas. Y capitalizando la riqueza en relaciones y propuestas en las cuales ha estado implicado el equipo durante estos años; nos proponemos socializar los resultados de nuestro trabajo, presentando propuestas que pretenden fortalecer relaciones, acuerdos y tomas de decisiones profesionales de T.O. relacionadas con las catástrofes.

En este punto nos parece necesario hacer una breve reseña del recorrido realizado. El equipo surge a partir de la catástrofe hídrica ocurrida en el año 2003 en la ciudad de Santa Fe, momento en el cual se desarrolla el Proyecto de Extensión de Interés Social “Juegotecas para niños de barrios inundados. Un aporte a la reconstrucción comunitaria de Santa Fe”. Seguidamente en el 2005 se inicia el proyecto de investigación: “La modificación de los hábitos y rutinas diarias de personas afectadas por la catástrofe hídrica de la ciudad de Santa Fe en el año 2003”, constituyendo el primer estudio sistemático acreditado de nuestro país en relación a la temática. Actualmente se encuentra en desarrollo el nuevo proyecto de investigación: “Diseño, desarrollo y evaluación de un curso de capacitación virtual sobre intervención en catástrofe” (2010).

Estas experiencias fueron el punto de largada del equipo. Exigieron

definir posiciones éticas, teóricas y metodológicas.

El enfoque de los derechos, las ciencias de la ocupación y el marco de justicia ocupacional, sustentan estas experiencias.

Adherimos a la idea de Lozano, A. (1995) y Subirats, E. (2005), de las catástrofes como construcciones sociales, que incluye el alcance entrópico, cuestionando el concepto de catástrofe natural. Las catástrofes ocurren cada vez con mayor frecuencia y ponen al descubierto la complejidad que encierran y la falta de preparación profesional para intervenir en estos nuevos escenarios. A un año del letal terremoto de Haití, han sido incontables las ocasiones en que la naturaleza de la mano de la negligencia humana, azotaron la vida de las personas privándolas de un momento a otro de todo lo que les era familiar y entrañable, mucho más que sus pertenencias. Baste mencionar a modo de ejemplo que al momento de escribir este trabajo, enero de 2011, una vasta región de Brasil y de Australia sufre el impacto de inundaciones que cambiarán para siempre la vida de los pobladores. A esta altura podemos afirmarlo contundentemente: ¡cambiarán para siempre sus vidas!

El recorrido descrito, cristalizó en la creación de un espacio virtual www.intoca.com.ar, cuyo propósito central es compartir información, bibliografía y acceso a los avances y evidencias producidas en investigación, así como promover un intercambio dinámico de experiencias. La formación, pilar básico y recurso disponible en este espacio, permite el acceso de profesionales y alumnos, a conocimientos teóricos e instrumentales para intervenir en catástrofes. Esta necesidad se presentó como evidente al equipo al detectar vacíos críticos en los programas académicos de la profesión, y como demanda concreta de profesionales y alumnos en Congresos de T.O.(Perú 2009 y Chile, 2010). Los avances en la constitución de la “Red de T.O. en Alerta Latinoamérica y el Caribe”, forman parte de esta presentación Proyecto acariciado a lo largo de los años. Resultado de reuniones en los Congresos Latinoamericano y Argentino 2007 y Mundial de Chile 2010, con colegas de otros países de la región comprometidos en el tema. Pretende ser una herramienta que permita promover la organización de actividades,

compartir experiencias, facilitar la comunicación, generar investigación, divulgar estrategias de acción que trasciendan el espacio geográfico local y fortalecer la unidad.

Conclusión: Las experiencias del equipo en el área de especialidad de catástrofes, combinan la investigación y la extensión. Constituyen la base de construcción de un espacio profesional que toma una necesidad actual y aprovecha las posibilidades de las TIC, para la gestión de conocimiento, el compartir de recursos y la formación. La propuesta sintetiza en parte nuestros anhelos y propósitos de contribuir al debate y al aporte de soluciones en relación al tema, en consonancia con la filosofía de la terapia ocupacional, solidaria y cooperativamente.

Apostar al desarrollo del conocimiento científico en relación con los objetos de estudio de terapia ocupacional; ofrecer instancias de capacitación y transferencia de herramientas conceptuales y metodológicas; contribuir al desarrollo profesional del área y promover el debate en relación a las intervenciones en contextos no tradicionales, son nuestro norte.

Bibliografía

- Castells, M. 2001. “La era de la información: economía, sociedad y cultura.” (México) Siglo XXI Editores.
- Clark, F.; 2000. “The concepts of habit and norifine: A preliminary Theoretical synthesis”. (USA) American Journal of Occupational Therapy AJOT. 20-1235-1375.
- Christiansen, C. 1999. Aleonor Clarke Slagle Lecture. “Defining lives: Occupational as identify: As essay on competence, coherence, and the creations the meaning”. (USA), American Journal of Occupational Therapy, AJOT , 53 (6).547-558.
- Cornelissen, H. 2010. “Gestión del conocimiento. Cómo y por qué los Terapeutas Ocupacionales debemos planificar la gestión del conocimiento en el futuro”. Presentación Oral en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (Santiago de Chile) CD Actas del Congreso. Mayo de 2010.
- Fink, A. 1999. “la Globalización y su historia”, en Pardo, M. y Noblia,

M. 2000. *Globalización y Nuevas Tecnologías*, Editorial Biblios (Buenos Aires, Argentina), 17-28.

- Galheigo, S.M. 2006. “Terapia ocupacional en el campo social: aclarando conceptos e ideas”, en Kronenberg, F, Simó Algado, S., Pollard, N. (comp). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. 1º ed. Ed. Médica Panamericana, (España), 85-97.

- Gray, J. M. (1997). Application of the phenomenological method to the concept of occupation. *Journal of Occupational Science*, 4(1), 5-17.

- Hinojosa, J., & Kramer, P. 1997, “ Statement: fundamental concepts of occupational therapy: occupation, purposeful activity and function”.(USA) *The American Journal of Occupational Therapy*, 51(10), 864-866.

- Kielhofner, G.; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación. Argumentos teóricos”. Tercera edición. Investigación. (Buenos Aires, Argentina). Editorial Panamericana. 15-180

- Kondo, T.; 2004. “Cultural tensions in occupational therapy practice: Considerations from a Japanese vantage point”. (USA), *American Journal of Occupational Therapy* ,AJOT 48 (2), 174-184.

- Larzon, R., & Zemke, R.; 2003. “Shaping the temporal patterns of our lives: The social coordination of occupation”. (USA), *Journal of Occupational Science*, JOS , 10 (2).80-89.

- Law, M. 2010. “Learning by doing: Creating knowledge for Occupational Therapy”. Conferencia principal presentada en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (Santiago de Chile).

- Levine, R.; 1997. “A Geography of time”. New York: Basic Books.

- Losano Ascencio, C.; 1995. “La construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen”. En *Revista de la Facultad de Ciencias de la Información*. UCM. Número extraordinario. 47-67.

- Martínez Fajardo, C.E. 2004.” Gestión y Evaluación estratégica. Gestión y Creación del conocimiento”. En *Revista Innovar*. Disponible en: <http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-146500459/gestion-y->

[creacion-de.html](#)

- Organización Panamericana de la Salud. 2000. “Los desastres naturales y la protección de la salud”. Publicación Científica N° 575, (Washington D.C.), 1-123. Disponible en: <http://books.google.com.ar/books?id=3no2MJWip2wC&pg=PA95&lpg=PA95&dq=“Los+desastres+naturales+y+la+protección+de+la+salud”OPS+OMS&source=bl&o>
- Polkinghorne, D.; 1996. “Transformative narratives: from victim to agentic life plots”. (USA), American Journal of Occupational Therapy, AJOT, 50 (4), 299-305.
- Rosenfeld, M.S.; 1989. “Occupational disruption and adaptation: A study of house fire victims en American”, (USA), American Journal of Occupational Therapy, AJOT, 4, 89 –96.
- Sanahuja Rodriguez, H. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. La Red, Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Disponible en: <http://www.desenredando.org>, (Costa Rica) 1-107.
- Subirats, E.; 2005. “Las catástrofes naturales no existen”, en Diario Página 12. (Buenos Aires, Argentina), 32.
- Thomas, K.; Sinclair, K. 2005. Disaster Preparedness and Response Project. Report of WFOT. Regional Workshop, Dic. 2005 (Australia), World Federation of Occupational Therapists.1-28.
- Townsend, E. (Ed.). 2002. “Enabling occupation: an occupational therapy perspective”. (Ottawa, Canadá), Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E., & Wilcock, A.; 2002. “Occupational justice”. En Christiansen. C. *Introduction to occupation*, Upper Saddle River, Nj: Practice, 243-273.
- Ulrich y Beeck; 2000. “Retorno a la teoría de la sociedad en riesgo”, World Risk Society, Polity Press Cambridge. Boletín de AGE, 30, 9 -20.
- Wilcock, A. A.1998b. “Reflections on doing, being and becoming”. (Canadá), Canadian Journal of Occupational Therapy, 65, 248-256.
- Yerxa, E. J., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D., et

al.,1989, “An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century”, (USA), Occupational Therapy in Health Care, OTH, 6 (1), 1-17.

Título: Reflexiones sobre el uso de la narrativa dentro de la Terapia Ocupacional

Autor : Licenciada Elisabeth Gómez Mengelberg, TO

Correo electrónico: egmengelberg@fibertel.com.ar

Resumen:

Objetivo: Reflexionar sobre la noción de la narrativa dentro de la Terapia Ocupacional actual , ya que dicho concepto trasciende el ámbito estrictamente lingüístico y discursivo y dado la amplitud del termino es una noción que es utilizada para articular diferentes discursos de diferentes áreas y disciplinas.

Material La narración es la exposición de una serie de sucesos reales o imaginarios, son producciones organizadas en una trama enmarcadas en coordenadas temporo- espaciales en circunstancias socio- comunicativas que circunscriben y localizan el proceso narrativo siendo relevante el momento histórico que el ser humano la realiza.

Las narraciones, los relatos, las historizaciones, no son simples maneras de cómo contar las cosas, sino que reflejan como aprehendemos y construimos el mundo, influyen en como lo percibimos, como lo organizamos, como manejamos el recuerdo y en el tipo de explicaciones que damos de los fenómenos que vivimos. La narrativa adopta distintas formas de expresión, oral, escrita, en imágenes o audiovisual y las actividades pueden ser miradas como narrativas humanas

El significado y el sentido de la vida que cada ser humano da para sí no deben ser abordados solo del punto de vista individual, sino con el reconocimiento del papel constitutivo de la cultura, sistema simbólico que ya está ahí previamente al individuo.

Resultados la investigación narrativa se ha constituido actualmente en una perspectiva o enfoque específico de investigación en terapia ocupacional, y no sólo en una metodología cualitativa más para añadir a las existentes.

Consideraciones finales. Las múltiples posibilidades de indagación que ofrecen las narrativas y la utilización del método biográfico en la investigación de terapia ocupacional. Producirán testimonios, documentos personales y /o colectivos que permitirán la reconstrucción de procesos sociales y experiencias de trayectorias vitales desde la perspectiva de los actores de la vida cotidiana.

Introducción: La noción de la narrativa trasciende el ámbito estrictamente lingüístico y discursivo, dado la amplitud del termino es una noción que es utilizada para articular diferentes discursos de diferentes áreas.

Desarrollo La narración es la exposición de una serie de sucesos reales o imaginarios, son producciones organizadas en una trama enmarcadas en coordenadas temporo- espaciales, en circunstancias socio- comunicativas que circunscriben y localizan el proceso narrativo siendo relevante el momento histórico que el ser humano la realiza.

Al mundo lo construimos de una manera u otra y a medida que las personas hablamos, escribimos, nos expresamos plásticamente sobre él, se construye no sólo el mundo individual sino el mundo desde los discursos y las prácticas sociales.

Las exposiciones de las narrativas proporcionan formas de expresión de las emociones, acciones y la visión personal de los acontecimientos., a pesar que nos

incorporamos a un mundo donde preexisten conceptos sobre las maneras de construir narraciones socialmente aceptables, nuestras formas de hablar y de actuar están enraizadas en lo que los hechos del mundo nos permiten decir.

Las narraciones, los relatos, las historizaciones, no son simples maneras de cómo contar las cosas, sino que reflejan como aprehendemos y construimos el mundo, influyen en como lo percibimos, como lo organizamos, como manejamos el recuerdo y en el tipo de explicaciones que damos de los fenómenos que vivimos.

Como son recursos interpretativos compartidos y elaborados socialmente, las narraciones nos permiten la negociación en la vida colectiva, permiten la emergencia de lo social, no tiene significado unívoco y fijo sino que depende del contexto; el marco de la interpretación, el escenario que nos ayudará a otorgar un sentido a nuestros actos.

En nuestra profesión es esencial entender como las personas interpretan, construyen y dan sentido a sus vidas, a sus mundos, a su experiencia, y a las transacciones relativas al mundo social.

Las personas elegimos que destacar, que rumbo seguirá lo narrado y que significado le atribuimos.

Sandra Galheigo dice que en la crisis del paradigma que afirmaba que lo esencial para cuidar de alguien estaba en mensurar, evaluar y medir sus dificultades y a partir de eso controlar los detalles, trazar los objetivos y los modos de intervención. Pero surgen los tiempos narrativos, y en medio de esta crisis los terapeutas ocupacionales nos acercamos más al mundo de los valores, significados, creencias y sentidos.

Los terapeutas ocupacionales, en nuestra práctica tenemos la disponibilidad de escuchar y observar a las personas, ver que hacen, que es lo que dicen que hacen, como lo dicen, en que momento lo dicen, que están haciendo mientras lo dicen, todo esto es central para nuestro trabajo conjuntamente con el camino de expresión que utilizaran para manifestar su historia.

Escuchar necesidades, deseos, contar y escuchar historias debe hacerse en un ambiente acogedor, continente y con posibilidades de utilizar diferentes vías de expresión, ya que la narrativa adopta distintas formas de expresión, oral, escrita, en imágenes o audiovisual.

El significado y el sentido de la vida que cada ser humano da para sí no deben ser abordados solo del punto de vista individual, sino con el reconocimiento del papel constitutivo de la cultura, sistema simbólico que ya está ahí previamente al individuo.

Entonces desde la perspectiva de la narrativa actual, la de contar historias expresadas de formas diferentes oral, escrita, plásticamente, en imágenes o en forma audiovisual., el terapeuta ocupacional tiene la posibilidad de mirar las actividades como narrativas humanas, presentes en todos los tiempos, en toda su diversidad, dimensión y contexto. (3)

La narrativa no es la “realidad” sino es como cada uno de nosotros organiza su forma de decir de lo que le pasa en la vida, experiencias, emociones, se utiliza para organizar y entender la propia existencia, es única e intransferible y a su vez compartida entrecruzada con la narrativa de lo social.

Sin hechos, sin datos, no habría nada que decir, sin relatos, sin discurso, no habría forma de decirlo.

Es así que contar las propias vivencias y “leer” (en el sentido de “interpretar”) dichos, hechos y acciones, a la luz de las historias que los actores narran, se convierte en una *perspectiva* de investigación.

Los estudios que aplican las estrategias cualitativas vinculadas al enfoque narrativo de historias de vida, están enmarcadas dentro de la investigación biográfica, este es el uso de documentos vitales los cuales descubren momentos y puntos de inflexión en la vida de las personas.

Estos documentos son diarios personales, cartas, autobiografías, biografías, narraciones, crónicas, fotos, cuadros, dibujos, audio, videos y demás producciones.

La Investigación biográfica consiste en el despliegue del curso de su vida, su historia y con quienes entablo relaciones e hizo lazo social (familia, escuela, barrio, trabajo y otros)

En las historias de vida como ya dijimos la persona selecciona consciente o inconscientemente los recuerdos sucesos o situaciones en las cuales participó directa o indirectamente y su interpretación está mediada por las interpretaciones posteriores.

Las investigaciones que se apoyan en el método biográfico combinan entrevistas con selección de documentos y tiene la ventaja de recoger la experiencia de la gente tal como ellos la procesan y la interpretan.

Se organiza la investigación alrededor de una persona o varias que forman un colectivo, que narran experiencias personales, como fueron construidos y se fueron dando los hechos, las rutinas, las actividades, los sentimientos y creencias o sus interpretaciones.

Los procedimientos de registro y obtención de las narraciones son en general la entrevista semiestructura o en profundidad, El eje es reconstruir un proceso ubicado históricamente, por una o varias personas que tienen en común haber sido actores de los sucesos que narran.

La construcción de los datos, la evidencia empírica son documentos personales materiales fílmicos, escritos. Pictóricos de audio, actividades son entendidas como manifestaciones de la cultura.

Conclusiones: Las investigaciones basadas en la narrativa es producción científica del conocimiento. Las múltiples posibilidades de indagación que ofrece la narrativa y la utilización del método biográfico en la investigación de terapia ocupacional producirán testimonios, documentos personales y /o colectivos que permitirán la reconstrucción de procesos sociales y experiencias de trayectorias vitales desde la perspectiva de los actores de la vida cotidiana.

Las narrativas dan a los humanos un contexto en el cual pueden reencontrar el significado, de su vida, definirla y encontrar el sentido expresado en sus experiencias, pudiéndolo tomar como parte del proceso del conocimiento de si mismo, recuperación y/o tratamiento.

Referencias bibliográficas.

1. Valverde Clara, 2009, Los pacientes sangran historias: Un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos, Norte de salud mental. nº 34 • 2009 • PAG 75–84- Barcelona
2. Galheigo, Sandra María, 2009, Narrativas contemporanes; significados, diversidades y contextos. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 8-12.
3. Botia Antonio Bolívar, 2002, Revista Electrónica de Investigación Educativa “¿De nobis ipsis silemus?”: Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación Vol. 4, No. 1, 2002 Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Granada.
4. Sautu Ruth, 2004 “El método biográfico” Editorial Lumiere, Buenos Aires.

5. Cabruja Teresa, Iñiguez Lupicinio, Vásquez Félix, Como construimos el mundo: relativismo espacio y narratividad, 2000, Análisis 25, 64-95. Universidad de Girona.
6. Mangia. Elisabete ferreira e Yasutaki, Priscila Mitie. Itinerarios terapéuticos y nuevos servicio de salud mental. 2008, Rev.Ter.Univ.San Pablo (on line) vol 19 ,Nº 1, pp 61-71- ISSN 1415-9104 ; <http://www.revistasusp.sibi.usp.br>

RESIDENCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE CÓRDOBA.

Autor: Lic. T.O. FRUTOS MARIA LAURA

Correo electrónico: frutoslaura@hotmail.com

terapiaocupacional@hospitalprivadosa.com.ar

I. RESUMEN DEL TRABAJO:

Objetivo: Presentar la Residencia de Terapia Ocupacional en la institución.

Material y métodos: El Programa de Residencia de Terapia Ocupacional en el Hospital Privado Centro Médico de Córdoba se enmarca en los Programas de Formación de Postgrado que se dictan en la institución desde el año 1964 y que cuentan actualmente con treinta planes de entrenamiento.

La Provincia de Córdoba no cuenta con Programas de formación de residencias ni carreras de postgrado para Terapistas Ocupacionales.

El Objetivo General de la Residencia es la formación de recurso humano especializado, dentro del ámbito hospitalario, para que se desempeñe eficazmente en las diferentes áreas de prevención secundaria (asistencia) y terciaria (rehabilitación) de población adulta.

Se presenta el Perfil del egresado: competencias técnicas, organizacionales, ético profesionales y de investigación.

El Plan de estudios tiene una duración de dos años y está estructurado en base a actividades de contenido conceptual, actividades de contenido procedimental y actitudinal y actividades integradas.

Consideraciones finales: El Programa de Residencia que se presenta permite mostrar una oferta de formación en servicio en la ciudad de Córdoba, dentro de una institución privada de salud, con el anhelo de estimular la apertura de otros espacios de formación.

V. DESARROLLO DEL TRABAJO:

Fundamentación:

El Programa de Residencia de Terapia Ocupacional en el Hospital Privado Centro Médico de Córdoba se enmarca en los Programas de Formación de Postgrado que se dictan en la institución desde el año 1964.

Desde el punto de vista pedagógico, según María Cristina Davini¹ esta propuesta "...implica la presencia de un sujeto en un ambiente de trabajo durante un corto

¹ - Davini MC. 1997. "La Formación Docente en cuestión: política y pedagogía" Paidós (Buenos Aires) I. 121 – 150.

período...y representa una interesante alternativa para el perfeccionamiento en servicio, facilitando la circulación de actividades y experiencias realizadas en otro lugar, ampliando la perspectiva de los sujetos o viabilizando la transferencia de acciones...”

El Área de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación del Hospital Privado funciona desde mayo de 1993.

Las estadísticas del último año (2010) muestran que el promedio llega a 550 (quinientos cincuenta) prestaciones por mes. Esta cantidad de prestaciones, determinan una práctica dinámica y variada en casuística, lo que resulta de interés al residente en formación.

La Provincia de Córdoba no cuenta con Programas de formación de residencias ni carreras de postgrado para Terapistas Ocupacionales.

Objetivos:

El Objetivo General de la Residencia es la formación de recurso humano especializado, dentro del ámbito hospitalario, para que se desempeñe eficazmente en las diferentes áreas de prevención secundaria (asistencia) y terciaria (rehabilitación) de población adulta.

Los objetivos específicos son:

- 1) Introducir al alumno en los modelos de integración y de trabajo interdisciplinario del equipo de salud, sustentando la especificidad de la disciplina.
- 2) Desarrollar en el alumno las competencias necesarias para el abordaje de pacientes, incluyendo su evaluación, planificación y ejecución del tratamiento, seguimiento y control e informes respectivos.
- 3) Incentivar el ejercicio ético de la profesión, enmarcado en la normativa legal de la Provincia de Córdoba, guiado por los principios morales del espíritu fundacional de la institución.
- 4) Estimular la actitud crítica basada en el conocimiento científico y la evidencia para el desarrollo de investigación en el campo de la Terapia Ocupacional.

Perfil del egresado:

El profesional que haya completado la Residencia habrá adquirido las siguientes competencias:

1. Competencias técnicas de las enunciadas en la Reglamentación del ejercicio de la profesión de la Provincia de Córdoba (Art. 67 Ley 6.222, Decreto 886)
 - Elaborar, aplicar y evaluar métodos y técnicas de análisis de las actividades que realiza el hombre para determinar los requerimientos psicofísicos que implican el desarrollo de las mismas.
 - Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de mantenimiento, desarrollo y recuperación de la capacidad funcional psicofísica de las personas.

- Entrenar en la utilización de equipamiento ambiental, protésico y ortésico para mejorar las posibilidades de autonomía de las personas.
- Elaborar, aplicar y evaluar métodos y técnicas de análisis ocupacional para determinar las capacidades funcionales y psicofísicas que implican el desempeño de las distintas actividades laborales.
- Efectuar orientación, tratamiento, evaluación y seguimiento de las personas con padecimiento en lo referente a su autonomía personal y ocupacional con el objetivo de lograr su integración social.

2. Competencias organizacionales

- Elaborar informes de evaluación y tratamiento de los pacientes asistidos.
- Efectuar las actividades administrativas inherentes a la práctica de Terapia Ocupacional en el ámbito hospitalario.
- Establecer canales de comunicación fluidos con los diferentes profesionales del equipo interdisciplinario y con el pacientes y / o su familia.

3. Competencias éticas profesionales

- Participar activamente del proceso de enseñanza – aprendizaje.
- Desempeñar responsablemente el rol profesional, observando las incumbencias profesionales de la Reglamentación del ejercicio de la profesión en la Provincia de Córdoba.
- Respetar la confidencialidad de la información relacionada a los pacientes, tanto en la tarea asistencial como en la investigativa.

4. Competencias de investigación

- Identificar problemas de investigación relevantes a la práctica profesional.
- Participar en proyectos de investigación de Terapia Ocupacional y / o en equipos interdisciplinarios.

Organización del plan de estudios:

PRIMER AÑO

Materia	Régimen
Rehabilitación de patologías osteomioarticular de MMSS	Semestral
Rehabilitación de patologías reumáticas	Semestral
Ortesis y prótesis I	Semestral

SEGUNDO AÑO

Materia	Régimen
Rehabilitación de pacientes internados	Cuatrimstral
Rehabilitación de patologías neurológicas	Cuatrimstral
Ortesis y prótesis II	Semestral
Actividades de la Vida Diaria y Visitas domiciliarias	Cuatrimstral

Metodología:

El Programa de la Residencia de Terapia Ocupacional tiene una duración de 2 (dos) años y las actividades se desarrollan de lunes a viernes de 8 a 16 horas diarias / 40 horas semanales.

El Residente debe participar en carácter obligatorio de las actividades docentes del Servicio de Medicina del Ejercicio y Rehabilitación (semanal) y de los Ateneos conjuntos con los Servicios de Reumatología y Ortopedia y Traumatología (mensual)

El residente puede participar de la capacitación de Inglés y Metodología de la Investigación que se dictan a través del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Privado.

CONCLUSIÓN: El Programa de Residencia que se presenta permite mostrar una oferta de formación en servicio en la ciudad de Córdoba, dentro de una institución privada de salud, con el helo de estimular la apertura de otros espacios de formación.

BIBLIOGRAFÍA: - Blesedell Crepeau E, Cohn E, Boyt Schell B. 2005. "Willard and Spackman: Terapia Ocupacional" Editorial Médica Panamericana (Madrid) I. 12 – 25.

- Fidler G, 1966. Learning as a growth process: A conceptual framework for professional education. Am J Occup Ther. 20, 1 - 8.

- www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res

- www.ms.gba.gov.ar/Residencias/terapiaocupacional

- www.hospitalprivadosa.com.ar/docencia

Revisando la historia de la Terapia Ocupacional: Eleanor Clarke Slagle. Una versión (más) desde los estudios feministas de la ciencia¹.

Autor: Morrison Jara, Rodolfo².

Correo Electrónico: morrison.rodolfo@gmail.com

Resumen:

El objetivo de este trabajo de investigación es el de indagar, desde una perspectiva feminista, en la historia de la terapia ocupacional, identificando a una figura clave en la configuración de la disciplina como una profesión, me refiero a Eleanor Clarke Slagle.

Cómo método se realizó la revisión de diferentes artículos y textos bibliográficos que refieren a la historia de la terapia ocupacional, los cuales fueron analizados críticamente desde la perspectiva de género. Como parte de los resultados se identifica una nueva versión de la historia de la terapia ocupacional en la cual Slagle sería protagonista.

Consideraciones finales: se promueve la reflexión en torno a cómo, utilizando un enfoque de género, la historia tradicional puede tomar otra perspectiva, lo cual nutre el quehacer actual de las y los terapeutas ocupacionales, favoreciendo la equidad de género y reconociendo a figuras olvidadas o escasamente reconocidas, quienes nos han dejado sus aportes a lo largo de la historia.

Introducción

El objetivo de este trabajo de investigación es el de indagar, desde una perspectiva feminista, en la historia de la terapia ocupacional, identificando a una figura clave en la configuración de la disciplina como una profesión, me refiero a Eleanor Clarke Slagle. Cómo método se realizó la revisión de diferentes artículos y textos bibliográficos que refieren a la historia de la terapia ocupacional, los cuales fueron analizados críticamente desde la perspectiva de género. Como parte de los resultados se identifica una nueva versión de la historia de la terapia ocupacional en la cual Slagle sería protagonista. Algunas consideraciones finales: se promueve la reflexión

1 Este trabajo corresponde a un extracto de un artículo enviado a la Revista Gallega de Terapia Ocupacional, y se encuentra a la espera de su aceptación.

2 Terapeuta Ocupacional, Lic. en Ciencias de la Ocupación. Máster en Lógica y Filosofía de la Ciencia

en torno a cómo, utilizando un enfoque de género, la historia tradicional puede tomar otra perspectiva, lo cual nutre el quehacer actual de las y los terapeutas ocupacionales, favoreciendo la equidad de género y reconociendo a figuras olvidadas o escasamente reconocidas, quienes nos han dejado sus aportes a lo largo de la historia.

Perspectiva de género y fundación de la terapia ocupacional

Los estudios feministas sobre la ciencia, nos permiten revisar la historia tradicional desde otra perspectiva (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7). Nos permiten indagar sobre las bases de la terapia ocupacional (TO), identificando cómo se ha establecido *una* mirada predominante del conocimiento científico e histórico, lo que ha sesgado y parcializado la manera de comprender el mismo. Si bien, se han reconocidos los aportes fundamentales de las mujeres en el desarrollo de la disciplina, se ha mantenido la idea acerca de que los hombres fundadores, pioneros, y grandes pensadores, han inspirado a las mujeres quienes posteriormente desarrollaron esta iluminada manera de pensar, visión no cierta del todo.

La TO fue constituida gracias a los aportes de diferentes disciplinas y enfoques teórico-filosóficos: enfermería, medicina, psiquiatría, movimiento de artes y oficios, tratamiento moral, psicología, trabajo social, arquitectura, entre otros (8), la cual sería desde su formación, catalogada como "una nueva profesión para mujeres". Para poder legitimarse como una disciplina profesional, fue necesario ampararse bajo el alero de médicos varones, que validaran a la prematura TO dentro de un paradigma y momento histórico, en el cual el auge de la ciencia neopositivista estaba posicionada, y en donde el paradigma androcéntrico era dominante. En este contexto, Eleanor Clarke Slagle, logró vencer a la adversidad y posicionar a la TO como una disciplina académica y profesional.

Eleanor Clarke Slagle y la terapia ocupacional

Slagle fue parte de la *Hull House*, institución de gran influencia en Estados Unidos por expandir el poder y la participación de las mujeres en diferentes esferas sociales a principios de 1900 (9), lugar vinculado con el *Chicago School of Civics and Philanthropy*, en donde tomaría el curso: "*Curative occupations and recreations*" (8) , el cual tendría una fuerte orientación hacia la Salud Mental (*Mental Hygiene*).

Slagle, se desempeñó profesionalmente en diferentes hospitales, vinculándose con los líderes de las reformas en salud mental. En 1912 dirigió el primer departamento de TO en Baltimore, el cual estaba encabezado por el psiquiatra Adolph Meyer ⁽⁸⁾. El considerado padre de la TO ⁽¹⁰⁾, ⁽¹¹⁾, ⁽¹²⁾, ⁽¹³⁾, Adolph Meyer, señalaba que Slagle fue la primera en aplicar una actividad sistematizada en los pabellones de una institución psiquiátrica. Refería que fue de gran ayuda en cuanto a realizar visitas a los domicilios de las pacientes ⁽¹⁴⁾ (lo que podríamos considerar hoy como trabajo en terreno o de campo, o desde una perspectiva visionaria trabajo en comunidad), además de "colaborar" en la labor médica.

El movimiento de artes y oficios ⁽¹⁵⁾, ⁽¹⁹⁾, ⁽²⁰⁾ al igual que el tratamiento moral ⁽¹⁰⁾, ⁽¹¹⁾, ⁽¹⁶⁾, ⁽¹⁷⁾, ⁽¹⁸⁾, ⁽¹⁹⁾, ⁽²⁰⁾, son dos de los principales pilares en la edificación de la filosofía de la TO. Slagle, principalmente tuvo la influencia del primero en la *Hull House*, y al reunirse con Meyer, logró unificar estas premisas, y como indica Silvia Gomez: "[Slagle] enfatizó que el terapeuta ocupacional debe tener equilibradas cualidades, apropiada expresión física, agradable voz, gentileza, paciencia, habilidad y amplia visión, adaptabilidad, honestidad, firmeza y tener infinita bondad" ^(10, p.17). Slagle se negaba a la opción de que los pacientes vivieran en condiciones denigrantes, las cuales argumentaba, eran las que conducían a tipos de conducta que perturbaban la estructura de su personalidad ⁽²¹⁾.

En 1914 retornó al *Chicago School of Civics and Philanthropy*, y comenzó a realizar un taller, de carácter abierto a la comunidad, para personas desempleadas producto de algún tipo de impedimento ⁽⁸⁾. Este taller, inicialmente estaba orientado a personas con enfermedades mentales, pero luego, debido al éxito de éste creció su público de atención, como Slagle señalaría: "[hay personas] de todos los tipos... [con] problemas mentales limítrofes hasta lisiados ortopédicos...todos fueron admitidos" (Slagle ⁽⁸⁾ p.48).

Según la historiadora Virginia Metaxas ⁽⁸⁾, Slagle organizó la fundación de la profesión en 1917 y dio la bienvenida a los hombres médicos que apoyaban a la TO: W. R. Dunton, Hall y Meyer. También mantuvo contacto con diferentes personas que creían en la ocupación como terapia, incluyendo el movimiento antituberculosis (en donde la ocupación se aplicaba para enseñar pautas en la rutina diaria las que ayudaban en la mejoría de los pacientes). Se vinculó también con las reformas en salud mental, y con los diferentes movimientos de mujeres filántropas quienes financiaban diversos proyectos.

En 1920, cuando Slagle presidía la *National Society for the Promotion of Occupational Therapy*, ella propuso el cambio de nombre por el del grupo en el cual participaba: *American Occupational Therapy Association* (Asociación Americana de Terapia Ocupacional) ^{(8), (22)}. En 1921, publicarían su primera revista. Luego de acabar su período de presidencia, Slagle se dedicó a promover a la TO en Estados Unidos, ocupando el cargo de secretaria de tesorería, lo cual le permitía viajar y tomar contacto con otras escuelas incipientes de TO y nuevos servicios hospitalarios ⁽⁸⁾.

A modo de conclusión, las dificultades que ha tenido la TO en su historia podrían establecerse en dos categorías, las relacionadas con su dificultad para surgir en el contexto médico imperante, y los sesgos de género que tuvo en su comienzo por ser "una profesión de mujeres". En la literatura, este último punto no es mencionado, dando por hecho de que los varones fundadores fueron quienes tuvieron la "más importante" relevancia en la disciplina. El legado de Slagle, y de otras terapeutas, nos permiten reflexionar en torno a como el paradigma androcentrista, ha devaluado la imagen de ciertas de mujeres en relación a la historia, la filosofía y la ciencia, entregando "algunos" de todos los hechos presentes en la historia. La historiografía desde una perspectiva de género, nos invita a construir y reconstruir la historia de nuestras disciplinas, pero desde ellas mismas. En el caso de la TO, es el valorar la herencia que nos han dejado tantas figuras femeninas olvidadas en el camino del tiempo, y que su legado permanece, de forma no reconocida equitativamente, en nuestras formaciones profesionales. He aquí una invitación a la reflexión en torno a como, como docentes, tutores clínicos, o sólo como terapeutas ocupacionales, tendemos a replicar ciertos patrones invisibles que guían nuestro camino basado en la inequidad de género, ya sea en la formación profesional, en la investigación científica o frente al trato con nuestros usuarios.

Referencias

- (1) Pérez Sedeño, E (dir.). 2003. La situación de las mujeres en el sistema educativo de ciencia y tecnología en España y su contexto internacional. Extraído el 3 de Marzo de 2011 desde <http://www.oei.es/salactsi/docgen.htm>
- (2) Pérez Sedeño, E. 2006. Sexos, Géneros Y Otras Especies: Diferencias Sin Desigualdades. En Catalina Lara (ed.) "El segundo escalón. Desequilibrios de Género en Ciencia y Tecnología". Arcibel Eds.: Sevilla, España.

- (3) Pérez Sedeño, E. 2007. Buscadoras de estrellas... y con la cabeza bien alta. En Pérez Sedeño *et al*, "La historia no contada". Ed. Municipal: Albacete, España.
- (4) Pérez Sedeño, E. 2008. Mitos, creencias, valores: cómo hacer más «científica» la ciencia; cómo hacer la «realidad» más real. En ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política No. 38: 77-100.
- (5) González García, M. y Pérez Sedeño, E. 2002. Ciencia, Tecnología y Género. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación. Ene-Abr, No 2. Extraído el 3 de Marzo de 2011 desde <http://www.oei.es/revistactsi/numero2/varios2.htm>
- (6) Santesmases, M.J. 2008. Mujeres, biología, feminismos: un ensayo bibliográfico. ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política. No. 38: 169-78.
- (7) Keller, EF. 1991. Reflexiones sobre género y ciencia. Alfons el Magnànim: Valencia, España.
- (8) Metaxas, V. 2000. Eleanor Clarke Slagle and Susan E. Tracy: Personal and professional identity and development of occupational therapy in progressive Era America. In Nursing history review. Official journal of american association for the history of nursing, Vol. 8:39 - 70.
- (9) Miranda, M. 2007. El compromiso con la ciencia. Conocimiento y técnica en el trabajo social. En Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades. Vol. XVII, No 002: 9-28.
- (10) Gómez, S. 1994. "Cuaderno de Terapia Ocupacional". Editorial Universidad de Chile: Santiago de Chile.
- (11) Creek, J. (Ed.). 2002. "Occupational Therapy and Mental Health". Third Edition. Churchill Livingstone United Kingdom: UK.
- (12) Gordon, D. 2008. The history of occupational therapy. En Crepeau, E, Cohn, E & Schell, B (Eds.). "Willard and Spackman's Occupational Therapy". 11th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia. pp. 203-15.
- (13) Heredia Torres, M. 2004. Terapia Ocupacional. Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. "Libro blanco de la diplomatura en terapia ocupacional". Zaragoza, España. pp. 5-29. Extraído el 2 de

marzo de 2011 desde:
http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libro_blanco_cndeuto_to.pdf

- (14) Meyer A. 1922. The Philosophy of Occupational Therapy. Archives of Occupational Therapy, Vol 1; No. 1: 1-10.
- (15) Turner, A., Foster, M. & Johnson, S. (Eds.). 2003. "Terapia ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica". 5º Ed. El Servir S.A.: España.
- (16) Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. 2004. "Libro blanco de la diplomatura en terapia ocupacional". pp. 5-29. Zaragoza, España. Extraído el 1 de marzo de 2011 desde:
http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libro_blanco_cndeuto_to.pdf
- (17) Crepeau, E, Cohn, E, & Schell, B (Eds.). 2003. "Willard & Spackman: Terapia Ocupacional". 10º Edición. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires, Argentina.
- (18) Crepeau, E, Cohn, E., & Schell, B. (Eds.). "Willard and Spackman's Occupational Therapy". 11th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- (19) Vidal, D y Morrison, R. 2009. Análisis ontológico de la ocupación humana. [Tesis de grado]. Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad Austral de Chile: Valdivia, Chile.
- (20) Vidal, D. y Morrison, R. 2010. Ontología de la Ocupación Humana. Pasos hacia un nuevo Paradigma. Trabajo presentado en el 15º Congreso Mundial de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, Mayo, Santiago de Chile.
- (21) Willard H and Spackman C. 1973. "Terapéutica Ocupacional". [Primera edición en español]. Editorial Jims. Barcelona.
- (22) Talavera Valverde MA. 2007. El legado de Barton. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde M.A., compiladores. "Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación" [monografía en Internet]. TOG (A Coruña): APGTO. p. 161-209 [extraído el 17 de enero de 2011]. Disponible en: www.revistatog.com

**Salud Mental y Consultorios Externos.
Una experiencia comunitaria.**

Salud mental y Consultorios Externos. Una experiencia comunitaria.

Autor: Frare Marcia.

Correo electrónico: fraremarcia@yahoo.com.ar

RESUMEN

Las mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Moyano demandan mayor participación en roles productivos. Padecen Enfermedad Mental Severa, cuentan con educación primaria, algunas llegaron a educación universitaria. Todas realizan tareas domesticas, que sumadas a la enfermedad y sus trastornos, se agrega el mandato social de cuidarse a si misma, a los que viven con ella y al hogar. Además la exigencia propia, sustentada por las carencias familiares, demanda en la usuaria el desempeño de tareas laborales. Las cuestiones de género aparecen en la conflictiva y es donde se sustenta el trabajo terapéutico en la consulta, junto con el concepto de *enabling occupation* como medio para facilitar, guiar y entrenar a la persona en la búsqueda de mejorar las propias condiciones.

En el análisis de 32 casos se intenta demostrar que las mujeres que cuentan con la comprensión de otra componente femenina del grupo familiar, forman entre ambas, una alianza, que sustenta el desarrollo y sostén de roles productivos y como tal, ambas deben obtener beneficio. De esta relación surgen necesidades ocupacionales propias de cada situación, que son acordes con las condiciones de la enfermedad, los aspectos socioeconómicos de la familia y los recursos que la comunidad ofrece al grupo familiar. Este particular aspecto es condicionante en el momento de alcanzar los objetivos planteados.

El desempeño ocupacional es evaluado en cuatro áreas, a través del relato que la paciente hace sobre las actividades que realiza diariamente:

Actividades de la Vida Diaria.

Actividades de la Vida Diaria Instrumentales.

Actividades de Juego/ocio.

Actividades para la participación social.

Se trata de pensar, ya que es condicionante en la capacidad de ejecución, como afecta al proceso de percibir las necesidades cotidianas que el grupo familiar exige y que el marco teórico seleccionado para este trabajo de investigación denomina necesidad ocupacional.

RESUMEN

Las mujeres que asisten a consulta externa del Hospital Moyano demandan mayor participación en roles productivos. Padecen Enfermedad Mental Severa, cuentan con educación primaria, algunas llegaron a educación universitaria. Todas realizan tareas domesticas, que sumadas a la enfermedad y sus trastornos, se agrega el mandato social de cuidarse a si misma, a los que viven con ella y al hogar. Además la exigencia propia, sustentada por las carencias familiares, demanda en la usuaria el desempeño de tareas laborales. Las cuestiones de género aparecen en la conflictiva y es donde se sustenta el trabajo terapéutico en la consulta, junto con el concepto de *enabling occupation* como medio para facilitar, guiar y entrenar a la persona en la búsqueda de mejorar las propias condiciones.

En el análisis de 32 casos se intenta demostrar que las mujeres que cuentan con la comprensión de otra componente femenina del grupo familiar, forman entre ambas, una alianza, que sustenta el desarrollo y sostén de roles productivos y como tal, ambas deben obtener beneficio. De esta relación surgen necesidades ocupacionales propias de cada situación, que son acordes con las condiciones de la enfermedad, los aspectos socioeconómicos de la familia y los recursos que la comunidad ofrece al grupo familiar. Este particular aspecto es condicionante en el momento de alcanzar los objetivos planteados.

El desempeño ocupacional es evaluado en cuatro áreas, a través del relato que la paciente hace sobre las actividades que realiza diariamente:

Actividades de la Vida Diaria.

Actividades de la Vida Diaria Instrumentales.

Actividades de Juego/ocio.

Actividades para la participación social.

Se trata de pensar, ya que es condicionante en la capacidad de ejecución, como afecta al proceso de percibir las necesidades cotidianas que el grupo familiar exige y que el marco teórico seleccionado para este trabajo de investigación denomina necesidad ocupacional.

Introducción:

Las mujeres que se asisten en consulta externa del Hospital Moyano demandan mayor participación en roles productivos, padecen Enfermedad Mental Severa, en gran parte pertenecen a comunidades de condiciones socioeconómicas adversas, que definen un estilo de vida propio y particular con necesidades que las caracteriza como personas activas primero y en consecuencia como parte de su comunidad. A los trastornos propios de las patologías mentales, se agrega el mandato de cuidarse a si misma, a los que viven con ella, al hogar y si se recibe dinero, ya sea por trabajo o subsidios es bien recibido.

Es sabido que el ambiente es condicionante, es el lugar donde el desempeño de las ocupaciones cotidianas es propuesto por el medio que rodea el desarrollo de las personas. Dentro del concepto de función, la facultad de actuar crea la necesidad de utilizar la capacidad. En el caso del desempeño de ocupaciones de cuidado, lleva implícito cuestiones de género. Es un mandato con arraigada tradición, nacida en el tiempo de las cavernas, cuando el hombre dispuso su salida para cazar la comida y la mujer fue obligada a permanecer junto al fuego cuidando que no se apague. De ese permanecer nacen los sucesivos cuidados, formando la estructura femenina, establecida en sutiles capas superpuestas que son acompañados por la gestación y maternidad.

El tema de las ocupaciones y las obligaciones femeninas ya fue planteado por Torrico Mayol, ed alt.¹, quienes en el estudio realizado analizan como, la realidad social complejiza cada día mas la rutina de las mujeres. Cuando preguntan si el ejercicio de diferentes roles es

una necesidad personal o una imposición del contexto social en donde se vive, las autoras tienen en cuenta el mayor problema femenino: el dilema de hacer lo que se elige porque se quiere hacer o hacer lo que la sociedad quiere que se haga.

Este estudio intenta analizar el desempeño de ocupaciones cotidianas y el trastorno mental severo. Se trata de pensar, ya que es condicionante en la capacidad de ejecución, como afecta al proceso de percibir las necesidades cotidianas que el grupo familiar exige para el desarrollo y mantenimiento de roles productivos y que, de acuerdo con Reillyⁱⁱ, identificar estas necesidades, es la realidad que la Terapia Ocupacional actual debe seguir.

Desarrollo del trabajo:

Marco teórico:

-Marco de trabajo para la Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso. Segunda Ediciónⁱⁱⁱ

-Teoría del Comportamiento de Mary Reilly^{iv}

-Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional: El particular concepto de *enabling occupation* traducido como *capacitando para la ocupación*, es utilizado en este trabajo, como medio para facilitar, guiar y entrenar a la persona en la búsqueda de las propias condiciones que la lleven a iniciar el proceso de recuperación. Los factores relacionados con la inclusión social son tenidos en cuenta, considerando a estos aspectos parte de la realidad social de las personas con enfermedad mental, para ello se enfatiza la importancia de medio ambientes accesibles y con adecuado apoyo, acorde con las necesidades individuales y comunitarias.^v

-Modelo de la Ocupación Humana^{vi, vii}

-Como parte del marco teórico de trabajo, se incluye el concepto de evaluación ocupacional presentado por Talavera Valverde^{viii}, quien la define como “*el procedimiento exhaustivo de recogida de datos, por el que se interpreta la naturaleza, condición y evolución del estatus ocupacional*”.

Método:

Estudio de casos de tipo exploratorio descriptivo. Con los datos obtenidos se trata de conocer como las necesidades de las personas con Enfermedad Mental Severa coexisten con situaciones de vida de características definidas, donde el objetivo esta centrado en el mayor desempeño de roles productivos.

Instrumentos de recolección de datos:

- ❖ Entrevista semiestructurada.
- ❖ Cuestionario de necesidades ocupacionales^{ix}.

Muestra:

Son 32 casos, todas mujeres, con Enfermedad Mental Severa, con grupo familiar continente, que desempeñan actividades en el hogar y en la comunidad. Las edades están comprendidas entre los 22 y los 60 años.

Recolección y análisis de los datos:

Tienen educación primaria, algunas llegaron a educación universitaria. Una de ellas es analfabeta. Conviven con grupo familiar, que en algunos casos **no** comprende la enfermedad y actúa sobre exigiendo la capacidad funcional. Cuando hay comprensión adecuada, la usuaria puede realizar un desempeño ocupacional acorde a su situación, considerando la enfermedad, el ambiente y las condiciones sociales, culturales y económicas.

Todas desarrollan roles de ama de casa, en la mayoría de los casos cumplen con otro rol productivo.

El desempeño ocupacional es evaluado en cuatro áreas, a través del relato que la usuaria hace sobre las actividades que realiza diariamente:

- ❖ Actividades de la Vida Diaria
- ❖ Actividades de la Vida Diaria Instrumentales
- ❖ Actividades de Juego/Ocio
- ❖ Actividades para la participación social

A través de una encuesta, de lápiz y papel, se registra como percibe la usuaria, la realización diaria de las actividades propuestas en el cuestionario de necesidades ocupacionales ya mencionado.

De los 32 casos, 14 lograron el objetivo planteado, en situación opuesta se encuentran 5 que continúan el tratamiento y si bien siempre tienen la opción de volver, por el momento 13 abandonaron frente a la dificultad de no encontrar respuesta a sus necesidades.

El motivo de consulta de las usuarias está centrado en conseguir trabajo, estudiar, (aprender a leer y escribir en el caso de quien es analfabeta) y desarrollar más y mejor las tareas domésticas y de cuidado. Una de las usuarias vive en la calle, no tiene desempeño de roles productivos, pero realiza actividades de supervivencia que conllevan exigencia y esa es su demanda. Es una de las que vuelve cuando la situación personal se torna más conflictiva.

En el análisis de los casos se observan coincidencias que se repite con las siguientes características:

- Situación familiar muy unida, casi compacta a modo de bloque.
- Fuerte motivación, en parte producto del ambiente familiar.
- Estímulo apropiado para el desempeño de actividades, adherencia al tratamiento farmacológico e inserción laboral.

- En este punto es interesante mencionar y hace a la diferencia de éxito o fracaso, la presencia de una mujer dentro del grupo familiar. Con esta figura, si la usuaria logra establecer y cumplir un compromiso, que involucra la realización de tareas domésticas, incluyendo el cuidado de niños u otros familiares, se constituye entre ambas una alianza con beneficios mutuos, donde la usuaria encuentra un fuerte **apoyo**, que por las características que lo conforman, puede ser llamado de **género** y es el punto de partida para la demanda de mayor desempeño de roles ocupacionales. En 3 casos la presencia masculina de esposo o pareja reemplaza a la figura femenina, pero en todos los casos actúa como ordenador del desempeño diario. El presente trabajo refleja la tarea de más de cinco años de continuidad y el apoyo de género se repite, motivo por el cual merece ser analizado. El cuadro siguiente muestra una primera visión centrada en este aspecto:

Usuaris sin apoyo de genero 18	Usuaris con apoyo de genero 14
Abandonaron el tratamiento 12	Alianza con madre 5
En tratamiento 5	Alianza con hijas 5
Altas 1	Alianza con cuñada 1
	Alianza con esposo/pareja 2
	Alianza con padre 1
	Usuaris con mejoras en trabajo competitivo 1
	Usuaris con mejoras laborales 3
	Usuaris con mayores roles productivos 10

Conclusiones:

En un análisis básico y generalizado se observa que las usuarias demandan aquello que las propias necesidades reclaman para si o para cumplir con la necesidad de quienes la rodean. En ambos casos deben ser satisfechas. Si bien cada caso es particular, un análisis más complejo nos muestra que necesitan y que podemos hacer para satisfacerlas, especialmente en aquellas que abandonaron la consulta, ya que si bien no fue viable satisfacer la demanda solicitada, tampoco es imposible.

Como opciones a pensar, el trabajo con inclusión social es una meta accesible, ya que la capacidad funcional presente, permite cumplir con las exigencias de este tipo de trabajo competitivo. En el caso de las madres, cuyos hijos están en situación de riesgo, deben ser contemplados como prioridad en el momento de otorgar subsidios. Estos deben ser de fácil acceso y concederse con el objetivo de solventar la condición de grupo primario.

En cuanto al apoyo de género, puede ser logrado a través de instancias de trabajo comunitario fundamentado en los aspectos de la enfermedad mental y las mujeres. Para prevenir la consecuencia de los trastornos mentales y la promoción de la salud femenina, son útiles las respuestas articuladas entre varias disciplinas, encargadas de orientar y enseñar cuales son los cuidados propios de las diferentes etapas evolutivas del ciclo vital femenino. En este caso la prestación de diversos servicios estatales, ONG y comunidad, como las asociaciones de mujeres, deben ser las encargadas de la elaboración de proyectos y prácticas integradoras. Se trata de ofrecer a cada mujer instancias con acento en la salud, para encontrar reconocimiento y responsabilidad, en base a su propia historia y así transitar una vía de salida de la enfermedad y sus consecuencias.

El trabajo con la familia y la comunidad es esencial. La psicoeducación debe incluir los aspectos concretos como el comportamiento y la organización de la vida cotidiana, sin dejara de lado los aspectos imaginarios de la enfermedad. La sociedad también debe ser informada, especialmente en el estigma que acompaña a las personas que sufren esta enfermedad.

Como conclusión final de esta ponencia y a modo de ejemplo, vemos que la única usuaria con trabajo competitivo, tiene la necesidad de realizar tareas de servicio asistenciales. El objetivo fue conseguir un puesto de voluntaria en tareas afines a su profesión universitaria, lo hizo sola, como lo indica la teoría seleccionada. Hace tres años buscó y recorrió todos los recursos que la comunidad ofrece, en cada lugar dejó su número de teléfono. Como es una persona activa y debido a cuestiones de orden familiar, esta comenzando a reemplazar a su padre, quien lidera y dirige la organización del trabajo familiar. Lo hace muy bien, con muy buen rendimiento económico, además de cuidar a su madre discapacitada motora y hacerse cargo de las tareas domesticas, que antes le fueron negadas. Solo falta llegar a ser voluntaria, ya que todavía no ha recibido una llamada de respuesta.

i

Bibliografía:

Torrico Mayol, Paula; Urrutia García, Daniela; Schliebener Tobar, Marjorie. ¿Que significado le asignan un grupo de mujeres a las actividades para sí mismas?. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, N°8, diciembre 2008.

ii ² Reilly, M. Occupational Therapy can be one of the great ideas of 20th Century medicine. American Journal Occupational Therapy. 1962; 161-9. Traducción: Sanz Valer P. Terapia Ocupacional puede ser una de las grandes ideas de la Medicina del siglo XX. TOG (A Corruña) (Revista Internet) 2009 (21/06/2010); 7(11) (26 Pág.) Disponible en: <http://www.revistatoh.com/num11/pdfs/historia/pdf>

iii Avila Alvarez, et al. Marco de Trabajo para la Practica de la Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso. 2007. Traducción. www.terapiaocupacionl.com [Portal en internet.2010 [28/11/2010] disponible en :<http://.terapia-ocupacional.com/aota201esp.pdf> Traducción de: The American

Occupational Therapy. 2008 . Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. (2nd ed.)

^{iv} Sanz Valer P. En busca de nuestra esencia olvidada. Rescatando la ocupación como aportación a la medicina y a la humanidad. TOG (A Coruña) (Revista Internet) 2010 (21/06/2010); 7(11) (10Pág.) Disponible en: <http://www.revistatoh.com/num11/pdfs/historia/pdf>

^v Simó, S.; Urbanowski, R.; El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. Revista Gallega de Terapia Ocupacional. Febrero 2006. Vol. 3, 1-27

^{vi} De Las Heras C., Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana, Primera parte. Reencuentros. 2004.

^{vii} Kielhofner,G 2004.”Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación”.3° Edicion Editorial Panamericana. Buenos Aires.

^{viii} Talavera Valverde, M.A. “Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno mental grave. TOG (A Coruña) [Revista en internet] 2007 10 / 11/ 2010; (5): [52p.]. disponible en : <http://www.revistatog.com./num5/pdfs/revision2.pdf>

^{ix} Echeverría Ruiz-Tagle, A.; Ortega Lerdo de Tejada, P.; Riquelme Echeverría,V. “Explorando Necesidades Ocupacionales: Un estudio de caso”. Trabajo no publicado. Poster presentado en el XV Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Santiago de Chile, mayo de 2010.

Salud y Sociedad
Terapia Ocupacional, capital social y salud individual

Autores: Van Aert, Peter; Testa, Ana Cora..

Correo electrónico: pvaert@unq.edu.ar

Resumen:

Este trabajo pretende remarcar y reivindicar el fundamento social de la Terapia Ocupacional. La incidencia de factores sociales en el bienestar en general, y la salud en particular, ha sido objeto de estudio desde hace tiempo. Recientemente, con la introducción del concepto de capital social, estudios evidencian correlaciones entre la salud individual e indicadores de capital social como la asociatividad y la confianza. Resultados preliminares de una investigación realizada en Río Grande, Tierra del Fuego, refuerzan la noción de dicha correlación y profundizan la llamada a establecer relaciones entre las dimensiones de la salud comunitaria y las de la salud individual. Concluimos que la terapia ocupacional, por su carácter socio-sanitaria ubicada precisamente en ese espacio interdisciplinario y dialéctico, puede realizar grandes contribuciones en avanzar en dicha articulación, y posibilitar mejorar nuestra comprensión de dicha dialéctica.

Salud y Sociedad
Terapia Ocupacional, capital social y salud individual

La terapia ocupacional, según una de sus definiciones, es una profesión socio-sanitaria. El componente social de la profesión lo podemos entender en un múltiple sentido. Naturalmente el significado de la palabra terapia remite a una situación social entre un sujeto y otro que lo cuida (*therapeutés* en griego antiguo) y, más tarde, el que lo cura (*therapeia*, que significa tratamiento médico). Por otro lado, siendo el propósito de la terapia ocupacional entender las ocupaciones de los seres humanos como elemento básico de su bienestar, éstas solo pueden ser entendidas dentro de un contexto físico, político, económico y cultural. En tercer lugar, el terapeuta ocupacional trabaja con casos específicos (patologías, enfermedades, discapacidades, etc) cuyas condiciones etiológicas casi siempre provienen al menos parcialmente de un contexto social determinado. Entender el caso a atender implica tener una noción de la historia social que da sentido a la biografía del sujeto. Y por último, la noción del ‘padecimiento’ del sujeto está sesgada por la representación de su enfermedad y su salud, la idea que forma de las mismas en relación a su entorno social.

Este trabajo se centra en formular un argumento que sostiene, en primera instancia, una íntima relación entre las últimas dos facetas sociales de la Terapia Ocupacional, la incidencia de factores sociales (salud comunitaria) en la salud individual, y el sesgo social sobre la percepción del sujeto hacia su propia condición sanitaria. La importancia de este ejercicio es remarcar y reivindicar el fundamento social de la profesión.

Según Lisa Berkman et al. (2000), la epidemiología social es una disciplina que trata de identificar las características colectivas de comunidades y sociedades que determinan el estado de salud de su población. Desde Emile Durkheim, uno de los padres fundadores de la sociología, los científicos sociales sabemos que la sociedad no es la suma de los individuos. Por ello, si queremos entender porque la salud comunitaria es diferente entre uno y otro universo social, es preciso buscar las explicaciones en los hechos sociales, más que en los individuales. En lo que se considera el primer estudio estadístico en ciencias sociales, Durkheim demuestra que uno de los actos humanos más individualista pensable, el suicidio, se explica sociológicamente.

La incidencia de factores sociales en el bienestar en general, y la salud en particular de los individuos, es asunto estudiado desde los hallazgos de Durkheim. Numerosos aspectos sociales han sido estudiados, entre los cuales la integración social o la cohesión social nunca perdieron su relevancia. A fines del siglo veinte, inspirado en diversos estudios que evidencian las repercusiones de la construcción y destrucción de cohesión social en el bienestar comunitario (De Tocqueville, 1835; Jacobs, 1961), nace la noción de la existencia de un capital social que lubrica las relaciones sociales, cataliza movimientos de integración y desintegración social y por ello incide fuertemente en la salud de la comunidad y sus individuos. A principios de los años ochenta se crearon los fundamentos teóricos del concepto de capital social. Dicho esfuerzo, por un lado desencadenó una masiva e innovadora exploración empírica interdisciplinaria dentro de universos sociales en todas las partes del mundo, y por otro lado instigó un arduo debate teórico acerca de los factores fundacionales del concepto.

Para no detenernos en la complejidad teórica que nos presenta el concepto de capital social, por lo que concierne a nuestro propósito, basta adherirnos a la definición propuesta por Robert Putnam (2000) que sostiene que el capital social “se refiere a las relaciones entre

individuos, a las redes sociales y las normas de reciprocidad y confianza que emergen de ellas.” La noción de capital social parte de la idea de que las relaciones sociales, las redes, las normas y los valores inciden en el funcionamiento y el desarrollo de comunidades.

La salud pública es una de las últimas áreas a la cual la noción de capital social fue aplicada. Ejemplos son el análisis ecológico de indicadores de capital social en relación con la tasa de mortalidad en los Estados Unidos, que evidenció una correlación positiva entre afiliaciones a organizaciones civiles como clubes deportivos, asociaciones barriales, gremios, etc., y mortalidad (Kawachi et al., 1997a). Así la densidad de afiliación cívica se convirtió en un vaticinador de víctimas por síndromes coronario agudo, neoplasmas (tumores) malignos y mortalidad infantil. Asimismo, niveles bajos de confianza generalizada (o confianza social, en el otro desconocido) fueron asociados a tasas mayores de causas mortales como síndrome coronario agudo, enfermedades cerebrovasculares, lesiones involuntarias y mortalidad infantil. (Berkman y Kawachi, 2000).

Otro estudio (Kawachi et al. 1999a) evidenció la relación entre el capital social público y la autocalificación de salud, esta última variable implicando el estado de salud autodeclarado por el sujeto (la representación de su salud). En el marco del Programa Prioritario de Investigación de la Universidad Nacional de Quilmes “Representaciones de cuidado y alteridad en educación formal y no-formal. Circulaciones, valores y ciudadanía”, se repitió este ejercicio, utilizando datos de una investigación que indaga el capital social de la ciudad argentina de Río Grande, Tierra del Fuego, realizada en el año 2008.

Al cruzar la auto-calificación del estado de salud individual (que podía variar entre los valores muy bueno, bueno, ni bueno ni malo, malo, muy malo) con diferentes indicadores del concepto de capital social se evidencia una tendencia unívoca. Las personas no activas en espacios de participación social formal (asociaciones civiles) representan un resultado inferior a la media poblacional, a diferencia de la población formalmente participativa, cuyo resultado se ubica encima de la media. Del mismo modo, la participación informal, que refleja la conectividad social en espacios extrainstitucionales (reuniones entre amigos, parientes, etc.), y la participación política (interés en la política y las actividades políticas realizadas) también parece repercutir en la sensación sanitaria del sujeto. Asimismo, el deseo declarado a participar, o participar más, tanto en sentido formal como informal, es mayor entre los que tienen una representación más positiva de su salud.

Si cruzamos algunos indicadores cognitivos del concepto de capital social con la representación de la salud, vemos la misma tendencia. Cuanto mayor representación sanitaria individual, mayor la valorización subjetiva hacia la ciudad, el representante, el vecino, el paisaje natural, etcétera. También el optimismo hacia el grado de incidencia en el bienestar de la comunidad, y las perspectivas hacia el futuro crecen paralelamente a la representación de la salud individual. Asimismo, los grados de confianza a nivel general y hacia los representantes, los vecinos, los colegas, los grupos migratorios y los medios de comunicación es mayor entre los que representan una concepción positiva de su salud.

Aunque hablamos de resultados preliminares de una investigación actualmente en conclusión, la tendencia unívoca de los resultados aluden a conclusiones similares a las mencionadas arriba. La presencia de capital social y la representación de la salud individual parecen estar correlacionados. Esta tesis refuerza la llamada a sobrellevar diferencias paradigmáticas, establecer relaciones entre las dimensiones de la salud comunitaria y las de la salud individual, y profundizar nuestra comprensión de la articulación entre ellas. La terapia ocupacional, por su carácter socio-sanitaria ubicada precisamente en ese espacio interdisciplinario y dialéctico, puede realizar grandes contribuciones en avanzar en dicha articulación, y posibilitar mejorar nuestra comprensión de dicha dialéctica.

Biografía:

- Berkman, L., Kawachi, I et al., (2000). “Social Epidemiology”. Oxford University Press, Nueva York (EE.UU).
- Durkheim, E., (1897, 2004). “El Suicidio”. Ediciones Libertador, Buenos Aires.
- Jacobs, J., (1961, 1992). “The Death and Life of Great American Cities”. Vintage, Nueva York (EE.UU).
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D., (1997a). “Social Capital, income inequality, and mortality”. Am J Public Health, 87: 1491-9.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Glass, R., (1999a). “Social Capital and Self-rated health: a contextual analysis”. Am J Public Health, 89: 1187-1193.
- Putnam, R., (2000). “Bowling aLOne, the collapse and revival of American community”. Simon & Schuster, Nueva York (EE.UU).

- Tocqueville, A. de, (1835, 1990). "Democracy in America". Vintage, Nueva York (EE.UU)

“Sexualidad en tiempos de discapacidad”

“Una intervención diferente en las A.V.D: Taller de Sexualidad.”

Autores: Indavere Catalina María,
Stefanolo Marcela Edith.

Correo electrónico: catalinaindavere@hotmail.com
marcelastefanolo@yahoo.com.ar

Resumen:

El objetivo de este trabajo es compartir el abordaje de la problemática sexual en pacientes adultos con patología adquirida que están en tratamiento de rehabilitación en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Dada las características y encuadre de las sesiones de Terapia ocupacional, es común encontrarse con pacientes que encuentran en este espacio, un ambiente propicio para que en forma sutil y espontánea expresen sus dudas, miedos y problemáticas acerca de su sexualidad y la sexualidad en pareja.

La sexualidad es un impulso vital, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un importante medio de comunicación interpersonal que debe ser tratado mediante una herramienta útil y adecuada.

A partir de ello, se buscó información sobre investigaciones realizadas al respecto y se pudo concluir que en Argentina no existen suficientes investigaciones de carácter longitudinal que describan como se ve afectada la dimensión sexual en personas que presentan discapacidad motora y por ende su abordaje.

En principio, se confeccionó una encuesta individual sobre situación actual de desempeño sexual, factores del ambiente humano y no humano que pueden afectar dicho desempeño, como así también el interés y expectativas por el tratamiento sobre esta temática; esto nos permitió obtener información útil para delinear y planificar un abordaje específico.

La modalidad elegida fue la de Taller, conformado por pacientes con patologías neurológicas y traumatológicas que están en tratamiento de rehabilitación (Internación/ Hospital de Día/Consultorios Externos), y tengan interés en participar. Los grupos son inicialmente mixtos y dirigidos por un equipo interdisciplinario que propone una temática

que se debate en el grupo con el fin de brindar asesoramiento, esclarecer dudas y fomentar el uso de nuevas estrategias para el desempeño sexual.

Aún no se cuentan con resultados finales estadísticos sobre esta experiencia.

“Sexualidad en tiempos de discapacidad”

“Una intervención diferente en las A.V.D: Taller de Sexualidad.”

Introducción

La relevancia del presente trabajo está dada por la necesidad de conocer e investigar los fundamentos científicos de la sexualidad en personas con discapacidad motora, y de esta manera poder intervenir en forma oportuna con la población atendida en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca.

Una de las áreas de intervención de la T.O son Actividades de la Vida Diaria, la actividad sexual forma parte de esta categoría y su desempeño es entendido como la participación en actividades que busquen la satisfacción sexual. El abordaje de TO generan un ambiente propicio para que los pacientes en forma sutil y espontanea expresen sus dudas, miedos y problemáticas acerca de sus experiencias sexuales.

Nuestra intervención comienza con una evaluación ⁽¹⁾ sobre la sexualidad del paciente, la misma fue confeccionada tomando como referencia la evaluación: “Derogatis Inventory of sexual functioning (DISF)”¹. A partir de los resultados se definió la modalidad interdisciplinaria del taller de sexualidad, su frecuencia y realización.

En base a la investigación realizada, se puede concluir que en Argentina no existen suficientes investigaciones de carácter longitudinal que describan como se ve afectada la dimensión sexual en personas que presenten discapacidad motora.

¹ () “Evaluación de satisfacción y desempeño sexual”. Indavere Catalina y Stefanolo Marcela. CABA, Argentina, 2010.

Marco teórico

Una discapacidad adquirida en la vida adulta ocasiona una crisis vital que abarca al sujeto y al medio ambiente donde se desenvuelve. Esta situación afecta la sexualidad, provoca una crisis de identidad y una serie de duelos que la persona deberá resolver a medida que se adecua a la nueva realidad.

La sexualidad es un impulso vital, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un importante medio de comunicación interpersonal. La sexualidad no es equivalente a la genitalidad, esta es uno más de sus componentes, junto al impulso sexual, la comunicación, los sentimientos, la comprensión, la ternura, el cariño y los contactos corporales extragenitales; es decir todo aquello referido al placer sexual. El ejercicio de la sexualidad tiene tres objetivos fundamentales: La gratificación individual, la gratificación de la pareja y la conservación de la especie.

La salud sexual implica una expresión integral, involucra aspectos biológicos, psicoafectivos y socioculturales equilibrados para el logro del placer; lo contrario puede originar una disfunción sexual. Como explica Posse F.ⁱⁱ los órganos sexuales son aquellos que funcionan fundamentalmente cuando ejercemos nuestra sexualidad. Cada milímetro de nuestro cuerpo tiene la posibilidad de ser receptor de sensaciones placenteras siempre y cuando estén inscriptas a nivel cerebral como erógenas, y se haya producido un aprendizaje por medio de la autoexploración. Es importante reconocer que todas las zonas del cuerpo, aun no siendo tradicionalmente erógenas, son factibles de sensibilizarse por medio de un aprendizaje apropiado.

En la vertiente sexual, partiendo del hecho de que todos somos personas sexuadas y de que no existe un modelo único de sexualidad, la intervención de Terapia Ocupacional se orienta a favorecer el descubrimiento y la exploración de las capacidades propias de cada individuo y a promover un reajuste sexual adaptado a los propios deseos, preferencias y posibilidades reales.

La repercusión sobre la esfera sexual que provoca la discapacidad motora permite concluir que: aunque en algunos casos la función sexual queda limitada, de ninguna manera llega a anularse, ya que la capacidad para obtener placer y bienestar y la posibilidad de mantener la comunicación con la pareja sigue presente. Es por esto que el reajuste sexual

debe contemplarse como parte de la rehabilitación integral, resaltando que la salud sexual repercute positivamente en la calidad de vida y en las relaciones interpersonales.

Objetivos del trabajo:

- Exponer un abordaje de las AVD que incluya la sexualidad de personas con discapacidad motora.
- Brindar una base teórica y científica de la intervención de Terapia Ocupacional en la sexualidad.

Objetivos del taller:

- Favorecer el autoconocimiento de la sexualidad.
- Crear un espacio grupal donde el paciente pueda compartir su experiencia, plantear inquietudes y resolver problemáticas con respecto a su sexualidad.
- Brindar asesoramiento, información y nuevas estrategias para el desempeño sexual tanto al paciente como a su pareja.
- Conformar un equipo interdisciplinario para el abordaje de la sexualidad como parte de la rehabilitación integral.
- Favorecer la exploración del nuevo cuerpo y el descubrimiento de nuevas posibilidades.
- Fomentar la comunicación con la pareja.

Se confeccionó una evaluación anónima y auto administrada para indagar sobre el nivel de interés, satisfacción y desempeño sexual antes y después de la discapacidad física. Se adjunto una segunda encuesta que indaga sobre la información que le ha sido brindada y el interés de participar en el taller de sexualidad. Las mismas fueron entregadas a personas adultas, atendidas en el Hospital de Rehabilitación “Manuel Rocca”, que presenten alguna discapacidad motora y no posean trastornos de comprensión del lenguaje escrito y oral. Sobre la base de los resultados obtenidos en las encuestas se determinó una modalidad de taller grupal, mixto, con una frecuencia semanal y duración de 1 mes por grupo. La intervención profesional es interdisciplinaria.

-
- ⁱ Bodenheimer, C., Kerrigan, A., Garber, S. y Monga, T. 2000. Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation*.
- ⁱⁱ Pose, F. 1991 “La sexualidad de las personas discapacitadas”. *ABRN Producciones Graficas*, (Buenos Aires).

Título del Trabajo:

“Supervisiones personalizadas: encuadre metodológico implementado durante etapa de formación profesional de grado en las cátedras de práctica clínica en la UNSAM”

Autores:

Lic. TO. Fraga Lorena,
Lic. TO. Fenoglio Fabiana
Lic. TO. Mulvey Maureen
Lic. TO. Rearte Gladys,
Lic. TO. Vassellati Carolina

Referente: Fenoglio Fabiana Lucía,
E-mail:fabifenoglio@yahoo.com.ar

Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento, Universidad nacional de San Martín. Argentina.

- 2011 -

“ Supervisiones personalizadas: encuadre metodológico implementado durante etapa de formación profesional de grado en las cátedras de práctica clínica en la UNSAM”

Resumen / Abstract

En la UNSAM, la **Práctica Clínica**, es el primer contacto de los alumnos con el rol profesional y el trabajo de campo. En esta etapa de la formación de grado se evidencian demandas relacionadas con: la resolución de problemas específicos, el vínculo terapéutico, desempeño en los equipos de trabajo y el espacio Institucional.

El objetivo de las cátedras es, desarrollar el perfil profesional del alumno-practicante en el contexto real de trabajo. A partir de identificar las necesidades específicas, el docente supervisor interviene acompañando el proceso de transferir y articular los conocimientos teóricos al trabajo de campo. Esta etapa de formación profesional permite vivenciar y reconocer el rol del Terapeuta Ocupacional en el marco del trabajo interdisciplinario e institucional.

La cátedra orienta al alumno a desarrollar sus capacidades, establecer un vínculo terapéutico, evaluar, planificar y desarrollar intervenciones específicas de Terapia Ocupacional en el tratamiento de pacientes con déficits en el desempeño ocupacional. Se promueve al ejercicio de la responsabilidad social de la ética profesional.

Se concibe la supervisión clínica, como un método de enseñanza en un espacio reflexivo donde el terapeuta en formación recurre a un colega de mayor experiencia, el supervisor transmite conocimientos técnicos al supervisando y ambos plantean una estrategia de tratamiento específico.

Actualmente la asignatura desarrolla un proyecto de investigación que se basa en definir la modalidad de supervisión del docente universitario y evaluar si los conocimientos otorgados por la Universidad permiten al alumno cumplir con las exigencias del rol.

La finalidad es que el profesional novel incorpore esta metodología para que sea implementada en el transcurso de su carrera profesional entendiendo la complejidad del trabajo en el campo de la salud .

**Autores: Fraga Lorena, Fenoglio Fabiana, Mulvey Maureen, Rearte Gladys,
Vassellati Carolina**

“ Supervisiones personalizadas: encuadre metodológico implementado durante etapa de formación profesional de grado en las cátedras de práctica clínica en la UNSAM”

Autores: Fraga Lorena, Fenoglio Fabiana, Mulvey Maureen, Rearte Gladys, Vassellati Carolina

La Federación Mundial de Terapia Ocupacional ha definido como una de sus normas para el reconocimiento de la Carrera de Terapia Ocupacional a nivel mundial el cumplimiento de 1000 horas reloj de práctica clínica en los diferentes campos de acción del Terapeuta Ocupacional. En la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín, las cátedras de Práctica clínica están ubicada en el sexto cuatrimestre y se subdividen en:

- Práctica clínica I: corresponde al campo de salud mental.
- Práctica clínica II: corresponde al campo de la rehabilitación física.
- Práctica clínica III: integra los campos de acción en el área de educación, laboral, geriatría, comunidad, ART, entre otros.

Los acuerdos interinstitucionales Universidad- Institución de salud se realizan a través de la Coordinación de Práctica Clínica que junto a los docentes de las asignaturas conforman el Equipo de Práctica clínica, que plantea lineamientos comunes a las tres cátedras.

En la UNSAM, la Práctica Clínica, es el primer contacto de los alumnos con el rol profesional y el trabajo de campo. En esta etapa de la formación de grado se evidencian demandas relacionadas con: la resolución de problemas específicos, el vínculo terapéutico, desempeño en los equipos de trabajo y el espacio Institucional.

El encuadre metodológico es tutorial, la supervisión grupal o individual de los alumnos permite abordar las necesidades específicas de cada Institución donde se realiza el trabajo de campo.

El objetivo de las cátedras es, desarrollar el perfil profesional del alumno-practicante en el contexto real de trabajo. A partir de identificar las necesidades específicas, el docente supervisor interviene acompañando el proceso de transferir y articular los conocimientos teóricos al trabajo de campo. Esta etapa de formación profesional permite vivenciar y reconocer el rol del Terapeuta Ocupacional en el marco del trabajo interdisciplinario e institucional.

La cátedra orienta al alumno a desarrollar sus capacidades, establecer un vínculo terapéutico, evaluar, planificar y desarrollar intervenciones específicas de Terapia Ocupacional en el

tratamiento de pacientes con déficits en el desempeño ocupacional. También se trabaja en la búsqueda bibliográfica, redacción de informes, producción y circulación de conocimiento, estimulando a la investigación.

Históricamente la Terapia Ocupacional da respuesta a las necesidades que surgen en el campo de la rehabilitación física y muy pronto encuentra un lugar en el campo de la psiquiatría, que actualmente responde según el marco de referencia al campo de la salud mental.

En estos últimos 20 años se presenta un importante crecimiento en otras áreas de la salud de la población, las más destacados son educación, geriatría, comunidad, laboral, social, cuidados paliativos, quemados entre otros.

El equipo docente debe incluir los cambios de la profesión, integrando las nuevas modalidades a la formación específica académica.

Entendemos que el encuadre de supervisión permite responder a las necesidades del futuro profesional que desde la modalidad de las asignaturas teóricas sería muy difícil acceder.

Supervisión, palabra latina que permite una visión amplificada de una cosa o situación.

Acordamos con la definición de supervisión clínica que la concibe como: “...método de enseñanza, través del cual el terapeuta en formación recurre a un colega de mayor experiencia, para presentarle el curso del proceso terapéutico llevado con su paciente, en donde el supervisor con su experiencia transmite conocimientos técnicos al supervisando en un espacio reflexivo.”

(Barbero Lucía, 1991).

La supervisión puede utilizarse como medio de control ya que implica una relación asimétrica y se tiene que abordar reconociendo que existe la evaluación o calificación como interferencia en la relación. Se apunta a lograr cambios en el paciente pero a través del fortalecimiento del profesional en su rol profesional. No es una relación terapéutica ya que se orienta a una situación de aprendizaje.

Desde nuestro lugar de docentes, afirmamos que la relación asimétrica esta dada por la experiencia profesional. Sin embargo el alumno también aporta un saber que es la vivencia y el vínculo de la situación clínica. El alumno tiende a concentrarse en la búsqueda de recetas que faciliten los tratamientos, ante esta demanda el docente debe articular el “encuentro entre dos saberes”, la experiencia del supervisor y la realidad de la clínica del alumno y a partir de este espacio de aprendizaje, ambos deben elaborar una estrategia particular y conjunta.

“ ...la supervisión se refiere a la implementación del proceso de Terapia Ocupacional por Método de enseñanza parte del estudiante, donde el supervisor es responsable por la calidad de la práctica del estudiante y por la seguridad del destinatario de la prestación” WFOT 2002

No se puede hablar de aprendizaje y de la formación de los futuros profesionales sin incluir la aplicación de las normas morales, los derechos y obligaciones de la ética profesional. Ella nos orienta en relación a lo bueno y lo malo y a la forma de relacionarnos con los pacientes, los colegas y el entorno profesional. Promueve el ejercicio de una práctica con responsabilidad social como la confidencialidad y el secreto profesional aspectos fundamentales para incluir en la formación de pregrado orientada a la ejecución del rol.

Los terapeutas ocupacionales trabajamos con personas que padecen, que sufren y es fundamental reconocer que a pesar de la profesionalidad somos vulnerables al dolor del otro y la manera de cuidar a quienes asistimos es a través de nuestro propio cuidado.

La finalidad es que el profesional novel incorpore esta metodología para que sea implementada en el transcurso de su carrera profesional.

La supervisión personalizada permite capacitar al recurso humano en formación priorizando la prestación que ofrece a la población que asiste. Para que este proceso sea eficaz el profesional debe reconocerse como un sujeto vulnerable que cotidianamente se encuentra frente al dolor de sus pares y es por eso que la supervisión de la práctica brinda una mejor calidad de vida profesional.

Bibliografía

- Alvarez Hector. 2008. " Integración y salud mental: el proyecto Aiglé ". Biblioteca de Psicología-Desclée De Brouwer. (Argentina)
- Bleger José. 1982. "Psicología de la conducta". Editorial Paidós (Buenos Aires)
- Gomez Tolón Jesús; 2000 "Terapia Ocupacional en Psiquiatría". Mira Editores. (Zaragoza-España)
- Kielhofner Gary. 2004. "Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y Aplicación". 3ª Edición . Ed. Panamericana (Argentina)
- Mellino Aldo. 2006. "Resiliencia y Subjetividad". Paidós.(Argentina)
- Paganizzi Liliana. 2007. "Terapia Ocupacional Psicosocial: escenarios clínicos y comunitarios". Editorial Polemos . (Buenos Aires-Argentina)
- Pichón Riviere Enrique. 1985. "El Proceso Grupal" Ediciones Nueva Visión. (Buenos Aires-Argentina)
- Reig Enrique. 2003. "Los Recursos Humanos". Ed. Thomson. (Argentina)
- Rocha Medeiros María. 2008. "Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social" Ediciones UNL. (Argentina)
- Saraceno Benedetto.1999. "Libertando Identidades" Te Corá Ediciones.(Brasil)
- Testa Mario. 1993. "Pensar en Salud" Lugar Editorial. (Buenos. Aires.)
- Willard/Spackman "Terapia Ocupacional". 8ª Edición .Ed. Panamericana. (Argentina)
- WFOT. 2002 "Estándares mínimos para la educación del terapeuta ocupacional"

Talentos juveniles del Gonzaga: Vinculando individuos – a la red real y virtual

Autor: Roseli Esquerdo Lopes

Carla Regina Silva.

Patrícia Leme de Oliveira Borba

Isadora Cardinali

Letícia Eduardo Carraro

Lívia Celegati Pan

Correo Electrónico: carlars@ufscar.br

Resumen

Este trabajo presenta un resumen de las acciones del Programa de Extensión Universitaria “Terapia Ocupacional en el Ámbito Social”, del Laboratorio METUIA, en relación a las actividades del proyecto “Talentos Juveniles del barrio Gonzaga”. Este programa, en curso desde el año 2000, actualmente da prioridad a las acciones dirigidas a adolescentes y jóvenes habitantes de los suburbios de São Carlos (São Paulo - Brasil), con el objetivo de captar la realidad de la juventud de grupos populares urbanos, realizar su formación académica, desarrollar investigaciones y reflexiones sobre el fomento de tecnologías de cuidado en el ámbito social, enfocado en el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo. Para tal fin, uno de los principales modos de operación de las intervenciones ha sido ofrecer Talleres de Actividades, partiendo de la actividad como elemento-medio y facilitador de las relaciones entre los jóvenes y el terapeuta ocupacional. El proyecto trabaja con la intención de promover, mejorar y divulgar las obras y los productos artístico-culturales de los adolescentes y jóvenes, realizados en los Talleres de Actividades semanalmente en un Centro de la Juventud de esta región. Se trata del uso del arte y de la cultura para promover espacios de creación y emancipación de jóvenes en situaciones de vulnerabilidad social, buscando ampliar el desarrollo de sus habilidades y posibilidades, incorporando capital cultural a la población principal, e inclusive, promoviendo la divulgación de los trabajos a través de un *Blog*. Constatamos que este nuevo recurso, junto con las demás acciones, ha ampliado el sentido de pertenencia de los jóvenes, vinculándolos como sujetos tanto en las relaciones de espacio vivido – del Taller, del Centro de la Juventud – como en las relaciones de espacio a través del acceso virtual.

Talentos juveniles del Gonzaga: Vinculando individuos – a la red real y virtual

La Terapia Ocupacional Social, que comenzó a desarrollarse en Brasil al final de la década del 70, se propone trabajar a partir de los problemas, características y necesidades concretas de su población principal, desarrollando acciones para aquellos cuyas demandas emergen de su condición de exclusión del acceso a los bienes sociales y por el agravamiento de las condiciones de vida a las que se encuentran sometidosⁱ.

Según esta propuesta, las actividades son vistas como mediadoras de relaciones múltiples, situadas en el tiempo y en el espacio socio-cultural, que se construyen en la comunicación, la experiencia y la situación vivida según las historias, prácticas sociales y valores culturales que cada persona o grupo construye, lo cual puede constituirse en instrumento de emancipación de ciudadaníaⁱⁱ. Se hace necesaria la constitución primeramente del sujeto, que desea, sueña, se expresa, crea y tiene confianza en sus capacidades, para que, de hecho, se dé la constitución de un sujeto, también, de derechos².

Con base en estos principios, el Núcleo UFSCar del Proyecto METUIA instituyó el Programa “*Terapia Ocupacional en el Ámbito Social*” (desde el año 2000), que actualmente da prioridad a las acciones dirigidas a adolescentes y jóvenes que habitan en una región periférica de São Carlos (São Paulo – Brasil), con el fin de entender la realidad de los grupos juveniles populares urbanos, realizar su formación académica, desarrollar investigaciones y reflexiones sobre el fomento de tecnologías de cuidado en el ámbito social, enfocados en el fortalecimiento de las redes sociales de apoyoⁱⁱⁱ. Para tal fin, se han llevado a cabo los Talleres de Actividades, partiendo de la actividad como elemento-medio y facilitador de las relaciones que se establecen entre los jóvenes y el terapeuta ocupacional^{iv}.

Una de las actividades llevadas a cabo es el proyecto “*Talentos Juveniles del Gonzaga*”, que propone fomentar, mejorar y divulgar las obras y los productos artístico-culturales de los adolescentes y jóvenes, realizados semanalmente en los Talleres de Actividades por el equipo de METUIA/UFSCar en un Centro de la Juventud de una región llamada “*Jardín Gonzaga*”. Se trata del uso del arte y la cultura para promover espacios de creación y emancipación de jóvenes en situaciones de vulnerabilidad social, buscando ampliar el desarrollo de sus habilidades y posibilidades, incorporando capital cultural a la

población principal, e inclusive, promoviendo la divulgación de sus trabajos^v.

El arte y los procesos creativos como herramientas para la emancipación de los individuos tienen como premisa la valorización de las acciones que fomentan la cultura como parte fundamental de la formación humana. De esa manera, se ofrecen espacios de creación y de descubrimiento de códigos culturales para un público que, por un proceso de exclusión al acceso de diversos bienes sociales, tiene escasas oportunidades para desarrollar sus potenciales, en lo que concierne a ese universo.

La participación en actividades culturales “*proporciona una ampliación de la información y del conocimiento, establece resonancias como el pulsar de la vida cultural de la ciudad, y acciona nuevas posibilidades de producción de las subjetividades*”^{vi}. El arte es la composición de la vida, o mejor, el vivir por sí solo ya es fuente de la creatividad artística^{vii}.

Fue posible observar y construir junto con el público principal, producciones artísticas en torno de la fotografía, la pintura, el dibujo, el collage, la escultura, además de las producciones literarias. Se nota la exploración de diferentes técnicas artísticas, la calificación y la “*potenciación*” del trabajo realizado, en lo que se refiere a los talentos despertados, que partieron de procesos creativos intrínsecos presentes en cada uno de esos jóvenes.

Por medio de esas actividades percibimos una tarea urgente en el sentido de ampliar el repertorio artístico cultural estos jóvenes. En suma, notamos que fomentar el arte y la cultura junto a esa población tiene un papel determinante en su aproximación de diferentes formas de expresión para comprender su realidad y las posibilidades de transformarla.

Uno de los resultados logrados fue la elaboración de un *blog*, como una estrategia más de divulgación y valorización de los productos de esos jóvenes, así como para expandir las fronteras socio-culturales del grupo de participantes. El espacio virtual hace con que las producciones reales sean potencializadas al “virtualizarse”, pues dejan de presentarse apenas en el aquí y ahora, ganando una nueva dimensión en el tiempo y espacio donde no hay límites ni fronteras. De esa manera, el espacio virtual torna posible lo que ni siempre se

Blog es la contracción de la expresión inglesa *web log*. *Log* significa diario, como diario de un capitán de barco. *Web log*, por lo tanto, es una especie de diario en la red mundial de computadores – internet – por uno o más autores regulares.

logra en el espacio real. La red mundial de computadores permite un alcance infinito en la transmisión del mensaje^{viii}, de ese modo, un *blog*, por ejemplo, puede ser visualizado y permitir diálogos/intercambios, en/con cualquier punto de la tela (*net*).

La creación de un *blog* tuvo como objetivo potencializar y divulgar las acciones y los espacios de pertenencia y vinculación de los jóvenes, estimular el trabajo de creación, experimentación, realización, y crear un apoyo para las producciones artísticas y culturales en un espacio diferente e interactivo. El espacio audiovisual propicia la comunicación y la expresión para quien, en general, es impedido de hablar, posibilitando la reconstrucción y el replanteamiento de las historias de los participantes^{ix}. Sin embargo, a partir del *blog*, fue posible constatar que los adolescentes y jóvenes, al ver sus producciones publicadas, se sorprendieron, se valorizaron y se engrandecieron; creando pertenencia a las redes como sujetos pulsantes, con derecho a la cultura; sujetos sociales y singulares.

Los registros de los contenidos del *blog* pudieron realizarse de manera participativa por los adolescentes y jóvenes con el equipo de trabajo, logrando, además de autovalorización, una reflexión acerca del papel y de los trabajos realizados a lo largo del proyecto. La elaboración del *blog* amplió el ámbito de aplicación de recursos de esa intervención de terapia ocupacional social, abriendo espacios, reales y virtuales para aquellos jóvenes; espacios de experiencias colectivas, de sociabilidad, con momentos de exploración de sus identidades y para la expresión de sus subjetividades.

Referencias bibliográficas

Barros, D. D.; Lopes, R. E.; Galheigo, S. M. 2007. Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas. In: Cavalcanti, A.; Galvão, C. (Org.). 2007. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Guanabara Koogan (Rio de Janeiro, Brasil). 347-353.

i

Galheigo, S. M. 2003. O social: idas e vindas de um campo de ação em terapia ocupacional. In: Pádua, M.M.; Magalhães, L.V. (Org.). 2003. Terapia Ocupacional: teoria e prática. Papirus: (Campinas, Brasil). 29-46.

ii

Barros, D.D.; Ghirardi, M.I.G.; Lopes, R.E. 2002. Terapia ocupacional social. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo 13, 3: 95-103.

iii

Lopes, R. E. *et al.* 2010. Educação profissional, pesquisa e aprendizagem no território: notas sobre a experiência de formação de terapeutas ocupacionais. O Mundo da Saúde 34, 2: 140-147.

iv

Lopes, R. E. *et al.* 2009. Oficinas de atividades com jovens da escola pública: criação de metodologias participativas pautadas pela noção de cidadania. Anais do IV Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. (Dourados, Brasil): Universidade Federal da Grande Dourados 1: 1-12.

v

Silva, C. R.; Lopes, R. E. 2009. Talentos juvenis do Gonzaga. Atividade de extensão universitária. Laboratório METUIA: Departamento de Terapia Ocupacional: Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar.

vi

Castro, E. D.; Silva, D. M. 2007. Atos e fatos de cultura: territórios das práticas, interdisciplinaridade e as ações na interface da arte e promoção da saúde. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo 18, 3: 102-112.

vii

Ostrower, F. 1995. Acasos e criação artística. Campus (Rio de Janeiro, Brasil).

viii

Filho, P. A. 2008. Educação e a cultura da informática. Revista Eletrônica de Educação 2, 1: 43-58.

ix

Santos, M. H. 2007. Audiovisual e imagens em movimento. In: Park, M. B.; Fernandes, R. S.; Carnicel, A. (Org.). 2007. Palavras-chave em educação não-formal. Editora Setembro; (Campinas, Brasil), 69-70.

Título: “TALLER DE CINE: DISPOSITIVO GRUPAL DE INTERVENCIÓN CON JÓVENES. CONSTRUCCIÓN DE TRAMAS NARRATIVAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS.”

Co- Autoras: Benassi, Julia -Licenciada en T.O.-

Fraile, Maria Emilia -T.O.-

Electrónico: juliabenassi@yahoo.com.ar

Electrónico: emiliafraile@hotmail.com

Resumen:

El trabajo se desarrolla a partir de una experiencia transitada con un grupo de jóvenes, en nuestra práctica profesional actual.

El objetivo del escrito es explorar algunas ideas en torno a la apropiación de los bienes culturales en la dinámica de la constitución identitaria, atendiendo fundamentalmente a la elaboración de tramas narrativas. Analizaremos los fundamentos de esta propuesta grupal teniendo en cuenta tanto la composición de narrativas autobiográficas como la producción de relatos de ficción.

Consideramos el recurso audiovisual como una mediación privilegiada para hacer visibles las diferencias singulares, el propio gesto de producción, sus devenires y enlaces a una trama compartida: el colectivo taller cine.

Este trabajo nos permite revisar los procesos de construcción de significaciones y sentidos, materializados en una producción fílmica que evidencia recorridos. En el taller se configuran modos de compartir con otros: el grupo y los circuitos de espectadores en los que el producto audiovisual ingresa. Al mismo tiempo, este espacio opera como alternativa para la *comprensión de sí*, desde el *bucle* que dibuja la imagen puesta en movimiento que al tiempo que representa posibilita distancia.

Introducción

El propósito de este trabajo es explorar algunas ideas en torno a la construcción de relatos individuales y colectivos y sus relaciones con la constitución identitaria. Tomamos como referencia una experiencia de nuestra práctica profesional, el dispositivo grupal: taller de Cine. Esta propuesta está destinada a la atención de jóvenes, en el campo de la salud mental.

Se realizarán aproximaciones en cuanto a las posibilidades y los alcances de una propuesta en donde se pone en juego la elaboración de diferentes tramas narrativas. Se toma como eje que organiza el trabajo el concepto de identidad narrativa.

Desarrollo del trabajo

“El mundo de la ficción es un laboratorio de formas en el que ensayamos configuraciones posibles de la acción”. Paul Ricoeur

Pensamos que la realización de los cortometrajes, en esta experiencia grupal con jóvenes, se plantea como posibilidad para generar un espacio de apropiación del capital cultural. Las diferentes instancias del proceso de producción cinematográfica (por ej: conocer y distinguir géneros, trabajar sobre el armado del guión y la composición de las historias o en la elaboración de diferentes tramas argumentativas, la actuación, el tratamiento de la imagen, etc) pueden resultar una ocasión para acercarse y/o animarse a descubrir algo diferente o desconocido. Cuando la ficción es el género elegido, en general se promueve intencionalmente la emergencia de sentidos inéditos que permitan a los jóvenes generar otras narrativas, aunque en realidad sea imposible anticipar los efectos de una propuesta.

Si tomamos la metáfora de las subjetividades de geografías recortadas, a la que alude Efrón¹, podríamos afirmar aquí que este es un intento destinado a ampliar las latitudes de las configuraciones subjetivas, para introducir otras referencias en los mapas ya bosquejados o para acceder a otros territorios. Se deberá tener en cuenta, por un lado, que la composición de una narración ficcional admite y requiere que se combinen múltiples posibilidades mediante la potencia de la imaginación. Y por otro, exige una toma de posición, ya que quien está involucrado en un proceso de construcción de un relato revela, de algún modo, desde donde se constituye su mirada. La versión que se elige contar, otorga una posición al autor. Por lo tanto, estos espacios de producción cultural se presentan como lugares privilegiados desde donde ensayar distintas perspectivas o modos de relacionarse con el mundo y con los otros.

En estas experiencias en particular, es pertinente retomar lo expuesto por Kantor² cuando sugiere que en estas apuestas no se está negando una realidad sino poniéndola momentáneamente entre paréntesis. La propuesta permite a los jóvenes ligarse con otros desde una producción cultural, donde no se ilustra la pobreza, la marginalidad, la discapacidad o la locura, que pueden signar fuertemente la vida de estos jóvenes, sino que se realiza un esfuerzo para que estos contenidos más inmediatos –que muchas veces se presentan con insistencia- queden por el momento suspendidos para dar lugar a la aparición de alguna

¹ EFRÓN, Rubén: “Arbitrariedades punitivas. Subjetividades de la esquina” en FRIGERIO, G. y DIKER, G (comps), *Infancias y adolescencias. Teorías y experiencias en el borde. La educación discute la noción de destino*. CEM/NOVEDUC Bs. As., 2003.

² KANTOR, DÉBORA, *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*, Del Estante Editorial, Bs. As., 2008.

novedad. No se trata de documentar aquello que los signa todos los días, sino dar la chance de que algo nuevo, junto a otros, se produzca.

Las identidades narrativas. Tramas individuales y colectivas

Paul Ricoeur sugiere repensar aquello que une y entrelaza a la historia y a la ficción. El producto de este entrecruzamiento será enunciado como un frágil vástago: las identidades narrativas³. El autor sostiene que la historia de una vida es refigurada constantemente por las historias verídicas o de ficción que un sujeto cuenta sobre sí mismo. Por lo tanto, esta refiguración continua hace de la propia vida un tejido de historias narradas.

El proceso de elaboración de las diferentes tramas narrativas es un trabajo de construcción y de síntesis entre diversos elementos que hacen referencia a la acción humana, y que se presentan como heterogéneos y discordantes en la experiencia diaria. Es por esto que Ricoeur, destacará particularmente este proceso en términos de composición de los relatos.

La identidad es presentada por el autor como una categoría de la práctica, ya que responde a la pregunta: ¿quién ha hecho esta acción?, ¿quién es su agente o autor? Ricoeur retoma a Hanna Arendt para afirmar que se responde a la pregunta del quién, contando la historia de una vida, por lo tanto, la respuesta a estos interrogantes sólo puede ser narrativa⁴.

El autor aclara que la identidad narrativa se le puede atribuir tanto a un individuo como a una comunidad, marcando que las mismas se constituyen a través de recibir y reconfigurar relatos que se convertirán en su historia efectiva⁵. La mediación narrativa, entonces, permite que sea posible elaborar y reescribir, a lo largo de la vida, diferentes tramas. Es por eso que el individuo o la comunidad aparecen, al mismo tiempo, como escritores y lectores de su propia historia, ya que el sentido de sus acciones sólo les resultará comprensible a través de la lectura de la misma. El acto que permite que el individuo o la comunidad se comprendan a sí mismos a través de la narración, es el mismo a partir del cual éstos construyen su identidad narrativa, que hace posible, a la vez, la dimensión temporal⁶.

³ RICOEUR, P: *Tiempo y narración. El tiempo narrado*, Vol III, Siglo veintiuno, México, 1996. p. 997.

⁴ ARFUCH, L: *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Fondo de Cultura Económica, Bs. As., 2010, 3era reedición, cap III La vida como narración, p.p. 87-115.

⁵ Cfr.: ARFUCH, L: *Op. cit.*, p.27. “El contar una (la propia) historia no será entonces simplemente un intento de atrapar la referencialidad de algo “sucedido”, acuñado como huella en la memoria, sino que es constitutivo de la dinámica misma de la identidad: es siempre a partir de un “ahora” que cobra sentido un pasado, correlación siempre diferente y -diferida- sujeta a los avatares de la enunciación. Historia no es sino la reconfiguración constante de historias, divergentes, superpuestas, de las cuales ninguna puede aspirar a la mayor “representatividad”.

⁶ RICOEUR, P: *Narratividad, fenomenología...*, *Op. cit.*, p. 190. “[E]l carácter común de la experiencia humana, señalado, articulado y aclarado por el acto de narrar en todas sus formas, es su *carácter temporal*. Todo lo que se cuenta sucede en el tiempo, arraiga en el mismo, se desarrolla temporalmente; y lo que se desarrolla en el tiempo puede narrarse. Incluso cabe la posibilidad de que todo proceso temporal sólo se reconozca como tal en la medida en que pueda narrarse de un modo o de otro”.

Si como plantea Ricoeur, la temporalidad, así como la propia experiencia, sólo pueden configurarse en el relato, el valor de la narrativa en nuestro campo de intervención reside justamente en su posibilidad de “dar cuenta de los procesos de autocreación, de las tramas de sociabilidad, de la experiencia histórica, situada, de los sujetos, en definitiva, de la constitución de identidades, individuales y colectivas⁷”.

Consideraciones finales

El recurso audiovisual en la construcción de relatos.

El taller de cine oficia como dispositivo de escritura y lectura, en otras palabras, como dispositivo de comprensión de sí, de construcción de identidad narrativa, y en tal sentido, composición de experiencias. Si no hay temporalidad sin relatos, podríamos entonces suponer que no hay creación en tiempo presente. La identidad como construcción narrativa se crea en un juego de desplazamientos temporales (lo que hubiese sido, lo que podría ser, lo que fue).

Representar algo de la propia historia, implica generar un espacio entre lo vivido y lo que se cuenta; en otro escenario, con otros actores, aunque aparentemente se presente como una repetición. La escritura de un relato sobre sí mismo supone necesariamente la ficcionalización. El recorte fílmico, como otros relatos posibles, es siempre una ficción: creamos una ficción, y con la ficción, recreamos lo real.

Referencias bibliográficas

- ARFUCH, L, 2005. “Problemáticas de la identidad”. En ARFUCH, L. (comp.): *Identidades, sujetos y subjetividades*, Prometeo, Bs. As.
- ARFUCH, L, 2010. “El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea”. Fondo de Cultura Económica, Bs. As., 3era reedición, cap III La vida como narración, p.p. 87-115.
- EFRÓN, R, 2003. “Arbitrariedades punitivas. Subjetividades de la esquina” en FRIGERIO, G. y DIKER, G (comps), *Infancias y adolescencias. Teorías y experiencias en el borde. La educación discute la noción de destino*. CEM/NOVEDUC Bs. As.
- KANTOR, DÉBORA, 2008. “Variaciones para educar adolescentes y jóvenes”, Del Estante Editorial, Bs. As.

⁷ ARFUCH, L: *Problemáticas de la identidad. Identidades, sujetos y subjetividades*, Prometeo, Bs. As., 2005. p 26

- RICOEUR, P, 2000. “Narratividad, fenomenología y hermenéutica”. Revista Análisi, N° 25,
- RICOEUR, P, 1996. “Tiempo y narración. El tiempo narrado”, Vol III, Siglo veintiuno, México.

Este trabajo retoma ideas expuestas en la presentación “LA CONSTRUCCIÓN NARRATIVA COMO CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES” en Co-autoría por Benassi, Julia y Fraile, Ma. Emilia expuesto en las XIX Jornadas Nacionales RUEDES (Red de Cátedras y Carreras de Educación Especial de las Universidades Nacionales) y XIII Jornadas RECCES (Red de Estudiantes de Cátedras y Carreras de Educación Especial) Educación Especial: encuentros y desencuentros en los discursos y las prácticas. Septiembre de 2010. San Martín (Bs. As.)

“Taller de Educación Sexual y Reproductiva: una experiencia comunitaria desde Terapia Ocupacional”

Autores

- Lic. Erezuma, Maite A. E-mail: maiteerezuma@hotmail.com
- Lic. Russo, Marisol E-mail: russo_marisol@hotmail.com

Resumen

Esta experiencia esta basada en la realización de una práctica comunitaria de Terapia Ocupacional. Se llevo a cabo el Taller de Educación sexual y reproductiva en la Fundación FiloVitae de Quilmes, el cual fue dirigido a un grupo de adolescentes de entre 13 y 16 años en riesgo social. Para llevarlo a cabo se utilizó la filosofía de Terapia Ocupacional, junto con la teoría formal de “Educación Popular” de Paulo Freire. Nuestro principal objetivo planteado se basó en promover actores que propicien el derecho a la salud sexual y reproductiva, enfatizando el desarrollo de la conciencia crítica en cada uno de los participantes. Para ello generamos un proceso de construcción colectiva de conocimiento sexual y reproductivo articulando éstos con su vida cotidiana. Asimismo, debido a las características del grupo, desde Terapia Ocupacional se trabajo no solo la temática principal sino también las problemáticas adyacentes relacionadas con intereses, motivación, responsabilidad, valores, roles y hábitos. Los resultados del taller superaron los objetivos planteados y fortaleció nuestra visión acerca de que se puede “hacer” Terapia Ocupacional en la Comunidad sin la necesidad de estructurarnos dentro de un marco de referencia teórico específico.

“Taller de Educación Sexual y Reproductiva: una experiencia comunitaria desde Terapia Ocupacional”

Queremos compartir esta experiencia de haber realizado una práctica comunitaria, en la cual pudimos desarrollar un Taller de Educación Sexual y Reproductiva, utilizando la filosofía de Terapia Ocupacional, con una metodología y estrategias específicas.

La idea surgió cuando iniciamos la Práctica Profesional Comunitaria, al conocer al grupo de adolescentes con cual íbamos a llevar a cabo la misma. Nuestro objetivo era poder articular la teoría con la práctica, porque sabemos que ambas van de la mano, y que sin una de ellas los conceptos y contenidos que queríamos trabajar no iban a ser internalizados. Es por ello que decidimos utilizar ejes transversales en conjunto con el Taller.

Lo importante de compartir nuestra vivencia, es que se puede “hacer” Terapia Ocupacional sin la necesidad de encasillarnos dentro de un marco teórico específico de nuestra profesión.

A continuación les comentaremos nuestra experiencia:

El Taller se llevo a cabo en la Fundación Filovitae. La misma es una organización sin fines de lucro que desarrolla un Programa llamado “Filochicos” el cual tiene como objetivo brindar un andamiaje en alimentación, higiene, apoyo escolar, contención psicológica y afectiva atenuando las carencias de la población de entre 6 y 12 años de los barrios aledaños a la institución, en la localidad de Quilmes.

El programa comenzó a desarrollarse hace 10 años; en el transcurso de éstos algunos chicos que superaban la edad decidieron dejar la institución y otros continuaron. La fundación ofreció cubrir las aéreas de alimentación, higiene, contención psicológica y afectiva pero no tenían aún planificadas actividades o talleres programados. Gracias a esta posibilidad se ha formado un nuevo grupo de 8 participantes entre 13 y 16 años.

Nuestro contacto con la Fundación se presenta bajo la supervisión de la Lic. Polinelli Silvia para desarrollar la Práctica Profesional N°VI de la Carrera de Lic. Terapia Ocupacional dictada en la Universidad Nacional de Quilmes.

En una primera etapa nos acercamos a este grupo con el fin de identificar las necesidades que ellos revelaban facilitando un contexto de libertad de expresión con participación activa. El mismo se mostraba desorganizado para iniciar la actividad, expresaban una actitud defensiva, hablaban todos al mismo tiempo, manifestaban rechazo a pensar y sufrían diversas interrupciones de terceros las cuales alteraban aun más al grupo. Luego de haber visualizado diferentes problemáticas surge el “Taller de educación sexual y reproductiva” como el contenido más apremiante.

En ese primer encuentro visualizamos que el “Taller de Educación Sexual y Reproductiva” era un instrumento con el cual podríamos llevar a cabo diferentes

necesidades atravesadas en ellos como ser intereses, motivación, responsabilidad, valores, roles y hábitos.

Es por eso que decidimos abordar la problemática de salud sexual y reproductiva de forma horizontal y las problemáticas antes detalladas de forma transversal en cada uno de los encuentros. Pensando a esta aportación transversal funcionando como sinergia con el tema principal del taller.

Nuestras prioridades fueron fortalecer el concepto de sujeto de derecho en cada uno de los participantes, mediante un abanico de posibilidades, apoyándonos en el desarrollo de la conciencia crítica. Construir cuales son los derechos y obligaciones de cada ciudadano y así favorecer la libre elección de acuerdo con dichos parámetros. Maximizando a largo plazo la autogestión y un rol activo en el cuidado y preservación de su salud.

El objetivo principal del Taller fue promover actores que propicien el derecho a la salud sexual y reproductiva.

El desarrollo del Taller se centra en la metodología “Educación comunitaria en salud”. El mismo sienta las bases en la Atención primaria de la salud ofreciendo soluciones holísticas. De este modo está dirigida a obtener la participación de los adolescentes para actuar en beneficio de su propia salud involucrándose desde la identificación de sus problemas y selección de sus prioridades hasta la ejecución y evaluación de las actividades.

Asimismo se realizó la intervención del Taller basándonos en la teoría de “Educación Popular” de Paulo Freire, enfatizando el desarrollo de la conciencia crítica en cada uno de los participantes. Esto lo logramos mediante estrategias tales como “aprender haciendo”, con trabajo cooperativo, relacionar la práctica y la teoría, permitiendo a los participantes expresar sus experiencias o ideas y apoyar un proceso de reflexión, con el método de empezar hablando “en el idioma” de los participantes. Esta teoría permitió la horizontalidad del conocimiento de cada uno ya que está orientada en la producción y no solo en la transmisión de conocimientos, desarrollando una educación con libertad, rechazando jerarquías entre educadores que saben y estudiantes que tienen que aprender, estimular el gusto por la curiosidad (ya que es el motor fundamental del proceso de construcción), estimular el hábito de preguntar sobre la realidad y planeamiento participativo.

El taller se desarrolló con estrategias lúdicas grupales para maximizar una verdadera participación popular. El trabajo grupal maximizó el resultado terapéutico de

los sujetos, fomentó la participación de todos los miembros, gestó un clima de libertad y comunicación, y posibilitó la capacidad creativa y reparadora.

Evaluamos el Taller mediante la evaluación de los 8 participantes (escrita individual y grupal) y nuestra observación. Los resultados de ambas cumplen y superar los objetivos planteados. No solo se evidencian en la demanda de futuros talleres mediante la misma metodología, sino también en la participación activa, el compromiso, motivación y responsabilidad que mostraron cada uno de ellos para con el taller.

Bibliografía

- Argullo Marcela, Burgos Roberto, 2010, Jornadas de capacitación docente con orientación en salud, Hospital Pte. Perón- Avellaneda.
- Carballeda Alfredo F, 1991, La intervención de lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales, Editorial Paidos, Buenos Aires.
- Freire Paulo, 2002, Educación y cambio, colección: debates del tercer milenio, Buenos Aires, Argentina.
- Nirenberg Olga, 2000, Evaluar para transformar, capítulo 1, 2, y 3. Edición Paidos, Barcelona.
- Polinelli Silvia, 2010, apuntes Práctica Profesional VI de licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes.
- Videla Mirta, marzo 1991, Intervención psicológica en salud comunitaria, capítulo VI, colección texto y contexto, ediciones cinco.
- Zamberlin Nina, 2010, Tu cuerpo, Tu salud, Tus derechos: Guía sobre salud sexual y reproductiva, segunda edición, Fondo de Población de Naciones Unidas, Buenos Aires.

Agradecimientos

- Grupo de adolescentes que participaron del Taller
 - Fundación Filovitae
 - Lic. Polinelli Silvia
 - Nuestras familias
 - Amigos

Talleres para la Tercera Edad y Envejecimiento Activo

Autores: Dr. Héctor Ganso. hganso@unq.edu.ar

Lic. María Laura Finauri. mlfinauri@unq.edu.ar

Lic. Silvia Elena Berezin. sberezin@unq.edu.ar

Resumen:

Los Talleres para la Tercera Edad contribuyen a conseguir el Envejecimiento Activo, de un grupo poblacional con importante impacto demográfico; teniendo en cuenta que la población mayor de 60 años, se estima que del año 2002 al año 2050 , aumentará de 600 millones a casi 2.000 millones.

Acorde a las preferencias individuales , se puede concurrir a Talleres de Estimulación de la memoria, Danzaterapia, Dibujo y pintura, Literario, Promoción ,prevención de salud y turismo accesible, Movimiento, Radio, Teatro, Narración oral, Coro, coordinados por docentes de la carrera de Licenciatura en Terapia ocupacional y la participación de alumnos de la carrera, supervisada por los docentes. En el desarrollo del trabajo se exponen los objetivos de cada Taller y la evolución de la asistencia a los mismos en la última década.

Objetivo: evidenciar cómo los Talleres para la Tercera Edad que funcionan en la UNQ, contribuyen a que las personas de este grupo etario continúen realizando actividades que sean de su interés, sin detenerse a pensar que la jubilación es un pasaje a la inactividad.

Hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de aprendizaje, salud, participación y seguridad.

La Organización Mundial de la Salud utiliza el término «envejecimiento activo» para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

Resultados: El aprendizaje se puede dar a lo largo de la vida y lograr así la formación permanente.

Dictar este tipo de Talleres ofrece y le otorga a la persona Adulta Mayor sentido de bienestar y satisfacción; mantenimiento de capacidades de aprendizaje.

El aprendizaje de nuevas actividades o actividades conocidas por los Adultos Mayores le ofrece una forma de vincularse con el entorno social. Saber que el estar activo incrementa la salud de la persona Adulta Mayor. Realizar actividades que promuevan el desarrollo de las áreas motoras, cognitivas, sensoperceptivas, intrapersonales e interpersonales

Introducción.

La tercera edad y su impacto demográfico

Estamos en el inicio de un fenómeno poblacional que está trastocando las estructuras demográficas y que tiene amplias repercusiones sociales, económicas y culturales. Se trata de una revolución silenciosa que avanzará a lo largo del siglo XXI y demanda cambios importantes en nuestra sociedad respecto al grupo de población protagonista: **las personas mayores.**

Actualmente la mayoría de las personas ancianas, alrededor del 70 por ciento, viven en países en vías de desarrollo. Estas cifras continuarán aumentando a un ritmo rápido. En el año 2002, casi 400 millones de personas mayores de 60 años vivían en el mundo en vías de desarrollo.

Para 2025, esta cifra se habrá incrementado hasta aproximadamente 840 millones, lo que representa el 70 por ciento de todas las personas mayores del mundo.

Mientras que los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer, los países en vías de desarrollo están envejeciendo antes de que se produzca un aumento considerable de la riqueza (Kalache y Keller, 2000). (1)

Tercera edad y envejecimiento activo.

Envejecimiento activo: entendido como un proceso en el cual los adultos mayores o personas de la tercera edad (65 años y más) continúan realizando actividades que sean de su interés, sin detenerse a pensar que la jubilación es un pasaje a la inactividad.. Seguir siendo activo físicamente, permanecer activo social y mentalmente, participar en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales, y educativas. El envejecimiento activo se sitúa en la base del reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores de independencia, participación, dignidad, atención y auto-desarrollo. Este envejecimiento activo se presenta a partir del momento en que el adulto mayor se propone objetivos en esta etapa de la vida, tanto para desarrollar en su hogar, como para desarrollar fuera de su hogar. (2)

A diferencia de épocas anteriores, empieza a reconocerse la situación de la jubilación como un tiempo en el que es posible introducir cambios en la vida, comenzar a desarrollar nuevos proyectos, cuidar la salud física y mental, disfrutar de iniciativas que no habían podido ser exploradas en el itinerario de la vida adulta..., en definitiva, generar un proceso sólido de independencia que ayude a vivir de acuerdo a las preferencias personales, (2)

Si hay roles que se fueron perdiendo luego de la jubilación, es momento de adquirir nuevos roles en la sociedad, participando en diferentes actividades que sean del agrado del adulto mayor. En los Talleres para los Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Quilmes se llevan a cabo actividades para esta franja de población, teniendo en cuenta sus intereses y motivaciones, para contribuir a un envejecimiento satisfactorio.

Metodología: se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, referido a los Talleres para la Tercera Edad que se realizan en la Universidad Nacional de Quilmes, desde el año 1999 hasta la actualidad, como proyecto presentado y aprobado por la Secretaría de Extensión Universitaria y el aval de la Carrera de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, como actividad de transferencia hacia la comunidad.

Desarrollo-

Talleres para la Tercera edad.

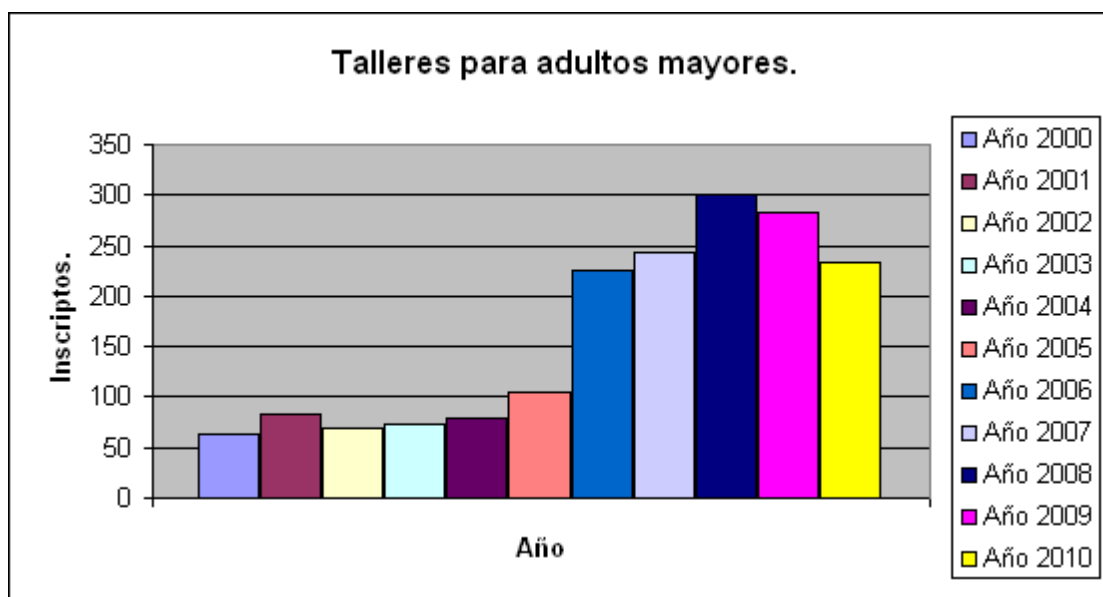
Los Talleres surgen por iniciativa de la por en ese momento, Directora de la Carrera (Profesora Marta Sutter) y algunos docentes, quienes comprendieron la necesidad del adulto mayor de tener un espacio donde poder brindarles un espacio para continuar con uno de los pilares de la educación: el aprendizaje a lo largo de la vida, sin barreras de edad y por otro lado conseguir la integración de la población de la tercera edad. Con el transcurso de los años se fueron organizando nuevos Talleres, en respuesta a la demanda. En la Universidad no funcionan otros talleres para otros grupos etáreos.

La difusión se realizó en el primer año, por medio de la Secretaría de Extensión, por medios gráficos, pero el incremento de la demanda de los participantes, reflejada en el cuadro que se muestra, se logró por el "boca a boca", los primeros participantes fueron la mejor forma de hacer conocer la existencia de los mencionados Talleres y de esa forma ir aumentando progresivamente la concurrencia a los mismos.

La población que concurre a los mismos muestra un neto predominio del sexo femenino (97%), con un promedio de edad de 74 años.

La duración es cuatrimestral, un 20%, concurre a mas de uno. Al término de los mismos se realiza una encuesta anónima, con resultados hasta el momento altamente satisfactorios, no hemos tenido opiniones negativas, por lo contrario, sugerencias para la creación de otros, que se fueron cumpliendo, acorde a las posibilidades de los organizadores.

Desde el momento en que un adulto mayor decide inscribirse en uno de los Talleres de la UNQ ,contribuimos al envejecimiento activo, ya que la persona piensa en sí misma y en continuar con nuevas inquietudes o inquietudes que ya existían y que no se podían concretar. El aumento de inscriptos en los distintos Talleres en la última década es significativo, un 77,65%, evidenciado en el siguiente gráfico:



Los Talleres están coordinados por docentes de la carrera de la Licenciatura en Terapia Ocupacional con participación de alumnos que cursan la Práctica Profesional II.

A continuación se exponen, de manera resumida, los diferentes Talleres y los objetivos que persiguen cada uno:

TALLER DE: 1) ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA: Adquirir habilidades en la resolución de ejercicios cognitivos. Ejercicios para reactivar la memoria; ejercicios de concentración;

ejercicios para mejorar la atención. Proponer actividades significativas para los Adultos Mayores.

2) **DE DANZATERAPIA:** Tomar conciencia del cuerpo. Desarrollar el equilibrio. Lograr una progresiva sensibilización a través de la música. Poder expresar con el cuerpo ideas y sentimientos.

3) **DE DIBUJO Y PINTURA:** Desarrollar la percepción . Manejar diferentes elementos y materiales para dibujar y pintar. Ejercitarse en la copia de objetos, elementos diversos. Aprender perspectiva.

4) **LITERARIO:** Leer e interpretar diferentes géneros literarios. Escribir y seleccionar: narrativa, poesía, ciencia ficción. Participar de cine debate

5) **DE MOVIMIENTO:** Llevar a cabo actividad física acorde con la edad de las personas mayores. Mantener los intereses de los adultos mayores en estas actividades de movimiento.

6) **DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TURISMO ACCESIBLE EN LA TERCERA EDAD:** Brindar conocimientos accesibles sobre un grupo de enfermedades frecuentes en los adultos mayores. Reconocer la importancia de la prevención, en salud o enfermedad. Saber de la importancia del Turismo Accesible y sus ventajas sobre la salud. Conocer la legislación vigente, su rol en el logro de una verdadera integración física, funcional y social.

7) **DE RADIO:** Fomentar el trabajo grupal. Fomentar la expresión teatral de los adultos mayores puesta en escena a través de los radioteatros. Fomentar la participación en actividades interdisciplinarias.

8) **DE TEATRO:** Ejercitarse en obras de teatro de pocos actos. Aprender a desplazarse en el escenario. Desarrollar la atención, memoria. Aprender a gesticular, vocalizar. Ejercitar un lenguaje adecuado al interpretar la obra de teatro.

9) **DE NARRACIÓN ORAL:** Fomentar la confianza en la propia oralidad. Hablar y saber escuchar. Otorgar a cada uno la misma posibilidad para narrar.

10) **DE CORO:** Realizar ejercicios de respiración y relajación. Realizar técnicas de vocalización. Participar en la elección del repertorio de canciones. Cantar en el auditorium a fin de año.

Conclusión.

Con los Talleres para la Tercera Edad se ha creado un espacio dentro de la Universidad Nacional de Quilmes para llevar a cabo actividades que están dirigidas a lograr un envejecimiento activo y saludable en las personas Adultas Mayores; a promover su integración social .El aprendizaje de nuevas actividades o actividades conocidas por los Adultos Mayores le ofrece una forma de vincularse con el entorno social. Saber que el estar activo incrementa la salud de la persona Adulta Mayor. Realizar actividades que promuevan el desarrollo de las áreas motoras, cognitivas, sensoperceptivas, intrapersonales e interpersonales en los Adultos Mayores.

Un espacio para que el aprendizaje se puede dar a lo largo de la vida y lograr así la formación permanente, sin limitación de edades, con el fin de que la persona mejore sus competencias y que disponga de más oportunidades para optimizarlas y utilizarlas.

En todos los países, y sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas ancianas sigan sanas y activas son, más que un lujo, una auténtica necesidad. (1)

Bibliografía.

1-OMS.Departamento de Prevención de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud.Envejecimiento y ciclo vital. 2002-“Envejecimiento activo: un marco político”- Revista Española de Geriatria- Gerontología- N° 37- Pág.76-80- 95-97

2-Ministerio de Sanidad y Protección Social. Instituto de Mayores y Servicios Sociales- 2010-“Libro Blanco de Envejecimiento Activo- Temas para el debate- “Madrid-Pag 12-18- 63--

3-Aguirre, Rafael; Di Santo Silvia-2002- "Turismo para todos: Manual de pautas de calidad de atención para personas con capacidades restringidas"-Argentina-Buenos Aires-Agencia periodística CID- pág 2 a 12.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE EN EL ÁREA INVESTIGACIÓN DE LA LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Autor: Fernández , Verónica Anahí

Xifra, Maria Julia

Resumen:

La difusión de las tecnologías de la comunicación o tecnologías interactivas ha producido cambios cuantitativos y cualitativos en la enseñanza superior. El e-learning es el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para generar, divulgar y administrar contenidos educativos. Entre ellas, Claroline es una plataforma de aprendizaje y trabajo virtual, de software libre y código abierto para la administración de cursos. El objetivo del estudio fue describir el uso de la plataforma educativa Claroline por los estudiantes de la asignatura Técnicas de Investigación Social de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata durante los años 2009 y 2010. Con un diseño no experimental descriptivo transversal, el equipo docente utilizó la herramienta “estadística” facilitada por Claroline para recopilar datos que luego se analizaron sobre las variables: cantidad de ingresos al curso, cantidad de accesos a las otras herramientas (anuncios, documentos y enlaces, ejercicios, tareas y foros). Los hallazgos ponen en evidencia, en general, un uso satisfactorio de las TIC por parte de docentes y alumnos, facilitando la comunicación, el acceso a información actualizada, la gestión docente, el seguimiento de la trayectoria de aprendizaje y promoviendo el autoaprendizaje de los estudiantes.

Introducción

El aumento de los bienes culturales electrónicos (internet, televisión por cable, videos, etc.) y la difusión de las tecnologías de la comunicación o tecnologías interactivas, han producido cambios cuantitativos y cualitativos en la enseñanza superior particularmente en el aprendizaje individual y en los programas de educación a distancia. El desarrollo de nuevas tecnologías de la información produjo un cambio en la concepción del tiempo y el espacio. Al trascender las fronteras, el espacio se ve modificado, produciendo un acercamiento de las personas y los acontecimientos. El tiempo también se ve alterado, adquiriendo instantaneidad propiciada por las modalidades on-line, reemplazando los encuentros cara a cara o absolutamente presenciales como en décadas anteriores. Ante esto las universidades han respondido de manera diferente, algunas han incorporado rápidamente las nuevas tecnologías mientras que otras han presentado mayor resistencia.

La aparición de internet ha influido en la sociedad en general, desde la invención de la imprenta en el siglo XV, por Gutenberg, ningún invento había generado un potencial tan grande para cambiar la interacción entre las personas. Se ha configurado un nuevo paradigma en el proceso de enseñanza aprendizaje, donde el docente adquiere un nuevo rol de orientador y facilitador, mediante las oportunidades de formación virtual que está usufructuando el estudiante. El desarrollo de cursos a distancia y la implementación de plataformas educativas como recurso pedagógico, es decir, las dos modalidades de e-learning, a saber puro o blended learning, evidencian este nuevo paradigma. (1)(2)

Artículos publicados sobre la implementación de plataformas educativas en la formación de terapeutas ocupacionales ponen en evidencia el grado satisfactorio del uso de este recurso pedagógico. Por ejemplo un estudio realizado por docentes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Canadá evaluaron el impacto significativo del aprendizaje, utilizando como medio la web, la clase cara a cara de estudiante y docente, el uso de la tecnología por parte del estudiante y por parte del graduado. Concluyeron que el docente debe adoptar la tecnología lentamente y que por medio de la misma se puede estimular la discusión, favoreciendo la socialización del estudiante, obteniendo satisfacción y resultados positivos. También se pudo visualizar cómo el estudiante pudo obtener evidencia en la revisión de los temas, utilizando la web especialmente en el área de investigación, reforzando la interacción entre docente y estudiante, obteniendo dirección y orden en el aprendizaje y a la vez aprendiendo a utilizar programas implementados por Terapeutas Ocupacionales. (3)

Otro estudio realizado en la Universidad de Canadá tuvo como propósito evaluar las experiencias de aprendizaje de 42 estudiantes de Terapia Ocupacional utilizando aprendizaje virtual durante un período de 6 meses. Los resultados fueron favorables, los estudiantes disfrutaron los temas y surgiendo discusiones por la articulación de los mismos en la web, reflejándose también los diferentes niveles de aprendizajes virtuales. Las conclusiones apuntaron a que la participación en la web es muy beneficiosa para el aprendizaje del estudiante, mejora la autonomía y estimula el pensar en la educación superior, el objetivo es apoyar al estudiante durante el aprendizaje. (4)

El e-learning puede definirse como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para generar, divulgar y administrar contenidos educativos. Las últimas tendencias marcan que el contenido educativo en formato digital transcurra por la web. Por esta razón podría decirse que el e-learning es el uso de tecnología informática asociada específicamente a la web, en donde el alumno puede interactuar con un contenido educativo, el docente interactúa con el alumno, y todo esto a través de una plataforma implementada a través de Internet, específicamente de la web. El territorio virtual de la comunidad y los reservorios de información están establecidos y definidos por el campus virtual (sitio web). Surgen, naturalmente, formas de gobierno al establecerse las reglas de participación en el grupo y las normas referentes al proceso de aprendizaje.

El e-learning puede clasificarse teniendo en cuenta diversos criterios. Un criterio estaría establecido según la presencialidad donde podemos distinguir el e-learning puro versus el blended learning o e-learning mixto; una combinación entre lo virtual y lo presencial. En el blended learning, el curso es básicamente presencial con el apoyo del e-learning, es decir, el docente dicta su clase normalmente pero tiene el soporte del e-learning como un refuerzo donde el alumno puede hacer consultas al docente, comunicarse entre sí con sus compañeros; y, como segundo foco, el curso de e-learning que se basa en el e-learning mismo, pero que tiene un apoyo presencial, de modo tal de suplir algunas falencias de la comunicación puramente virtual. Un segundo criterio de clasificación es el tiempo en el que se desarrolla el proceso de aprendizaje. Las tecnologías pueden ser sincrónicas, es decir, en tiempo real; o asincrónicas, es decir, en diferido. El primer modelo que fue desarrollado, a causa de la simplicidad de su tecnología ya que demanda menores recursos, es el e-learning asincrónico. En el e-learning asincrónico el docente

facilita el contenido y el alumno lo consulta de acuerdo a su tiempo. En la plataforma de e-learning está el conjunto de funcionalidades disponibles, y el alumno las manipula de acuerdo a sus necesidades y su conveniencia. El alumno utiliza y administra los tiempos que le dedica al aprendizaje, en relación al contenido, como en actividades de participación, wiki, foros, evaluaciones, entre otras. En el e-learning sincrónico hay una comunicación on-line en tiempo real, y una tendencia a que el Chat tenga mayor contenido multimedial. Puede utilizar como recurso el video-Chat y su combinación con la pizarra electrónica, video conferencia. Un tercer criterio, según el cual se puede clasificar el e-learning, sería donde está centrado el objetivo de aprendizaje, distinguiéndose el e-learning auto formativo y el e-learning colaborativo. En la versión auto formativo el alumno simplemente toma un curso y el objetivo está centrado en el aprendizaje del mismo. En cambio, en la versión colaborativa, el objetivo no pasa solo por el aprendizaje de los participantes, sino en lo que se genera en base a su comunicación conjunta. Se forma una mini-comunidad entre los alumnos, donde los cursantes pueden desarrollar algo en común, desde un proyecto simple a un simple intercambio de archivos, como también algo más complejo como realizar conjuntamente un trabajo. (5)(6)

Durante los años 2009 y 2010, los docentes de la cátedra de Técnicas de Investigación Social implementamos una plataforma educativa como complemento de las clases presenciales (blended learning). La tecnología utilizada pertenece a Claroline y podría definirse como una plataforma de aprendizaje y trabajo virtual, de software libre y código abierto, la cual permite construir y administrar cursos online y gestionar actividades de aprendizaje (7). En este caso, la plataforma es administrada y facilitada por el Profesor Roberto Tait (Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad Nacional de Mar del Plata –UNMdP-) a los docentes de las diferentes unidades académicas de la universidad local. Técnicas de Investigación Social es una asignatura que se dicta en el cuarto año de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional que, junto a las restantes asignaturas del Área de Investigación del Plan de Estudios (Teoría y Metodología de la Investigación Científica, Estadística y Taller de Trabajo final o Tesis) apunta a la formación de un alumno capaz de generar líneas originales de pensamiento, capaces de adoptar una postura crítica, preparados para insertarse en la cultura científica de estos tiempos.

El objetivo de la siguiente investigación describe cómo fue el uso de la plataforma

educativa Claroline por los estudiantes de la asignatura Técnicas de Investigación Social de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata durante los años 2009 y 2010.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de diseño no experimental, transversal. La población estuvo conformada por los estudiantes que cursaron la asignatura Técnicas de Investigación Social, de la carrera de Terapia Ocupacional de la UNMDP, durante los años 2009 y 2010.

La implementación de la plataforma educativa Claroline se llevó a cabo durante dichos ciclos lectivos. Los docentes auxiliares de la cátedra compuesta por un Profesor Titular, un Jefe de Trabajos Prácticos (JTP) y un Ayudante de Primera o de Trabajos Prácticos (ATP), en calidad de “administradores” de la plataforma inscribieron en el campus a 156 alumnos durante ambos períodos, 54% (2009) y 46% (2010), de los cuales sólo 18,6% abandonó o desaprobó la cursada de la asignatura (8).

La modalidad de e-learning utilizada fue el *blended learning* o *e-learning mixto*, donde el cada alumno pudo acceder a distintas “herramientas” de este campus virtual (7):

Descripción del curso: publicación de aspectos administrativos de las asignaturas (Contenidos, Bibliografía, Objetivos, Régimen de cursada, requisitos de aprobación, criterios y métodos de evaluación, Equipo docente y Currículum Vitae).

Agenda: Programación de fechas de parciales y diferentes actividades a desarrollar por la cátedra.

Anuncios: se publicaron diversos avisos sobre modificación de cronograma de actividades previstas, notas de parciales, actividades a realizar (tareas, ejercicios) y material bibliográfico disponible en la plataforma.

Documentos y Enlaces: Material bibliográfico, artículos de divulgación e investigación, material teórico y práctico elaborado por la cátedra, enlaces a bibliotecas virtuales, bases de datos y revistas electrónicas especializadas en salud y de Terapia Ocupacional, notas de parciales, listados de asistencia de alumnos.

Ejercicios: de opciones múltiples, verdadero-falso, de llenar con blancos, emparejamiento. Estos ejercicios permiten evaluar al alumno, quedando registrado el tiempo utilizado y el puntaje obtenido en la actividad.

Tareas: Publicación de guías de lectura y guías de trabajos prácticos. Esta herramienta permite que el alumno acceda a las consignas, haga entrega del trabajo práctico a través

de la plataforma y reciba una devolución.

Foros: Esta herramienta ha sido utilizada como medio de comunicación entre docentes y alumnos, ya sea para cuestiones administrativas (inasistencias, solicitudes, etc.) o para consultas sobre actividades (tareas, ejercicios) y contenidos dictados por la cátedra. El Foro es una herramienta de comunicación asincrónica, no es on-line, sino que el docente y el alumno lo consultan de acuerdo a su tiempo.

El equipo docente utilizó la otra herramienta “estadística” facilitada por la plataforma educativa Claroline, visible sólo por los administradores, para recopilar datos que luego se analizaron sobre las variables: cantidad de ingresos al curso, cantidad de accesos a las herramientas (anuncios, documentos y enlaces, ejercicios, tareas y foros).

Resultados

La cantidad de accesos de los alumnos al curso fue de 3066 (2009) y 2925 (2010). En el año 2009 los meses de mayo (22%) y octubre (16%) registraron la mayoría de los ingresos, mientras que, en el 2010 los meses de julio (22%) y diciembre (24%) presentaron los mayores registros de utilización. En ambos ciclos lectivos, la plataforma educativa fue más utilizada en el 2° cuatrimestre, 53% (2009) y 61% (2010).

El acceso a la herramienta “anuncios” fue de 3130, distribuyéndose equitativamente en ambos años.

Documentos y enlaces, durante los meses de abril a diciembre, presentó en el año 2009= 2454 accesos, mientras que en el 2010= 1513; siendo más consultados los enlaces a las Bases de datos PubMed (328), SciELO (254), OTseeker (196), la Revista Chilena de TO (110), la Biblioteca Virtual en Salud BIREME (101), seguidas por diversos artículos científicos facilitados, resultados de exámenes y presentaciones de clases teóricas. De cada documento consultado se obtiene la estadística por cada alumno respecto a cantidad de accesos y descarga del documento.

En la herramienta “ejercicios” se observa un total de 2092 accesos, ejercicios en que se abordaron contenidos como revisión de conceptos de metodología, revisión bibliográfica, diseños de investigación, diseños de muestreo y validez/confiabilidad de instrumentos de recolección de datos.

Tareas registró un total de 3608 accesos, herramienta destinada a guías de lectura, actividades de aprendizaje, con resolución de casos, búsquedas bibliográficas con entrega de trabajos prácticos y sus respectivas correcciones a través de la plataforma.

En cuanto a la tecnología de la comunicación, la herramienta foros presentó un total de 1017 accesos donde interactuaron y expresaron docentes y alumnos.

Conclusiones

Los hallazgos ponen en evidencia, en general, un uso satisfactorio de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, en concordancia con estudios similares que evaluaron el uso de este recurso en Terapia Ocupacional.

El incremento en la segunda mitad del año de la utilización de la plataforma denota la familiarización de los estudiantes con la tecnología como un recurso innovador en el contexto académico.

El campus virtual facilitó la comunicación entre docentes y alumnos, en aspectos administrativos, académicos y personales, a través de las herramientas anuncios, foros y tareas.

El uso de Claroline promovió el acceso a información y conocimiento actualizado, a nivel mundial en el campo de la salud y específicamente en Terapia Ocupacional, a través de los enlaces y tareas solicitadas.

La plataforma educativa permitió al equipo docente el seguimiento de la trayectoria de aprendizaje de los alumnos, y a cada estudiante, a su vez, ser partícipe y observador de su autoaprendizaje, a través de los ejercicios resueltos y las producciones enviadas al campus.

Referencias bibliográficas

(1) Clark, B. R.; 1991. “El sistema de Educación Superior”. Editorial Nueva Imagen/Universidad Autónoma de México.

(2) De La Cote, G.; 1997. “Aprender con nuevos Métodos”. Gedisa (Barcelona). Cap. 1 Aprendizajes Electrónicos.

(3) Hollis, V., Mandil, H.; 2006. Online learning: The potential for Occupational Therapy Education. En: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/112613614/abstract> [Fecha de consulta: 5/09]

(4) Aliko T, Storr, C.; 2005. Web in occupational therapy clinical education: implementing and evaluating a tool for peer learning and interaction. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16398204> [Fecha de consulta: 5/09]

(5) González, F., Tendencias en E-learning. Modalidades, barreras y futuro del e-learning. En: http://www.articulo.org/autores_perfil.php?autor=228 [Fecha de consulta: 18/02/09]

(6) Juarros, M.F.; Configuraciones emergentes en la Educación Superior Latinoamericana. Nuevas tecnologías y revolución en la Educación Superior; Revista digital de Educación y Nuevas Tecnologías Número 37 Año VII.

(7) Claroline: www.claroline.net [Fecha de consulta: 10/10]

(8) Informe del Equipo Docente/Instrumento C (2009-2010). Asignatura Técnicas de Investigación Social, Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata

TERAPIA OCUPACIONAL EN ACCIONES PARA LA POBLACIÓN LGBT - LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES Y TRANSEXUALES

Michelle Rodrigues Cardoso – Estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Paraná – UFPR - Curitiba, Paraná, Brasil - e-mail: mrc.economia@gmail.com

Luis Felipe Ferro – Magíster, Profesor Asistente del Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Paraná – UFPR, Curitiba, Paraná, Brasil – e-mail: luisfelipeferro@gmail.com

Introducción

En este trabajo presenta una investigación sobre la población de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales – de ahora en adelante, LGBT – sus derechos de acceso a la atención a la salud limitada por el temor de sufrir perjuicio y la falta de preparación de algunos profesionales para satisfacer las demandas específicas relacionadas con su salud*.

Actualmente, el gobierno cierra cada vez más espacio para el debate sobre los derechos humanos en esta población, y una de las preocupaciones es la formulación de nuevas políticas es el acceso a la salud.

Ante este escenario vamos a discutir la importancia de participação del terapeuta ocupacional en la aplicación de los nuevos recursos que reducen al mínimo la barrera al acceso de las personas LGBT a los servicios de salud.

Objetivos

Los objetivos del trabajo son: apuntar las principales causas de la enfermedad y/o las principales barreras de participación social de la población LGBT; sensibilizar los profesionales y estudiantes de Terapia Ocupacional acerca del sufrimiento de la población LGBT; y formular algunos apuntamientos acerca del rol del terapeuta ocupacional en este ámbito.

Metodologia

Para lograr estos objetivos se utilizo la metodología de revisión de literatura a través de análisis de los documentos oficiales, publicados por el gobierno brasileño. Para la búsqueda fueron utilizadas las bases de datos SciELO, CAPES (Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior), Biblioteca Cochrane, Dedallus, además de la colección disponible en la biblioteca de Ciencias de la Salud, de la Universidade Federal do Paraná, en la ciudad de Curitiba, Paraná – Brasil.

* Esta investigación forma parte del trabajo de conclusión del Curso de Terapia Ocupacional, desarrollada por la autora y presentada a la banca de evaluación en diciembre de 2010, habiendo obtenido la aprobación.

Terapia Ocupacional en acciones para la población LGBT - Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales

El interés en el estudio de las posibilidades de acciones en Terapia Ocupacional con la población LGBT surgió de la observación a través de los medios de comunicación (radio, televisión e Internet) y los estudios científicos que vinculan la alta tasa de violencia que los homosexuales y transexuales enfrentan en su vida cotidiana. Según una investigación realizada por el Ministerio de Salud, durante el desfile gay en Sao Paulo, en 2007, dos de cada tres encuestados (67%) habían sufrido algún tipo de discriminación motivada por la identidad sexual o de género, y esta proporción alcanzó el 85% en transexuales. Los datos de este trabajo también muestran que el 14,5% de los participantes informaron haber experimentado alguna forma de prejuicios en la red de servicios de la salud ⁽¹⁾. Según la Rede Feminista de Saúde ⁽²⁾, el miedo de sufrir algún tipo de discriminación y la falta de capacitación de algunos profesionales, son las dos principales razones del alejamiento de la población de los servicios de salud. Las consecuencias de este alejamiento pueden ser perjudiciales, como el agravamiento de enfermedades que podrían tener mejor pronóstico si se tratan inicialmente.

La homofobia es un término que se usa, en las políticas públicas brasileñas, para la designación de los crímenes de agresión contra los homosexuales ⁽³⁾. De acuerdo con Aran, Zaidhaft y Murta ⁽⁴⁾, la discriminación causada por la homofobia afectan los ámbitos de participación social y se observan principalmente *en las relaciones de trabajo, lugar de estudio, la contratación del plan de salud, en la obtención de préstamos bancarios y otros*.

La homofobia también puede ser, directa o indirectamente, la causa de la enfermedad en esta población. Barbosa y Koyama ⁽⁵⁾ y Aran, Zaidhaft y Murta ⁽⁴⁾ apuntan que esta población vive en graves dificultades psicológicas que se desarrollan en el abuso de drogas, trastornos alimenticios, depresión, intentos de suicidio y un estado de angustia permanente.

Ante este escenario, se sugiere que los terapeutas ocupacionales deben entender que no somos inmunes a las prácticas discriminatorias, ya que la homofobia es parte de nuestra cultura y, posiblemente, podamos reproducirla, de modo consciente o inconsciente, creando obstáculos al acceso de esta población a los nuestros servicios. McGruder ⁽⁶⁾ defiende la importancia del terapeuta ocupacional lograr la competencia multicultural. El enfoque de la educación en la competencia multicultural requiere que: la conducta para la comprensión de los otros es el autoconocimiento. Se supone que aquellos que se conocen mejor comprenderán mejor su propia cultura y, por lo tanto, podrán comprender las otras.

Miller ⁽⁷⁾ afirma que, en la mayoría de los casos, la población LGBT no es discriminada accidentalmente, siendo que la creación de un “*entorno que no sea sensible a esa forma de cultura*” ocurre de modo común. Así, el autor incorpora la necesidad de intervención por parte del terapeuta ocupacional para la formación de un entorno, en lo cual los casos de homofobia sean escasos, en las instituciones donde se insertan.

En base a Miller ⁽⁷⁾ y McGruder ⁽⁶⁾, la formación continua de los profesionales de la salud sobre las necesidades específicas de la población LGBT se puede caracterizar como una importante arma contra los prejuicios. Es necesario, en este momento, retomar que los casos de homofobia en las instituciones públicas es, también, una preocupación del Ministerio de la Salud, que instituyó reformas en el registro del SUS – Sistema Único de Salud – que cuenta actualmente con configuraciones familiares no-heterosexuales, diferentes campos para el registro de género y uso del nombre social en los prontuarios. ⁽¹⁾

Miller ⁽⁷⁾ y Harrison ⁽⁸⁾ sostienen que medidas como estas deben ser incorporadas a la asistencia a esta población. Miller ⁽⁷⁾ describe la importancia de los terapeutas ocupacionales de incluir la heterosexualidad en sus formularios y presenta algunas pautas para este proceso, tales como, en vez de “marido/mujer” podemos usar términos neutros como “compañero”. Preguntas sobre la familia deben contener dos opciones alternativas, incluyendo “dos padres del mismo sexo” o “más de dos padres”. Al preguntar el sexo del paciente, ofrecer tres opciones (mujer, hombre y transexual). El autor sugiere también que se añada una línea en blanco después de “transexual” para que la persona pueda desarrollar su auto-identificación.

Resultados y Consideraciones Finales

De acuerdo com Miller ⁽⁷⁾ algunos cambios en la configuración de la asistencia en Terapia Ocupacional pueden correr un largo camino antes de establecer un diálogo con la población de homosexuales y transexuales. Sin embargo, se cree que, incluso en pasos tímidos, se puede mejorar la relación terapeuta-paciente, reflejando en la eliminación de esta barrera en relación al acceso a la salud para la población LGBT.

Se concluye que la intervención del terapeuta ocupacional, con el fin de promover cambios en la esfera social, en conjunto con las esferas de la salud y de la educación, es una de las rutas que se deben seguir con el objetivo de reducir la violencia y los prejuicios, trayendo posibilidades a la participación de esta población en la vida social en su totalidad.

Referencias bibliográficas

1. BRASIL, Ministério da Saúde. 2008. Painel de Indicadores do SUS Nº5 - Prevenção de Violências e Cultura de Paz. **3**, 1: 4 - 60
2. REDE FEMINISTA DE SAÚDE.2006. Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da equidade e da integralidade. UNFPA (Belo Horizonte) . 7- 41

3. M. de C Leony. 2006. "Homofobia, Controle Social e Políticas Públicas de Atendimento". Unama (Pernambuco). 1-34
4. ARAN, M; ZAIIDHAFT, S; MURTA, D. 2008. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade* **20**, 1: 70-79
5. BARBOSA, M.R; KOYAMA, M,A, H. 2006. Mulheres que fazem sexo com mulheres: Algumas estimativas para o Brasil. *Cad. Saúde Pública* **22**,7: 1511-1514.
6. J. McGruder, 2002. "Cultura e outras formas de diversidade humana em Terapia Ocupacional". IN: M.E. Neistadt; E. B Crepeau. "Terapia Ocupacional". Guanabara (São Paulo). 55-60
7. MILLER, J. 2002. Creating Inclusive Helthcare Environment for the GLBT Community. The Official Newsletter of the Networker for Lesbian, Gay and Bisexual Concerns in Occupational Therapy **9**, 1:1-10
8. HARISSON, J. 2001. 'It's none of my business': Gay and lesbian invisibility in aged care. *Australian Occupational Therapy Journal*. 48: 142-145

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA INVESTIGACIÓN DE LOS FACTORES DE LER/DORT EN COSTURERAS

Silva Tânia Fernandes, Figueiredo Michelli Mayra Fernandes Pimenta de, Soares Rosangela Rocha, Garcia Marcia Monteiro.

Correo electrónico: drataniaf@yahoo.com.br

RESUMEN

Las lesiones referentes a la actividad de trabajo ocurren por el movimiento repetitivo sin la realización de pausas durante la jornada de trabajo. Analizar la actividad de trabajo relacionándola con las enfermedades adquiridas en este ambiente, utilizando los fundamentos de la Terapia Ocupacional direccionando la pesquisa al que se refiere a la cualidad de vida de las costureras. La metodología utilizada fue la aplicación de cuestionario con preguntas fechadas en costureras de una confección de ropas en la Ciudad de Eugenópolis – MG – Brasil en el período de agosto hasta septiembre de 2010. Tras el análisis de los datos colectados se observó que la falta de orientación de un profesional Terapeuta Ocupacional puede resultar en el apareamiento de enfermedades que aparecen por medio de movimientos repetitivos, sin la realización de pausas durante la jornada de trabajo. Este profesional, por medio de actividades terapéuticas, podrá reducir o prevenir el apareamiento de las enfermedades relacionadas al trabajo, pues al realizarse la pesquisa se observó la falta de pausas, posturas inadecuadas, de entre otras, siendo este el motivo de las quejas constantes de dolores en los miembros.

Palabras Chave: LER/DORT, trabajo, actividad

INTRODUCCIÓN

Varios factores asociados al trabajo concurren para la ocurrencia de las lesiones por esfuerzos repetitivos (LER) o disturbios óseo y muscular relacionado al trabajo (DORT), como movimientos repetitivos, la manutención de posturas inadecuadas, el esfuerzo físico, la falta de variación de tareas, la presión mecánica sobre determinados partes del cuerpo, el trabajo muscular sin movimiento, impactos y vibraciones (Assunção & Rocha, 1995 apud Merlo 2001, p. 254-255) [1].

Las LER/DORT poseen como síntomas que vienen juntos o no, progresando a lo largo del tiempo, generalmente en los miembros superiores, como “dolor, sensación de peso y fatiga”. El alcance de la enfermedad afecta los sistemas del musculo y del

esqueleto del cuerpo que son adquiridos por el trabajador sometido a condiciones de trabajo que inadecuadas provocando enfermedades [2].

La idea que se tiene de trabajo, de acuerdo con Aranha (2003, p. 37) [3], siempre estuvo direccionado para algo malo, que causa sufrimiento. Se observa esto desde la historia de la biblia donde habla sobre la condenación del hombre al trabajo, o hasta mismo el propio origen de la palabra que deriva del latín significando un instrumento de tortura.

Jacobs y Jacobs (2006, p. 97) [4] conceptúa la Terapia Ocupacional como profesión que se preocupa con la capacidad de la función y el bienestar de la persona. Sobre la definición de cualidad de vida, los autores (p. 81) como siendo el grado de satisfacción de la persona en un determinado contexto, o la percepción que esta tiene sobre su condición de vida tanto en los aspectos físico, mental y social.

En la salud del trabajador, el terapeuta ocupacional, se utiliza de la ergonomía, que segundo Harlowe (2005, p. 82) [5] “es la ciencia de proyectar el local de trabajo”. El autor aún relata que los terapeutas ocupacionales, en ergonomía, poseen un papel muy importante por promover buenos niveles de desempeño en el trabajo para las personas que reciben el tratamiento de la terapia.

La actividad de costura posee como característica la repetición de movimientos, a partir de esta afirmativa, los investigadores se interesaron en pesquisar esta actividad de trabajo relacionando las enfermedades adquiridas en este ambiente, usando los fundamentos de la Terapia Ocupacional a lo que se refiere a la cualidad de vida de estas trabajadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue realizado por medio del método de pesquisa cuantitativo, pesquisa de campo, revisión de obras sobre la salud del trabajador tema y terapia ocupacional.

Las personas utilizadas en esta pesquisa fueron las costureras de una confección de ropas de la Ciudad de Eugenópolis, en el Estado de Minas Gerais, Brasil.

El objeto del estudio fue delimitado en 20 (veinte) costureras de 2 a 20 años de profesión y con edades entre 21 a 42 años que desempeñan un jornada diaria de lo mínimo 9 horas (este estudio no hizo el levantamiento de las horas extras).

Como instrumento para la pesquisa se utilizó de un cuestionario de estilo *Chek list* donde las voluntarias de la pesquisa marcaban una “x”. En el cuestionario fueron realizadas preguntas: si tenían o sentían algún dolor, sensación de hormigueo, cuando sentían algún dolor la voluntaria marcaba el local, habiendo como opción: columna, piernas, brazos, espalda; cual el período del dolor, tarde, noche, día todo; y si los dolores interferían en las actividades fuera del contexto de trabajo.

Todos los entrevistados recibieron una copia de un Termo de Consentimiento, que esclarecía todos los procedimientos que serían realizados en la pesquisa.

El período de investigación fue de agosto hasta septiembre de 2010.

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el autor Sánchez Gamboa (1995, p. 84-110) [6] para el trabajo con los datos numéricos. En la realización de la pesquisa de campo, usó los autores Harlowe [5] (p. 74-88), Burt (p. 241-254) [7] para auxiliar en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A través del levantamiento de datos se analizó una muestra de 20 costureras comprendidas entre 2 a 20 años de profesión y con edades de 21 a 42 años que desempeñan una jornada diaria de lo mínimo 9 horas (este estudio no hizo el levantamiento de las horas extras). Se observó que 40% de las entrevistadas se quejaron de incomodidad, dolor u hormigueo, siendo que, 50% de las quejas eran de dolor exclusivamente en la columna, 25% se quejaban de dolor en la columna y en las piernas, 12,5% sentían dolores en las piernas y 12,5% se quejaban de dolor en las piernas, columna y brazos. El dolor en la espalda estuvo presente en 87,5% de las que alegaron incomodidad. Con relación al período del dolor para 62,5% la duración se extendía por todo el día y para 37,5% la duración permanecía restricta al período de la tarde. De todas las entrevistadas 15% dejan de hacer algunas actividades domésticas debido a la incomodidad física. Y todas la mujeres alegaron no hacer ningún tipo de alongamiento o pausa con objetivo de prevenir enfermedades ocupacionales durante la jornada de trabajo.

CONCLUSIONES

A través de nuestra pesquisa, podemos considerar la existencia de indicadores de LER/DORT en costureras debido las elevadas quejas principalmente en la región de la

columna. Al aplicar el cuestionario, durante el tiempo de permanencia del investigador en la confección, se observó, también, la escasez de alongamientos, pues se sabe que la falta de esta actividad puede contribuir para lo apareamiento de futuras enfermedades relacionadas a las actividades de trabajo.

Con esta investigación se percibió que el profesional de terapia ocupacional es de fundamental importancia en este ambiente, pues además de trabajar con actividades para evitar las enfermedades tanto físicas, mentales y sociales, auxilia en la promoción de la cualidad de vida de los trabajadores cuando realiza el análisis de las actividades, evita el apareamiento de enfermedades, y busca la mejoría de la cualidad de vida de los trabajadores a través de la participación de los mismos en actividades terapéuticas. Todavía es interesante relatar que el terapeuta en sus actividades posee un direccionamiento no sólo curativo de rehabilitación, pero también educativo y preventivo.

La confección de ropas que participó de la pesquisa no posee profesional de terapia ocupacional, de ese modo a través de esta pesquisa, se pudo confirmar la importancia de este profesional en la salud del trabajador.

Referencias

1. Merlo A.R. Jacques M. da G. C., Hoefel M. da G. L., 2001 “Trabalho de grupo com portadores de Ler/ Dort Relato de Experiência. *Psicologia Psicol. Reflex.* XIX, I. 254-255.
2. Maeno M. “Ministério da Saúde Protocolos de Atenção do Trabalhador de Complexidade diferenciadas”. Internet disponível em bvsms.saude.gov.br/publicacoes/protocolo_ler_dort.pdf. Acesso em 12 de agosto de 2010. 28-32.
3. Aranha A. V. S, 2003. Relação entre o conhecimento escolar e o conhecimento produzido no trabalho: dilema da educação do adulto trabalhador “In; trabalho e educação”NETE/FAE/UFMG. **JAN.JUN** n.12, p.57.
4. Jacobs K., Jacobs L. 2006 “Dicionário de Terapia Ocupacional” Ed Roca (São Paulo), p. 97.

5. Harlowe D., 2004 “Terapia Ocupacional na prevenção de lesões e disfunções físicas. In: Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para as disfunções físicas”. Editora Roca V (São Paulo), p. 74-88.
6. Sánchez Gamboa S., 1995, “Quantidade- qualidade: para além de um analismo técnico e de uma dicotomia epistemológica” In: Santos Filho, J. C. dos, Sánchez Gamboa S. Pesquisa educacional, quantidade- qualidade Ed. Cortez (São Paulo), p. 84-110.
7. Burt C., 2004 “Avaliação do trabalho e preparação para o retorno ao trabalho. In: Terapia Ocupacional Capacidades práticas para as disfunções físicas”. Ed. Roca (São Paulo), p. 241-254.

Terapia Ocupacional en la investigación social de adolescentes por medio de Street Dance

**SOARES ROSANGELA ROCHA ¹, Silva Tânia Fernandes², Garcia Marcia Monteiro³
Figueiredo Michelli Mayra Fernandes Pimenta de ⁴.**

Correo electrónico: soares.to@terra.com.br

RESUMEN

En el ámbito de la intervención de la Terapia Ocupacional, el profesional utiliza de recursos diversos en su actuación. Esta investigación tuvo como objetivo verificar los elementos que apuntan el Street Dance como un recurso de la Terapia Ocupacional capaz de integrar las personas en el ámbito social, en especial los jóvenes de comunidades carentes en el municipio de Muriaé- MG-Brasil. La metodología utilizada para la investigación científica fue una búsqueda cualitativa y cuantitativa, con observación participante de la muestra de búsqueda. Al analizar los datos, las investigadoras, percibieron lo cuanto la Terapia Ocupacional, utilizando la danza como recurso profesional, propicia para la valorización del individuo como persona, mejorando así su auto- estima.

¹ Ciudad: Rio de Janeiro. Provincia: Rio de Janeiro. País: Brasil. Dirección postal: Rua dos Diamantes, 315. Teléfono: 021-33730117. Correo electrónico: soares.to@terra.com.br Institución a la que pertenece: Faculdade de Minas- FAMINAS- Muriaé MG).

² Ciudad: Ubá. Provincia: Minas Gerais. País: Brasil. Dirección postal: Rua José Moreira Mendes,84. Teléfono:32-35410304. Correo electrónico: drataniaf@yahoo.com.br Institución a la que pertenece: Faculdade de Minas- FAMINAS- Muriaé MG).

³ Ciudad: Rio de Janeiro. Provincia: Rio de Janeiro. País: Brasil. Dirección postal: Estrada dos Bandeirantes, 8325 BL 01 - apart 606 - Camorim. Teléfono: 021-24423964. Correo electrónico: marciamgarcia@hotmail.com Institución a la que pertenece: Faculdade de Minas- FAMINAS- Muriaé MG).

⁴ Ciudad: Guanhões. Provincia: Minas Gerais. País: Brasil. Dirección postal: Rua Esdras Coelho,112. Teléfono: 033-34213436. Correo electrónico: michelli_pimenta@hotmail.com Institución a la que pertenece: Faculdade de Minas- FAMINAS- Muriaé MG).

INTRODUCCIÓN

“El conjunto de estilos de la danza urbana recibe el nombre de Street Dance, esos estilos se desarrollan en la realidad gestual del individuo, a través de movimientos coordinados y armoniosos, lo que hace del cuerpo una forma de comunicación” (p.1) [1].

O *Break* es un estilo de danza urbana inventada por los puertorriqueños, para expresaren su insatisfacción política, principalmente, con la guerra del Vietnam [1] (p.2). El movimiento *Hip Hop*, se originó de la necesidad de sociabilidad de jóvenes de las periferias de grandes centros urbanos, ofreciendo elementos de identificación y formación para adolescentes [2].

La Terapia Ocupacional es una práctica de salud que trabaja en diferentes campos con personas nombradas de marginalizadas, su público punto es justamente aquellos cuyas mayores necesidades se configuran con base en su condición de excluida al acceso y a los bienes sociales [3].

Objetivo General: Verificar los elementos que apuntan el street dance como un recurso de la Terapia Ocupacional capaz de integrar las personas en el ámbito social. Objetivos Específicos: Conocer cuáles son las expectativas de los grupos que pratican el street dance. Analizar las posibles mudanzas en la rutina de los individuo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos fueron colectados a través de entrevista adaptada de LIBERMAN, (1998) en el libro “Danzas en Terapia Ocupacional”. A través de la Observación Participante la equipe de búsqueda acompañó un grupo de Street Dance denominado Break Dance, situado en la ciudad de Muriaé-MG en el periodo de enero a julio de 2010, y levantamos el siguiente hipótesis: ¿El Street Dance, por intermedio de la Terapia Ocupacional es capaz de rescatar jóvenes marginalizados en sociedad?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de la obtención de las respuestas y análisis de los datos, observamos que el Street Dance es algo significativo en la vida de los entrevistados, pues la mayoría nos relató que esta les enseñó a disminuir el miedo y la timidez, además de posibilitar una mejor adaptación y respeto mutuo.

En relación a la importancia del grupo de danza en sus vidas, los participantes respondieron que la principal importancia es la valorización de la amistad, de la posibilidad de viajar y conocer nuevos lugares y rescate social de personas que tiene el tiempo ocioso, además de consideraren el grupo la “segunda familia”. Y por último, pedimos que relatasen un sueño que les gustaría realizar.

Escogemos de entre los 11 individuos entrevistados, 2 respuestas que nos parecieron ser significativas para la realización del trabajo, la del participante A. F. da Silva (29 años) que le gustaría salir del alquiler, por lo tanto su mayor sueño sería adquirir la casa propia; y la otra respuesta de M. R. (20 años) es pasar en un concurso de la Policía Militar y consecuentemente tener una estabilidad financiera, cosa que la danza no la posibilitará. Las demás respuestas reflejan la singularidad de los entrevistados y la distancia de la realidad en que están inseridos en el contexto social en que vive, por lo tanto, están relacionadas a la fama, a dinero y al suceso que anhelan obtener a través de la danza.

CONCLUSIONES

A través de la búsqueda, observamos la existencia de paradojos en relación a la realidad en que viven los jóvenes en cuestión de aquella en que les gustaría vivir. La Terapia Ocupacional utiliza la danza, como recurso terapéutico para tratar el sujeto, valorizando su singularidad y buscando entender en un grupo de danza el trabajo de corporeidad, el espíritu de grupo, bien como, el rescate de la autoestima. Sin embargo, la Terapia Ocupacional por sí sola y tampoco el street dance no son capaces de cambiar la actual situación económica y social del país. Mientras fuera negado a las camadas más pobres de la población el derecho a la educación y a las

redes de servicios, la realidad de ese pueblo será siempre burlada y mascarada por la prensa, por el carnaval, por el fútbol y por el asistencialismo de cuño electorero.

REFERÊNCIAS

Valderramas C.G.M, Hunger D. “Origens históricas do Street Dance” Internet disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd104/street-dance.htm> Acesso em 17 de agosto de 2010.

História do Hip Hop. Disponível em: <http://dancaderua.com.br/historia>. Acesso em: 25 de abril de 2005.

LIBERMAN, Flávia, 1998 “Danças em Terapia Ocupacional” Summus (São Paulo).31-33

TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA MEJORA DE LA CUALIDAD DE VIDA DE SENILES CON ARTROSIS EN LA RODILLA

Garcia Marcia Monteiro, Silva Tânia Fernandes, Soares Rosangela Rocha, Figueiredo Michelli Mayra Fernandes Pimenta de.

Correo electrónico: marciamarcia@hotmail.com

RESUMEN

Un traumatismo puede provocar muchos dolores en el local de la lesión mismo mucho tiempo después de su ocurrencia dificultando la realización de actividades simples de su cotidiano, de esa forma el Terapeuta Ocupacional será un profesional imprescindible para la mejora de la calidad de vida de este individuo, de acuerdo con los datos colectados en esta investigación. La investigación objetivó considerar las contribuciones de la terapia ocupacional en el tratamiento de seniles que presentan artrosis en la rodilla. El método utilizando para la investigación científica fue la pesquisa acción por medio del abordaje de la Terapia Ocupacional, aplicación de cuestionario con preguntas cerradas con la finalidad de identificar el apareamiento de los síntomas, y evaluación/reevaluación con el instrumento goniómetro. Tras el análisis y discusión de los datos fue unánime el relato de la mejora de los voluntarios de la pesquisa en relación al aumento de la calidad de vida por medio de la intervención del terapeuta ocupacional.

Palabras clave: cotidiano, calidad de vida, Terapia Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La articulación de la rodilla está entre los dos mayores huesos del cuerpo humano denominado de fémur y tibia, permaneciendo expuestos al peso del cuerpo. Debido a este peso, pueden aparecer diversas enfermedades degenerativas en las articulaciones, como la artrosis.

La artrosis es muy común en personas seniles, siendo, conforme De Carlo (2004, p. 292) [1], la principal causa de la incapacidad en estas personas.

La definición de la población mayor, para Pedretti (2005, p. 1044) [2], se queda en torno de la edad, caracterizando seniles las personas con 65 años de edad o más.

Cuando se piensa en la actuación del Terapeuta Ocupacional en la senilidad, el objetivo del tratamiento es alcanzar el bienestar de estas personas, además de la mejora del desempeño de sus actividades del día a día, de su autonomía, y el alivio del dolor

que la enfermedad trae. En resumen, el principal objetivo del Terapeuta Ocupacional es la mejora de su calidad de vida, conforme relatos de Pedretti (2005, p.1062) [3].

Este estudio se propuso considerar las contribuciones de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de seniles que presentan artrosis en la rodilla. Considerando el objetivo principal del Terapeuta Ocupacional, que es la mejora de la calidad de vida, este estudio es relevante para observar las contribuciones de la Terapia Ocupacional en esta población de seniles. Para llegar al objetivo de esta pesquisa, se hizo necesario la investigación de la existencia de lesiones anteriores y cuales las consecuencias traídas por la patología.

REVISIÓN TEÓRICA

Segundo Cardoso (2009) [3], en la senilidad ocurre la reducción del funcionamiento del sistema orgánico.

“La senilidad es un proceso biológico diferente de cualquier enfermedad. Confundirlas es un erro conceptual grave, que contribuye para el concepto popular erróneo, pero, infelizmente, muy difundido, de que todo senil es necesariamente enfermo. Todos los esfuerzos deben ser clavados en el sentido de diferenciar lo que se debe atribuir a una enfermedad específica y lo que es consecuencia natural de la edad. La grande dificultad reside en el hecho que frecuentemente esta distinción es muy complicada para ser hecha y acaba exigiendo un buen grado de minuciosidad en la evaluación y en el examen físico, o mismo por confirmación” (CARVALHO FILHO, PAPALÉO NETTO, 2006, p. 63).

GEPEFE (2009) [4] relata que algunas limitaciones de los seniles son consecuencias de la falta de ejercicios, enflaqueciendo su sistema anatómico, ocurriendo constantes caídas, perjuicios en su independencia y limitaciones de la marcha, de esa forma ocurriendo el apareamiento de enfermedades como la artrosis.

El ABC de la Salud (2008, p. 1) [5] describe que artrosis, es una patología común que acomete las articulaciones. Señalando la rodilla como una de las articulaciones más afectadas, por la carga que esta parte sustenta. Freitas *et al* (2006, p. 1573) [6] relató que la articulación de la rodilla es más comprometida, pues describe la patología como siendo resultante del desaparecimiento del cartílago de la articulación y su desgaste.

Para Terapia Ocupacional, Hagedorn (2003, p. 55) [7] define calidad de vida siendo, como opción del individuo, actuando con confianza, proporcionando bienestar y motivación.

El tratamiento, conforme Santo (2004, p. 10) [8], mejora el dolor y mantiene el nivel del desempeño en las actividades en general. En la rehabilitación de estas personas el profesional irá trabajar para mejorar la función de la articulación, el fortalecimiento muscular y su marcha.

Silva (2004, p. 221) [9] relata que en la artrosis, el tratamiento es vuelto para la disminución del dolor del paciente, mejorar la ejecución y entrenamiento del movimiento, fortalecer el área músculo y la articulación acometida. El terapeuta debe trabajar en la socialización del senil, en el entrenamiento de las actividades diarias y de vida práctica, pues estas actividades promoverán la independencia y la mejora de la calidad de vida de los mismos.

Por fin, se hizo un estudio sobre el concepto de cinesiología, que es la utilización de técnicas utilizando el movimiento activo de las personas.

MÉTODOS

El estudio fue realizado por medio del método de pesquisa cuantitativo, pesquisa-acción, revisión de obras sobre artrosis y senilidad y la actuación del terapeuta ocupacional.

Las personas utilizadas en esta pesquisa fueron los seniles que realizaban los atendimientos de terapia ocupacional por medio del proyecto de pesquisa del curso de terapia ocupacional denominado “Terapia Ocupacional y Calidad de vida”, protocolado y autorizado en el día 02 de junio de 2010, vinculado a una institución de ensino superior de Zona da Mata Mineira, Municipio de Muriaé, estado de Minas Gerais, Brasil.

El objeto del estudio fue delimitado en 10 (diez) seniles con artrosis, diagnosticado por el médico ortopedista. Además del diagnóstico el criterio de participación en el proyecto fue vinculado a la inscripción de los seniles al proyecto de pesquisa, en el período de febrero a marzo del año de 2010.

Para la colecta de datos de la pesquisa se aplicó un cuestionario del estilo *Chek list* donde los voluntarios marcaban una “x”. Las preguntas fueron: Se tuvieron lesiones anteriores antes de la ocurrencia de la artrosis (sí o no), si sí, ¿cuál parte que sufrió la

lesión (rodilla, tobillo)?, y se ocurrió alteración en la marcha. Se tuvieron dificultades en la función global para andar, para flexionar y extender la rodilla, y se sentían algún dolor, se tuvieron alguna alteración en su calidad de vida, autoestima en consecuencia de la enfermedad.

Para la amplitud de los movimientos, se utilizó un instrumento denominado goniómetro.

Tras el atendimento clínico de la Terapia Ocupacional se preguntó: se hubo mejora para moverse y andar; si se sentían mejor en su propia confianza (autoestima); se tenían confianza en el tratamiento de la Terapia Ocupacional.

La metodología de la pesquisa, entonces, se desarrollo por medio del atendimento clínico terapéutico, aplicación de un cuestionario aplicado por la equipe de pesquisa, evaluación y reevaluación utilizando el goniómetro, y observaciones.

Los participantes de la pesquisa recibieron una copia de un Termo de Consentimiento, que esclarecía todos los procedimientos que serían realizados en la pesquisa.

El período de investigación fue de febrero hasta agosto de 2010.

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el autor Sánchez Gamboa (1995, p. 84-110) [10] para el trabajo con los datos numéricos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de los datos, se observó en relación a lesiones anteriores: 10% tuvieron lesión en el tobillo alterando la marcha del mismo miembro, 70% sufrieron lesiones anteriores en la rodilla y 20% no presentaron lesiones.

En relación a los déficits en la función 10% relataron dificultad para andar, 30% déficits en actividades que necesiten de la flexión y extensión de la rodilla, 60% dolores en general en la región del miembro inferior.

Tras el abordaje de la Terapia Ocupacional 100% relataron mejora para y moverse y consecuente mejora en la calidad de vida. Al que se refiere a la amplitud del movimiento 90% obtuvo mejora, 10% permanecieron con su amplitud mantenida.

Al preguntar sobre la mejora de su propia confianza (autoestima), 80% se sintió más confiado en el tratamiento de la Terapia Ocupacional, 20% no obtuvo mejoras, pero dijeron que irían persistir en el tratamiento.

Durante la intervención del profesional de Terapeuta Ocupacional, fue observado si el dolor, que es una consecuencia de la enfermedad, interfería en las actividades del día a día, la satisfacción de los seniles en relación al tratamiento de la Terapia Ocupacional, y si las lesiones anteriores están directamente atadas a la enfermedad actual, en el caso, la artrosis.

Las actividades aplicadas en los seniles fueron: cinesiología (terapia por medio de los movimientos) y escucha (escucha) terapéutica.

CONCLUSIÓN

La intervención de la Terapia Ocupacional en el senil con artrosis en la rodilla, direccionado al bienestar, comienza sus resultados al señalar mejorías en la relación del individuo con la sociedad y familiares, alterando de esa forma su propia confianza (autoestima), por medio de las observaciones realizadas durante la aplicación del estudio.

Históricamente la terapia ocupacional direcciona su tratamiento para los miembros superiores, pero con esta pesquisa, se pudo percibir que la profesión trae contribuciones para las enfermedades propias de la senilidad, principalmente al que se refiere a las enfermedades del miembro inferior.

Cabe también destacar que cuando el terapeuta ocupacional trabaja una parte del cuerpo, él también promueve mejorar en un todo, pues la profesión ve el paciente con un individuo biológico, psicológico y social, no sólo una parte, o una rodilla, pero un individuo completo. Cuando, en esta pesquisa, se trato la rodilla, por medio del tratamiento, se vio la mejora de su propia confianza (autoestima), siendo relatado por los voluntarios, provocando de esa forma, una mejora en su calidad de vida, pues estos pasaran a relacionarse con personas que no se relacionaban pasear en la comunidad, visto que durante el período grave de la enfermedad y sin el tratamiento, estos seniles permanecían solamente en casa.

REFERENCIAS

1. De Carlo M.M. R., Luzo, M.C.M. (orgs), 2004 “Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares” Ed. Roca (São Paulo). p. 292-304.
2. Pedretti L. W., Early M. B., 2005 “Terapia Ocupacional: capacidades práticas paras as disfunções físicas”. Roca (São Paulo). p. 1044-1067.

3. Cardoso A. F., 2009 “Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento”. Internet disponível em <http://www.efedeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>. Acesso em 14 de ago 2010.
4. Gepefe, 2009 “Grupo de Estudos e Pesquisas em Fisioterapia e Envelhecimento: alterações fisiológicas do sistema cardiovascular”. Internet disponível em <http://www.idosofisioabdala.com/86101/86185.htm> Acesso em: 5 de agosto de 2010.
5. ABC da Saúde, 2008. “Artrose”. Internet disponível em <http://www.abcdsaude.com.br/artigo.php?310>. Acesso em: 5 ago. 2010. p.1
6. Freitas E.V. de et al, 2006 “Tratado de geriatria e gerontologia” Editora Guanabara Koogan (Rio de Janeiro). p. 1573
7. Hagedorn R., Raso, V., 2003. “Fundamentos para a prática em terapia ocupacional” Editora Roca (São Paulo) III. p. 55-78.
8. Sato, E. I., 2004. “Guia de medicina ambulatorial e hospitalar” UNIFESP. Reumatologia. Editora Manole (São Paulo). p. 10-12.
9. Silva E. C. da, Tinoco, A. F. C., 2004, “Bizu de Fisioterapia e Terapia Ocupacional o x da questão: 2200 questões selecionadas para concursos” Editora Rubio (Rio de Janeiro). p. 221-224.
10. Sánchez Gamboa S., 1995, “Quantidade- qualidade: para além de um analismo técnico e de uma dicotomia epistemológica” In: Santos Filho, J. C. dos, Sánchez Gamoba S. Pesquisa educacional, quantidade- qualidade Ed. Cortez (São Paulo), p. 84-110.

Terapia Ocupacional: Producción de conocimiento y autonomía

Autora: Mgter. Westman, Sandra

Mail: sandraw39@yahoo.com.ar – swestman@fcb.unl.edu.ar

Resumen:

El presente trabajo es parte de un texto más extenso redactado para el *Seminario de Tesis*, a cargo del Dr. Mario Heler, en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Tiene como objetivo realizar un análisis inicial respecto a la producción de conocimiento local en Terapia Ocupacional y la conquista de autonomía en la disciplina.

Si se reflexiona sobre el comienzo de la disciplina en Argentina, hoy se observa que se han ampliado las incumbencias de la Terapia ocupacional a distintas problemáticas quedando en *tensión* su propia definición.

En el desarrollo del texto, se procederá a analizar dos definiciones de T.O. que se consideran representativas de las características que sume la producción de conocimiento, actuando como mecanismos de disciplinamiento o de posibilitadores de autonomía.

Se concluye que el desarrollo de autonomía de la TO está íntimamente relacionado con la posibilidad de metareflexión que surja de la tensión la producción de conocimiento y la acción de los profesionales.

Terapia Ocupacional: Producción de conocimiento y autonomía

En la actualidad, y de modo auspicioso, vemos como la disciplina ha ampliado sus incumbencias a distintos ámbitos poniéndose en *tensión* la misma definición de Terapia Ocupacional.

Para ilustrar lo que se menciona, a continuación se citan dos definiciones de Terapia ocupacional, aceptadas por la Federación Mundial de T.O.(WFOT)ⁱ: una ha tenido amplia difusión y aceptación en Argentina y la otra es la propuesta por la Associação Brasileira de T.O..

La definición de adhesión local sostiene que la T.O. “*es el estudio, el análisis y la instrumentación de la actividad – ocupación del hombre, en relación con las capacidades físicas, psicológicas y de interacción social y cultural y su utilización como medio para*

promoción, protección, recuperación y rehabilitación y la docencia e investigación en el área de la salud” (2004)

Mientras que la brasilera, la precisa como “*un campo de conocimiento e intervención en salud, educación y en la esfera social, reuniendo tecnologías orientadas para la emancipación y autonomía de personas que, por razones ligadas a problemáticas específicas, psíquicas, sensorial, mentales, psicológicas y/o sociales presentan temporal o definitivamente dificultades en la inserción y participación en la vida social*” (Asociação Brasileira de Terapia Ocupacional – 2007)

Se puede observar en primer término, que la T.O. se restringe a la intervención en el área de salud, mencionando que es el “*estudio*”, y colocando de este modo a la producción por fuera de la perspectiva del productor. Se establece un dialogo heterónimo del *saber* que se adecua a las hegemonías ⁱⁱ Esto tiene su correlato en el marco legal vigente de las prácticas actuales de Argentina (la Ley 17.132 que rige para las Ramas Auxiliares de la Medicina)

Por otro lado, la Asociación Brasileira propone una definición que vale la pena analizar con mayor detenimiento:

- Se refieren a la T.O. como un “*campo*”, es decir, un ámbito de socialización y sociabilidad de agentes en torno a un interés específico. Al mencionar un campo de conocimiento, abre la posibilidad de pensar a la T.O. como *campo científico*, y como tal es también pensarla como el lugar de lucha por la autoridad y competencia científica en torno al un tema de interés. En este campo, lo que otras disciplinas legitimadas escinden para el estudio de la ocupación, la T.O. lo fusiona.ⁱⁱⁱ El concepto de ocupación no es la sumatoria de los distintos saberes, sino es un *nuevo conocimiento* que surge desde ellos.

Este campo de producción de conocimiento, también lo es de intervención, es teoría y praxis. La producción de conocimiento no esta disociada de la acción de sus agentes. Y sus agentes son actores del campo. Nótese que acá se trata de *conocer* (y no de saber) ^{iv}

- Este campo tiene como sujetos a los *seres ocupacionales* y como meta el *desempeño ocupacional* de éstos en las distintas áreas. Reconociendo a la ocupación como una dimensión inherente a la condición humana en su integridad, y no sólo propia de la esfera de la salud.
- Donde se entiende que también la *tecnología* es parte de la producción de conocimiento. Esta proximidad con el hacer, completa la secuencia ideal que va “*del teorizar al intervenir, pasando por el aplicar*” ^v

- “*para la emancipación y autonomía de personas*” da cuenta que el / los sujeto/s *con* el/los que se va a trabajar en Terapia Ocupacional (y no “*sobre*” el/los que se va a trabajar), están en una condición particular. La T.O. en tanto perteneciente a las Ciencias Sociales es un proyecto ético político, donde tanto los conocimientos que se producen, sus intervenciones y las consecuencias de éstas contribuyen a la producción y/o reproducción del campo social

Conclusiones:

Estas definiciones pertenecen a distintos paradigmas que han orientado el desarrollo de la T.O. en distintas direcciones: al sentir cuestionada su científicidad se adoptaron referencias de modelos hegemónicos para poder explicar el fenómeno “ocupacional” y ser aceptada entre las Ciencias: la ocupación descontextualizada, desarticulada de los sujetos (y sus necesidades ocupacionales). La ocupación a-histórica, a-social, aislada y mecánica. La ocupación de un “*sujeto-promedio*”, desconociendo la complejidad del campo social y de la singularidad de la situación ocupacional.

Comprender que se trabaja con personas en tanto seres ocupacionales y no con ocupaciones, es comprender que el del T.O. es (también), un trabajo productor de humanidad,...“*en tanto se constituye en la vinculación de los cuerpos, capaces de hacer y pensar, de cuerpos con logos, esto es con palabra, con lenguaje, y que porque disponen de logos, son capaces de narrar el hacer y de hacer narrativamente.*” (Heler- 2005)^{vi} Es abordar los conflictos bajo la metáfora del “*enredo*”, es decir, pensarlos *subordinados* a distintas ataduras de distinta índole, porque ésta es la naturaleza de la ocupación y su comprensión posible.

Frente a algunos obstáculos que se presentan como la heteronomía que rige en muchos de los ámbitos académicos frente a las iniciativas de producción del conocimiento disciplinar y frente al límite que impone la mercantilización del conocimiento (no siempre alcanzan financiamiento aquellos proyectos que responden a las *demandas ocupacionales* de un sector vulnerable en algún sentido, sino aquellas propuestas que responden a intereses de índole político, económico, etc.) Una construcción de la autonomía es posible a partir de la reflexión crítica.

Para finalizar, considero que la T.O. como campo de conocimiento e intervención se constituye a través de el reconocimiento y aceptación de etapas de *crisis – ruptura y superación*. La instancia de la “ruptura”, tiene la impronta del caos. Caos que se presenta como potencial para la creatividad.

Es en este potencial, donde está el desafío. El mundo de hoy plantea transformaciones aceleradas en la vida ocupacional de las personas y los grupos, y estas circunstancias son las que plantean oportunidades que solo se pueden tomar desde el interior de la misma disciplina.

Bibliografía

- ☞ Heler Mario. 2008. Ciencia Incierta: la producción social de conocimiento. 3º reimp. Biblos (Buenos Aires)
- ☞ _____. 2005. En La producción de conocimiento en el Trabajo Social: revisión crítica de sus condiciones de posibilidad. Presentado en III Jornadas de investigación “*La investigación en Trabajo Social en el contexto latinoamericano*”- (Paraná- Entre Ríos) Aportado por el autor
- ☞ Medeiros, Maria Heloisa da Rocha. 2003 Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social. Sao Carlos. Ed UFSCAR- (Sao Paulo).
- ☞ Westman, Sandra. 2009. Presentación con Motivo de “*50 años de T.O. en Argentina*”. (Buenos Aires)
- ☞ _____. 2010. Terapia ocupacional: Producción de conocimiento y autonomía. Trabajo final del Seminario de Tesis. Doctorado en Ciencias Sociales. UNER. (Paraná- Entre Ríos)

ⁱ Extraídas del documento de la WFOT “Definiciones de Terapia ocupacional de los países miembros de la WFOT”- 2007- Disponible en http://www.wfot.org/office_files/DEFINITIONS

ⁱⁱ Heler Mario. 2005. Entre la producción y la acreditación. Publicado en la Revista *Cuadernos del Sur – Filosofía*. Neuquén

ⁱⁱⁱ Esta expresión se toma del trabajo del Dr. Saúl Karz “Pero ¿Qué es el trabajo social?”

^{iv} *Conocer* como articulación del saber capaz de dar cuenta de sí mismo.

^v Heler, Mario. La producción de conocimiento en el Trabajo Social y la conquista de autonomía. Disponible en [Http://www.fts.uner.edu.ar/academica/ccc/archivos/catedras/1er_cuatrimestre_2009/CSeIP/CSeIP](http://www.fts.uner.edu.ar/academica/ccc/archivos/catedras/1er_cuatrimestre_2009/CSeIP/CSeIP)

^{vi} Heler, Mario. 2005. En La producción de conocimiento en el Trabajo Social: revisión crítica de sus condiciones de posibilidad. Presentado en III Jornadas de investigación “La investigación en Trabajo Social en el contexto latinoamericano”- Paraná- Entre Ríos

UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE ADOLESCENTES Y ADULTOS AUTISTAS

Autor: Lic. T.O. Ana María Papiermeister

Correo Electrónico: anapapier@fibertel.com.ar

Hospital Dra. Carolina Tobar García

Resumen:

El Autismo se caracteriza por presentar alteraciones del desarrollo con deficiencias en las áreas de comunicación, conducta e interacción social. Su prevalencia ha presentado un importante aumento desde 4 a 5 por 10.000 niños hasta 10 a 14 por 10.000. Las manifestaciones clínicas son características según cada etapa evolutiva y, tanto la adaptabilidad al medio, como el pronóstico final van a depender del desarrollo intelectual alcanzado y de la rehabilitación psicosocial temprana. El pronóstico de vida es igual al de la población general y los autistas adultos presentan generalmente cuadros de agitación psicomotora y de adaptación, tanto depresivos como ansiosos. El objetivo de este trabajo, se basó en el seguimiento de los cincuenta niños estudiados durante el período 1978-1988 en el Hospital "Dra. Carolina Tobar García", en Terapia Ocupacional, dentro de un marco institucional. De los 50 niños tratados, se logró ubicar a 39 adolescentes y adultos. La metodología que se usó fue recabar datos de las HC., el teléfono o dirección de las familias o instituciones a las que fueron derivados. Contactar telefónicamente a los mismos y tomarles con la participación de las familias o cuidadores la Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral (EEASL) revisada Eje V por DSMIVTR. Los resultados obtenidos indican que en la adolescencia, un pequeño porcentaje de los pacientes logra algunos progresos comunicativos, pero la mayoría evoluciona hacia el deterioro social y funcional. Aparecen las convulsiones en algunos sujetos. Los adultos, muestran similitudes con los individuos con retardo mental, pero se diferencian por presentar importantes dificultades en la comunicación y en la interacción social. En la vida adulta, la mayor parte de los casos sigue requiriendo asistencia y ayuda profesional, por ejemplo, ser protegidos en sus actividades laborales y ayudados por persona cercanas.

INTRODUCCION

El autismo infantil es un trastorno cuya etiología no está todavía bien definida, a pesar de todos los adelantos en investigación que se han desarrollado en la actualidad. Es por esto, que también se desconocen los métodos más efectivos de tratamiento. Muchos autores describen experiencias alentadoras, padres e hijos que han padecido de Autismo relatan historias satisfactorias y otros no, diferentes autores no se muestran optimistas respecto del pronóstico.

El objetivo de este trabajo, se basó en el seguimiento de los cincuenta niños atendidos durante el período 1978-1988 en el Hospital "Dra. Carolina Tobar García", en Terapia Ocupacional, dentro de un marco institucional. Los resultados que se obtuvieron en el mismo fueron los siguientes: 17 niños (34%) lograron resultados significativos, pudiendo desempeñarse funcionalmente en las áreas de reacciones ante el intento de contacto y consignas simples, Juego, Participación y Actividades de la vida diaria, estos niños fueron derivados a instituciones pedagógicas, escuelas especiales, hospitales de día, jardines terapéuticos en los cuales tenían la oportunidad de continuar con su mejoría; 14 de los niños (28%) obtuvieron resultados medianamente significativos situación que planteó al equipo tratante la necesidad de continuar con el tratamiento en el hospital y 19 niños (38%) alcanzaron resultados escasamente significativos, manteniéndose en un nivel de déficit. Estos niños presentaron un nivel muy detenido en su desarrollo, frecuentemente no adquirieron el lenguaje y apenas disponían de las aptitudes primarias indispensables para la subsistencia

Estos 19 (38%) niños pertenecen al grupo de familias que no participaron en el tratamiento.

Existe poca literatura publicada acerca de la evolución del autismo en edades más avanzadas. Los autores que más se han dedicado a este tema son Eric Shopler y Gary Mesibov (4) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina Norte, Estados Unidos, quienes publicaron la obra "Autismo en Adolescentes y Adultos". En líneas generales, estos autores señalan que las deficiencias mentales se tornan más acentuadas con el avance de la edad, haciendo que estas personas pierdan sus características autistas de la infancia y se presenten como individuos portadores de retardo mental. Esto hace difícil diferenciar un adolescente o adulto autista de uno con retardo mental. Aquellos que tienen un CI más elevado y que llegan a desarrollar el lenguaje, llaman la atención por su semejanza con la esquizofrenia. Funcionan extrañamente, con marcadas dificultades para relacionarse interpersonalmente y con múltiples trastornos cognitivos.

En la adolescencia, un pequeño porcentaje de los pacientes logra algunos progresos comunicativos, pero la mayoría evoluciona hacia el deterioro social y funcional. Aparecen las

convulsiones en algunos. En esta etapa, muestran similitudes con los individuos con retardo mental, pero se diferencian por presentar importantes dificultades en la comunicación y en la interacción social. Para cuando, el individuo autista llega a la adolescencia, los padres son unos verdaderos expertos en autismo. También tienen más años y menos energía. Se confrontan más directamente las diferencias de su hijo con otros de la misma edad: mientras los demás adolescentes caminan hacia la adultez encontrando su propio sitio en la sociedad, su hijo permanece indiferente a los eventos sociales. Tampoco llega la "primera fiesta", ni las citas, los pretendientes o las llamadas telefónicas. Se hace necesario enfrentar los aspectos de sexualidad y resolverlos.

Empieza a planearse para el futuro: entrenamiento laboral, seguridad financiera y arreglos para que el hijo pueda vivir adecuadamente cuando los padres falten.

En ese momento, los padres tienen que manejar también las diferencias de su propio matrimonio con otros: cuando otras parejas tienen la oportunidad de re-encontrarse al empezar a quedarse solos en casa, sin tener que cuidar niños pequeños, ellos deben continuar cuidando de un hijo que depende de ellos. Deben redefinir su papel como padres de un hijo dependiente, pero ya no un niño.

En la vida adulta, la mayor parte de los casos sigue requiriendo asistencia y ayuda profesional, por ejemplo, ser protegidos en sus actividades laborales y ayudados por personas cercanas. Necesitan además ambientes poco complejos, ordenados y fáciles de comprender.

En esta etapa, se dan dos preocupaciones principales: Quién cuidará del hijo cuando los padres no puedan hacerlo, y la urgencia de contar con los medios económicos para asegurar un cuidado y atención adecuados. Surge también con mayor importancia la preocupación de los hermanos sobre el cuidado del sujeto autista, así como el temor de ser portadores de un problema genético. La transición entre las diferentes etapas es difícil para cualquier familia, pero para las que tienen un miembro autista los símbolos o rituales tradicionales que marcan la transición entre una etapa y otra (como la Primera Comunión, la graduación, etc.) pueden darse tardíamente o no presentarse jamás. El desempeño del paciente está sujeto fundamentalmente a la adquisición del lenguaje; factor determinante para manifestar sus necesidades y alcanzar cierta autonomía. Luego, de su capacidad para autovalerse en conductas de higiene personal, alimentación y vestimenta. La adquisición de estas habilidades dependerá del tratamiento interdisciplinario, que deberá llevarse a cabo desde la primera infancia para generar aprendizajes. Es importante destacar que es difícil establecer un pronóstico certero de evolución ya que cada sujeto tiene un potencial de desarrollo y adaptación posterior desconocido.

Para muchas personas con autismo, la transición hacia la vida adulta es un laberinto de desinformación, de escasez de oportunidades y recursos cercanos a la vivienda familiar, y de servicios insuficientemente organizados en tiempos de dedicación y en dotación de medios.

Mientras el joven autista estaba dentro del sistema educativo había unas reglas, unos plazos que cumplir y unas metas que alcanzar. Ahora, al llegar a la vida adulta los jóvenes han de ingresar en el sistema laboral o, si eso no es posible, en un sistema de servicios ocupacionales y de ocio que llenen de actos significativos y socialmente valiosos su vida cotidiana.

Los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha sugieren que sólo un pequeño porcentaje de autistas llega a vivir y trabajar autónomamente en la vida adulta. Alrededor de un tercio de los casos alcanza algún grado de independencia parcial. Los adultos autistas que funcionan a un nivel superior continúan teniendo dificultades en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos. Además, en la adolescencia o en los inicios de la vida adulta los sujetos con trastorno autista y capacidad intelectual suficiente pueden deprimirse o presentar cuadros ansiosos en respuesta a la toma de conciencia de sus graves dificultades. En cuanto a la expectativa de vida, tienen un promedio de vida igual que la población general. Hay niños, adolescentes, adultos y ancianos con autismo.

METODOLOGIA

De los 50 niños tratados, se logró ubicar a 39, de los cuales 29 son del sexo masculino y 10 del femenino. El rango de edad entre 18 y 32 años. Se le aplicó a la población la Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral (EEASL) revisada Eje V por DSMIVTR (1). con la participación de las familias o cuidadores. Este estudio se realizó desde el mes de Abril hasta Octubre de 2010.

Los resultados obtenidos indican que en la adolescencia, un pequeño porcentaje de los sujetos logran algunos progresos comunicativos, pero la mayoría evoluciona hacia el deterioro social y funcional. Aparecen las convulsiones en algunos pacientes. En esta etapa, presentan similitudes con los individuos con retardo mental, pero se diferencian por presentar importantes dificultades en la comunicación y en la interacción social.

Del total de la población, el 34% (13) obtuvieron un puntaje entre 49 y 52 entre “Sería afectación de la actividad social, laboral o escolar” y “Moderadas dificultades en la actividad social, laboral o escolar”. De estos jóvenes y adultos, 3 viven con sus padres y son dependientes no realizando ninguna ocupación en el afuera. Los 10 restantes están

institucionalizados y participan de las actividades sencillas de las instituciones y son medianamente independientes en las avd como alimentación, higiene y vestido.

El 28 % (11) obtuvieron entre 59 y 64 puntos entre “Moderadas dificultades en la actividad social, laboral o escolar” y “Algunas dificultades en la actividad social, laboral o escolar”. Hecho que permitió que se insertaran en trabajos protegidos o en empresas sociales constituyéndose estos espacios como un soporte para las relaciones laborales y sociales. De estos jóvenes, la mayoría viven con sus padres y son autónomos en las AVD y 3 concurren a un centro de día que cuenta también con talleres terapéuticos. Sin embargo muestran dificultades para expresarse y formar relaciones interpersonales. Pueden aprender ocupaciones sencillas y pautadas y situaciones laborales cuando el marco y contexto de la ocupación son estructuradas de acuerdo a sus posibilidades.

El 38 % (15) obtuvieron entre 30 y 19 puntos ”Incapaz de actividad en la mayor parte de las áreas” y”A veces no puede mantener la mínima higiene personal“. Estos 15 jóvenes son totalmente dependientes de los cuidadores de las instituciones. Pertenecen al grupo de niños que en la 1ª investigación los padres no habían participado en el tratamiento.

En conclusión: en la mayor parte de los casos siguen requiriendo asistencia y ayuda profesional. Muy raras veces llegan a desarrollar un trabajo independiente y productivo. Más infrecuente aún es que lleguen a vivir con independencia. Se observa que la mayoría de los adultos autistas son incapaces de expresar emociones y sentimientos. Así como, realizar actividades creativas. Se mantienen o aumentan las dificultades para comunicarse y para establecer lazos sociales

Y sobretodo no muestran una calidad de vida satisfactoria y no pueden llegar a constituirse como ciudadanos plenos de derechos

Estos resultados coinciden con los llevados a cabo por otros autores como Rutter (3), Schopler (3, 4 , 5 y 6), Mesibob (4 y 5) en relación a las pobres adquisiciones que logran los autistas. Surge la necesidad de plantear acciones preventivas y tratamientos tempranos interdisciplinarios con seguimientos a largo plazo y de esta manera intentar modificar sus historias. Es necesario que los profesionales, la familia y la propia persona con autismo, si es posible, compartan una visión sobre las necesidades, objetivos y aspiraciones de la persona, que conjuntamente desarrollen un plan de transición con objetivos a corto y a medio plazo. Un plan que aborde los temores de la familia y que tenga como punto de partida un hecho bien demostrado: las personas con autismo en edad adulta siguen evolucionando y progresando como individuos y, cuando se les proporcionan las oportunidades y los apoyos necesarios, pueden incrementar su repertorio de destrezas y habilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

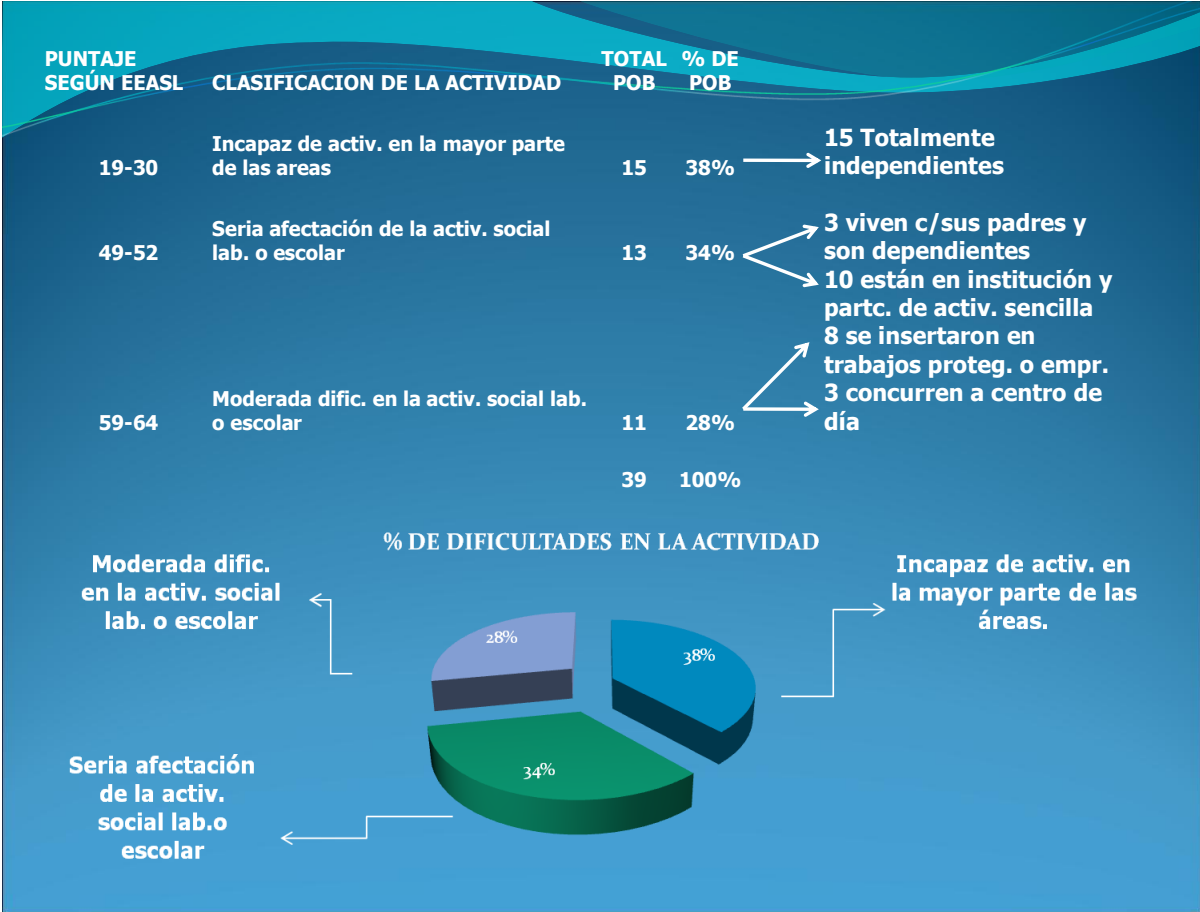
- 1.-DSM_IV_TR: (2003) "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Ed. Masson Barcelona, España
- 2.-Parquet, PH. J., Bursztein, C., Golse, B. (1992): "Autismo: Cuidados, educación y tratamiento". Ed. Masson. Barcelona, España.
- 3.-Rutter, M. & Schopler (1984): "Autismo". Ed. Alhambra Universidad. España.
- 4.-Schopler, Eric & Mesibov, Gary (1983) "Autism in adolescents and adults". Ed. Plenum. New York, USA.
- 5.-Schopler, Eric & Mesibov, Gary (1994) "Behavioral issues in autism". Ed. Plenum. New York, USA.
- 6.-Schopler, Eric & Reichler, Robert (1979): "Individualized Assesment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children". Ed. University Park Press. USA.

ANEXO GRAFICOS

POBLACION 39 CASOS SEGÚN SEXO



RESULTADOS SEGÚN EEASL



Título del trabajo: “Una revista, subjetividades y conocimientos puestos a trabajar”

Apellido y nombres: Zorzoli, Federico Juan Manuel

Correo electrónico: jmzorzoli@hotmail.com

Resumen del Trabajo:

A mediados del año 2010, se organiza en la Institución Proyecto Suma el Área de Terapia Ocupacional, contemplando la inclusión de dos nuevos Terapistas Ocupacionales para trabajar con personas adultas que padecen sufrimiento mental. La experiencia relatada a continuación se desarrolla dentro del dispositivo de Hospital de Día, en el espacio de Terapia Ocupacional.

Objetivo: Promover una actividad intelectual que aliente el intercambio individual-grupal sobre los conocimientos, intereses y gustos en un espacio expresivo que permita establecer y/o afianzar lazos sociales, rescatar saberes previos y construir subjetividades.

Materiales/ Método: A partir del desarrollo de una serie de actividades (juegos, narraciones, dibujos, etc.) para conocer a la población asistente y de la elaboración conjunta de un listado de intereses con cada una de las personas, en base a los resultados obtenidos, se propuso a las/os asistentes (contemplando sus diversidades sintomáticas), como actividad la **confección de una revista.**

Esta requirió de un proceso continuo de adaptaciones y cambios que por las dinámicas individuales, grupales e incluso institucionales fueron modificando los plazos previstos en el inicio de la misma. A su vez, permitió desarrollar otra serie de actividades que beneficiaron grupalmente a los participantes, fortaleciendo la transferencia hacia el profesional a cargo del espacio.

Resultados: La revista **SUMATE** es un producto generado, en todas sus etapas, por sus protagonistas, acompañados por el TO en su construcción. Hasta marzo de 2010 se han publicado dos números con la participación de 40 personas. La misma ha sido solicitada por la institución para mostrar el trabajo realizado en Hospital de día a profesionales e instituciones extranjeras.

Consideraciones finales: Se trata de un proyecto y un proceso, que sostenido en el tiempo da sentido a los individuos mientras articula y resignifica la esencia de asistir a una institución de salud mental y construir el lazo social.

Autor: Zorzoli, Federico Juan Manuel

Título: “Una revista, subjetividades y conocimientos puestos a trabajar”

La experiencia que se presenta a continuación, surge a mediados del año 2010, a partir del ingreso al dispositivo de Hospital de Día dentro de la Institución Proyecto Suma, destinada a atender a personas adultas que padecen sufrimiento mental (i). El espacio de Terapia Ocupacional se ofrece dos veces por semana en cada turno (mañana y tarde), y se incorpora a la institución conjuntamente con la conformación de un equipo de Terapistas Ocupacionales en otros dispositivos conformando el Área de Terapia Ocupacional.

La institución, recientemente constituida (2009), no había podido hasta el momento establecer un trabajo satisfactorio para sus intereses con los profesionales de nuestra disciplina. El rol y las actividades (ii) que desempeñaron las/os profesionales previamente estuvieron relacionadas con participar de los talleres existentes en la institución (Huerta, Arte, Teatro, Musicoterapia) asistiendo a los talleristas dentro de sus espacios; mientras en el propio desarrollaron actividades manuales; sin realizar otras tareas atinentes al rol profesional(iii); por ejemplo el registro en las historias clínicas de la evolución de cada paciente y/o de las actividades por ellas llevadas a cabo.

Se decidió entonces armar una actividad exploratoria: indagar los intereses de las personas, en lugar de asignar una serie de actividades manuales normalmente utilizadas en estos ámbitos.

De la elaboración conjunta de un listado de intereses con los asistentes, surge la necesidad de darle otra orientación al espacio de Terapia Ocupacional ya que la que la mayoría de los asistentes no encontraba, dentro de las actividades artesanales y manuales sentido e interés; destacando y diferenciando a la vez este espacio de los otros existentes en la institución. Las personas han desarrollado a lo largo de su vida actividades de lectura, escritura, música, cocina, dibujo, expresión artística; que fueron dejadas de lado producto de la sintomatología provocada por su enfermedad (iv), no pudiendo compartirlas con otros (familiares, amigos, profesionales, etc.).

Se planteó, como actividad la elaboración de una revista, es decir la participación en una actividad expresiva e intelectual que los convocara y aunara como grupo en ese momento de enfermedad y que esté relacionada con sus saberes, intereses y deseos. La misma propone y convoca a cada individuo a participar activamente, a modelar, discutir, intercambiar y desarrollar capacidades y habilidades individuales en todas sus dimensiones en pos de un proyecto grupal (^v).

Armado y Confección de la Revista:

A partir del uso terapéutico de la Actividad, y teniendo en cuenta algunos de los ejes de Terapia Ocupacional cobra relevancia que la misma sea un producto que ellos vayan modelando.

Se trata de una construcción en la que tienen que involucrarse, con avances y retrocesos, aciertos, errores, posibilidades de relacionar las experiencias que se comparten con el grupo a otros ámbitos de sus vidas cotidianas. Que mejora así la percepción de las dificultades que viven día a día y de las posibilidades de resolver los problemas que surgen para sí, para otros, con ayudas de muchos y no solo individualmente.

A través del soporte gráfico se pretende generar un producto, un espacio de expresión e intercambio individual/grupal para establecer y/o afianzar lazos sociales (^{vi}), construido desde principio a fin por sus protagonistas: desde el nombre, su tapa, contratapa, secciones (poesías, cuentos cortos y largos, sonetos, dibujos, comentarios de libros, obras de arte, teatro, películas, política, entrevistas a los talleristas, viajes, etc.), que material incluir (cuál no), criterios de selección de los contenidos, posicionamiento sobre su propia subjetividad, que cada aporte lo que quiera, y desee siendo acompañados por el profesional a cargo, por el equipo de Terapia Ocupacional, los talleristas y demás profesionales desde distintas perspectivas.

Se trata de un diseño longitudinal que se aplica a todos los talleres de participación grupal existentes en la institución y en los que participan los asistentes al Hospital de Día.

El objetivo general propuesto se centra en incentivar la participación de los asistentes, con su diversidad sintomática, en el espacio de Terapia Ocupacional fomentando el intercambio y la participación del conjunto de personas que integran la trama de la institución, a través de la utilización de actividades propositivas ^(vii) que permitan conformar grupos, en los casos en que abunden intereses comunes, alcanzar una producción única para ser publicada; desarrollar vínculos, intercambios entre los ambos grupos permitiendo que cada uno se incorpore al proceso de armado y confección de la revista desde el lugar singular que le interese y desee participar.

Este proceso llevó cerca de seis meses en tomar forma y convertirse finalmente en un producto de las personas que asisten al espacio de Terapia Ocupacional. El mismo no impone actividades sino que da lugar a que ese espacio sea ocupado y administrado por estos actores a través de acciones que en todos sus aspectos proponen y convocan a la persona a participar activamente rescatando su autonomía ^(viii) en pos de un proyecto grupal extrapolable a otros ámbitos de su vida cotidiana. A su vez permite trabajar aspectos relacionales entre las personas del grupo, su participación en las tareas destinadas a la elaboración de la misma, respeto de los tiempos y plazos personales, tolerancia a la frustración (porque el nombre que propusieron o votaron no fue el elegido), dándole visibilidad a los intereses personales de cada uno de ellos, y ubicarlos en otro rol respecto de sí mismos y otros (familiares y profesionales).

Debe mencionarse a su vez el rol desempeñado por la institución, involuntariamente retrasando en un principio, el proyecto a partir de la intervención de diversos profesionales en el proceso general de confección de la revista (acercamiento de profesionales para colaborar que luego no pudieron ajustarse a los tiempos y la dinámica propuesta), para luego favorecer y apoyar la iniciativa, aportando recursos, materiales, herramientas. Se destinó un tiempo para la confección de las secciones, el nombre de la revista logrando contabilizarse 50 opciones distintas que fueron sometidas a votación, logrando finalmente establecer el nombre de la revista: **“SUMATE”**.

SUMATE fue presentada formalmente el 6 de Diciembre del año pasado, donde los asistentes, convocaron a familiares y profesionales de la institución, fueron obsequiadas a sus familiares orgullosos de haber participado en este colectivo que los ubica en un espacio diferente al relacionado con la enfermedad y sus problemas cotidianos. Con una tirada de 120 números promedios y salida trimestral, SUMATE, es hoy una realidad que lleva dos números impresos. Algunas revistas viajaron a otros países para mostrar a familiares lejanos el producto, así como también para promocionar las actividades desarrolladas por la institución.

Bibliografía

-
- ⁱ Galende, Emiliano, 2007. “El Sufrimiento Mental: el poder, la ley y los derechos”, Editorial Lugar, (Buenos Aires, Argentina) 1-3, 164-170.
- ⁱⁱ Paganizzi, Liliana, 2007. “Terapia Ocupacional Psicosocial” Editorial Polemos (Buenos Aires, Argentina). Pág. 59-64
- Paganizzi, Liliana, 1997. “Actividad. Lenguaje Particular” Editorial Edigraf (Buenos Aires, Argentina).
- Moruno Miralles, Pedro; Romero Ayuso, Dulce María, 2006 “Actividades de la Vida Diaria” Editorial Masson, (Barcelona, España). Pág. 219-256.
- ⁱⁱⁱ Ley Nacional N° 17132 de Ejercicio Profesional
- ^{iv} C.O.L.T.O.A, 1998. “Terapia Ocupacional, Reflexiones” Editorial C.O.L.T.O.A (Buenos Aires, Argentina) Pág. 67- 72.
- ^v Kronenberg, Frank, Simó Algado, Salvador; Pollard, Nick, 2006. “Terapia Ocupacional sin Fronteras, aprendiendo del espíritu de los supervivientes” Editorial Médica Panamericana (Buenos Aires, Argentina). Pág. 6.
- ^{vi} Foucault, Michel, 2008. “La vida de los hombres infames”, Editorial Altamira (La Plata, Argentina).
- Galende, Emiliano, 1994 3° ed. “Psicoanálisis y Salud Mental”, Editorial Paidós (Buenos Aires, Argentina). Pág. 210.

^{vii} Kielhofner, Gary, 1995. “A model of human occupation: Theory and Application” (Baltimore, EE.UU).

^{viii} Polonio López, Begonia, Durante Molina, Pilar; Noya Arnaiz, Blanca, 2001. “Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional” Editorial Médica Panamericana (Buenos Aires).

“Uso de la tecnología como herramienta de participación social en Adultos Mayores que asisten a la Casa Encuentro de Valparaíso”.

Autores: T.O Blanca Soledad Farías Cerda

T.O MG Luzmarina Sandra Silva Concha

Correo electrónico lsilvaconcha@gmail.com

RESUMEN

La información digital trae consigo nuevas tendencias y abre puertas en las que los adultos mayores generalmente se ven excluidos. El tema de incorporar a los Adultos Mayores se hace cada vez más presente en políticas de gobierno, y los cursos de alfabetización digital son los más solicitados. **OBJETIVOS:** conocer el impacto de esta herramienta tecnológica en la participación social del adulto mayor. **METODOLOGIA** investigación cuantitativa, de diseño exploratorio descriptivo. Con una población de estudio de 43 Adultos Mayores que han realizado curso de computación hace 6 meses. La recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario, compuesto por preguntas cerradas y abiertas. **RESULTADOS:** El 95% de la población asegura que les ha servido usar computador, Internet y correo electrónico, con diferentes propósitos. Esto concuerda con resultados del SENAMA: adultos mayores que usan computador promedio de 3.7 veces por semana y utilizan el Internet para comunicarse con amigos. Los adultos mayores han incorporado en su rutina el uso del computador, teniendo acceso a Internet para compartir con amigos y familia, buscar información útil y significativa, siendo de ayuda para las tareas escolares de sus nietos. Los terapeutas deben incorporar el uso de Internet sobre todo en pacientes hospitalizados o internos.

INTRODUCCIÓN

El aumento demográfico de la población mayor de 60 años, es un fenómeno mundial que plantea diversidad de desafíos a las sociedades contemporáneas. Los adultos mayores enfrentan el reto de llevar adelante nuevos aprendizajes para integrarse al grupo social con el que conviven ya que se encuentran en un medio que posee alta densidad comunicativa, producto de la introducción generalizada de las Tecnologías de la Información y Comunicación. (1). Las nuevas herramientas que se incorporan permanentemente a los distintos escenarios sociales traen consigo rápidos y significativos cambios. Por lo cual se

crea la necesidad por parte de los adultos mayores de adquirir, al igual que las personas de otras edades, tecnología útil, funcional, fácil de manejar y significativa para llevar a cabo tareas cotidianas.

Según las estadísticas mundiales, la mayoría de usuarios de computadoras y de Internet oscila entre los 6 y 20 años de edad en esta era de las telecomunicaciones. Por el contrario, los usuarios mayores de 60 años son minoría; sin embargo, esto ha ido cambiando ya que demuestra su capacidad para continuar aprendiendo.(2) El poder acceder a estos conocimientos, significa para el adulto mayor no quedar marginado de todos los adelantos que estas tecnologías imponen, sino también significa compartir con las generaciones jóvenes un espacio que estos ya manejan; sentirse vigentes dentro de una sociedad cada día más informatizada, y comunicarse con otros de manera casi inmediata, dando inicio a la incorporación de esta cultura digital en que es inevitablemente el nuevo espacio epistemológico y existencial del ser y ese espacio nos revela códigos lingüísticos; fusión de máquina y naturaleza, de deseo y lenguaje (3)

En nuestro país niños y jóvenes están formándose bajo la perspectiva de una sociedad inmersa en un mundo globalizado bajo las exigencias tecnológicas y estándares de calidad de los nuevos tratados económicos y comerciales que nuestro país ha firmado con otras naciones de orden global. El currículo se ha reformulado a través de la Reforma Educativa, así, como las universidades han comprendido la importancia de preparar a los futuros profesionales con las competencias que requiere el hombre y la mujer de hoy y del mañana. Sin embargo, quienes son el interés de esta investigación no tuvieron la misma suerte, ya que ellos vivieron en épocas distintas a la nuestra, donde los intereses económicos y sociales eran otros. El adulto mayor hoy es una realidad en nuestro país, la composición por edades de la población y el aumento sostenido de las personas mayores de 60 años es indesmentible, el desafío social en este grupo apunta al mercado del trabajo, a la salud, al ocio recreativo y a analizar qué respuestas está entregando a esta comunidad la sociedad, en términos de su bienestar e integración social. "Los adultos mayores manifiestan una ansiedad especial por aprender el uso de las nuevas tecnologías, porque han transformado el lenguaje de la juventud. Para ellos no saber nada es casi como no saber español, se sienten nuevamente inmigrantes, inmigrantes en la informática." (4)

En consecuencia, entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez. Uno de los criterios para asumirse "viejo" es el descenso de la participación social y el sentimiento de inutilidad que sobreviene.

Por lo que al hablar de participación social nos referimos a la "participación social significativa", proceso de interacción personal que consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa. Considerando los aportes de Caplan a la Psicología Social, la participación social haría referencia a sistemas de apoyo o suministros psicosociales como uniones entre individuos, caracterizados por ayuda material, asistencia física, compartir pensamientos, sentimientos, experiencias, y contactos sociales positivos (5)

Más que el número de contactos sociales, es importante la calidad de los mismos. En este sentido, el fortalecimiento de los lazos sociales, familiares, las visitas y la participación en actividades sociocomunitarias serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad. El hecho de tener todavía objetivos y metas en la vida y de seguir formando parte activa de un grupo social está relacionado con el mantenimiento de un buen nivel de salud. Según Erikson, los que envejecen deben mantener una función generativa: por un lado, deben producir y crear; y por otro, relacionarse con los demás y sentirse responsable de ellos, pues se vive en relación con otros, y esto implica orientarse a tareas, cumplir con causas a las cuales servir y relacionarse con otros a través de la comunicación y solidaridad social.(6)

Por este motivo es que este estudio intenta identificar el interés de los adultos mayores por participar en los talleres de computación y ver como este nuevo aprendizaje digital influye en la participación social.

METODOLOGÍA

El presente estudio se basa en el paradigma cuantitativo, descriptivo y exploratorio con un diseño no experimental, transeccional. Cuyas variables de estudio son: Interés de los Adultos Mayores por asistir al Taller de Computación y Participación Social.

La población del estudio corresponde a 43 adultos(a) mayores que asisten a los diversos talleres impartidos en la Casa Encuentro de Valparaíso perteneciente al IPS. Que

han realizado un taller de computación en estos últimos 6 meses. Por ser una población pequeña se trabaja con todos los individuos.

La recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario que recoge antecedentes generales y mide el interés y uso del computador como medio de participación social, compuesto de preguntas cerradas y abiertas. El instrumento de recolección de datos fue sometido a proceso de validez de contenido mediante juicio de expertos según el método de investigación científica. Para determinar la confiabilidad se utilizó el método Test – Retest, también conocido como medida de estabilidad obteniéndose un promedio de confiabilidad= 94%

PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En relación al perfil de los 43 Adultos mayores encuestados, 41 de ellas corresponde al sexo femenino, mientras que solo 2 personas son del sexo masculino. Respecto a la edad de los encuestados, la mayoría se encuentra entre el rango de los 65 y 69 años de edad. 17 personas se encuentran casadas, 12 solteras y 11 viudas, en relación a la escolaridad la mayor parte tiene estudios universitarios correspondiendo a 16 personas, y enseñanza media completa correspondiendo a 16 personas.

La mayor parte de los encuestados correspondiendo a 17 personas viven solas, con respecto al número de hijos 14 personas tienen un solo hijo, le siguen 8 personas que no tienen ningún hijo. En relación a número de nietos 10 personas no tiene nietos, y 8 personas tienen entre 1 y 5 nietos. De las personas que si tienen nietos 31 personas comparten con ellos, mientras que una persona no comparte con su nieto y 10 personas no tienen nietos

Frente al interés de los Adultos Mayores, por asistir al taller de computación los resultados señalan que 20 personas se interesan por aprender computación para mantenerse actualizados y estar al día en la comunicación digital, 9 personas por necesidad y ampliar conocimientos, 6 personas se interesan en aprender computación para comunicarse con hijos y nietos que están en el extranjero y 4 Adultos Mayores no responden.

Según la literatura los resultados obtenidos confirman lo expresados por Cerda .A. En cuanto a que el interés y la motivación del Adulto(a) Mayor radica en la necesidad de estar adecuado a los cambios sociales, para formarse y alfabetizarse digitalmente con una

autoestima elevada, con conocimientos y habilidades específicas, que le permita mejorar la percepción del envejecimiento, el cómo son aceptados por los demás y su deseo de relacionarse con otros. Poder comunicarse a través de Internet, informarse, compartir alguna red afín, participar activamente del desarrollo y de los avances, comunicarse con hijos o nietos vía e-mail u otro medio electrónico, facilita la vida de quien no cuenta con la vitalidad y energía para movilizarse a muchas partes y cumplir con todos esos deberes y quien muchas veces está solo. (7)

En otras palabras, el adulto mayor deja de sentirse excluido y se siente capaz de seguir aprendiendo, colaborando, participando y siendo parte activa de su grupo y de la sociedad. Además en el estudio planteado por Villar Posada, F et al, 2003 sobre los aspectos, vinculados más al efecto del curso sobre las motivaciones e intereses del participante, sobre su propia autoestima o sobre la calidad de las relaciones sociales establecidas a partir del curso, son también de gran importancia, especialmente en personas mayores, en las que la formación está más vinculada al presente como un fin que al futuro como un mero instrumento para obtener una meta deseada. En este sentido, los resultados obtenidos permiten afirmar que el curso tuvo éxito: despertó y potenció el interés por los computadores y la tecnología, fue percibido como interesante y útil, y dio pie a construir nuevos vínculos sociales. Esto también concuerda con lo planteado en el estudio realizado por SENAMA 2009, donde se señala que 77 Adultos(as) Mayores, están de acuerdo en que las nuevas tecnologías les permiten mantenerse comunicado(a) con las personas que les interesan.

En lo que respecta a la participación social, el total de la población, 43 Adultos(as) Mayores considera que el taller de computación les ha permitido compartir con sus pares, 33 personas creen que el correo electrónico les ha permitido acercarse a las personas. Sin embargo 31 personas creen que navegar a través de Internet no les ha permitido participar en agrupaciones de Adultos(as) Mayores ya que prefieren la participación activa y asisten a diversos talleres y no virtual, 23 personas no usan Internet para ponerse en contacto con amigos de la infancia, sin embargo 29 personas usan Internet para comunicarse con amigos que están en el extranjero, a pesar de que la mayoría no lo usa aun, debemos aclarar que previamente no sabían usarlo, 35 personas creen que incorporar al uso del computador les ha permitido compartir con gente más joven, 37 personas creen que usar Internet les ha beneficiado y 23 personas si se informan y participan en actividades deportivas y recreativas.

Lo que concuerda con lo planteado por Cerda, A. 2005, al exponer que las aptitudes elementales de programas informáticos corrientes permite llegar a tener la capacidad de utilizar redes como Internet y tener acceso a los recursos que ofrece. Para el adulto mayor esta es una tarea de integración al mundo de la información y el conocimiento. La seguridad social es un derecho humano y dentro de este derecho se considera el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, su integración y la posibilidad de asociatividad. En cuanto al uso de Internet para ver televisión 39 personas no lo usan con este fin, 30 personas no escuchan radio por Internet, a 27 personas Internet los mantiene al día culturalmente y 28 personas participan y se enteran de actividades culturales a través de Internet. En lo que respecta a comunicarse a través del chat 24 personas no lo usan para compartir con otras personas, en lo que se refiere al uso del chat y sentirse menos solo 29 personas no está de acuerdo y 25 personas no usa el chat para hablar temas de su interés. La población estudiada refleja que el uso que se da al Internet básicamente, es para la participación social y mantenerse al día culturalmente, lo que concuerda con el estudio realizado por SENAMA 2009, donde las cifras que se obtienen son 68 Adultos(as) Mayores que usan Internet para Enviar y recibir correos, 11 Adultos(as) Mayores, usan Internet para revisar su Facebook, 10 Adultos(as) Mayores, usan Internet para Hacer transferencias y operaciones bancarias, 4 Adultos(as) Mayores, usan Internet para chatear, 3 Adultos(as) Mayores, usan Internet para Jugar, 2 Adultos(as) Mayores, usan Internet para leer diarios.

Por lo descrito anteriormente se puede afirmar que sin duda, que la incorporación de los Adultos(as) Mayores, al mundo tecnológico es una realidad y el poder acceder a estos conocimientos, significa no quedar marginado de todos los adelantos que estas tecnologías imponen, sin embargo también significa compartir con las generaciones jóvenes un espacio que estos ya manejan; sentirse vigentes dentro de una sociedad cada día más informatizada, y comunicarse con otros de manera casi inmediata, dando inicio a la incorporación de esta cultura digital. A pesar que parecen cifras menores de participación se va en aumento.

Finalmente se concluye con certeza, que el hecho de poder acceder a una herramienta que permite la inclusión, la participación social y la incorporación a la rutina diaria de una persona, que se ve favorecida tecnológicamente, también permite que el adulto mayor adquiera conocimientos y puedan ser aplicados dentro de una sociedad tecnológica, de este modo se busca el mayor crecimiento y mejores posibilidades para acceder a ellos de manera eficiente sin sentirse desplazados y ajenos a una realidad a la que ellos mismos pertenecen, a

una sociedad tecnológica que sin duda crece, pero también un escenario donde los Adultos(as) Mayores son los principales actores.

Esta investigación puede ser el punto de partida para otros estudios que quieran indagar sobre este tema o dar origen a nuevas investigaciones que entreguen información relevante, y así mejorar las políticas de inclusión, participación social y mayor acceso a la tecnología, lo que lo hace interesante de abordar desde el punto de vista de Terapia Ocupacional, incorporando el computador como herramienta de tratamiento terapéutico y de aprendizaje, ya que así como hay Adultos(as) Mayores que si tienen la posibilidad de salir de sus casas de manera independiente y participar dentro de su comunidad, hay personas que están limitadas a permanecer en sus hogares ya sea por enfermedad, acceso, etc. El computador sería una buena herramienta de acercamiento hacia la comunidad, lo que permite una mayor ocupación dentro de la población Adulta Mayor, siendo este participe en lo que sucede en su entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Boarini, M. (2002). La Educación de los Adultos Mayores en TICs. Nuevas competencias para la Sociedad de Hoy. *TE& ET Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología* , p 3-7.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (2005). Estadísticas sobre disponibilidad y uso de tecnología de información y comunicación en los hogares. México: Autor, pp.8-17.
- 3.- Escalante, E .(2002).Mentes nómades: ensayo sobre las nuevas tecnologías Universidad de Playa Ancha. Facultad de ciencias naturales y exactas. Valparaíso.
- 4.- Schuster, N (junio 2005).www.portal.educ.ar.Los adultos mayores y el mundo cibernético. Recuperado el martes, julio de 2009 de <http://portal.educ.ar/noticias/nidia-shuster-los-adultos-may1-php>.
- 5.- Monchietti, A. (junio de 2007) Participación Social y estilos de vida, su relación con la calidad de vida en la vejez. Curso virtual educación para el envejecimiento. Recuperado el jueves, octubre de 2009, <http://www.psiconet.com/tiempo/cvepe2/biblio3.htm>
- 6.- (Caplan y Keane, 1985). (Junio de 2007) Participación Social y estilos de vida, su relación con la calidad de vida en la vejez. Curso virtual educación para el envejecimiento.

Recuperado el jueves, octubre de 2009,

<http://www.psiconet.com/tiempo/cvepe2/biblio3.htm.7>

7. http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml

“Uso de la tecnología como herramienta de participación social en Adultos Mayores que asisten a la Casa Encuentro de Valparaíso”.

Autores: T.O Blanca Soledad Farías Cerda

T.O MG Luzmarina Sandra Silva Concha,

Correo electrónico: lsilvaconcha@gmail.com

RESUMEN

La información digital trae consigo nuevas tendencias y abre puertas en las que los adultos mayores generalmente se ven excluidos. El tema de incorporar a los Adultos Mayores se hace cada vez más presente en políticas de gobierno, y los cursos de alfabetización digital son los más solicitados. **OBJETIVOS:** conocer el impacto de esta herramienta tecnológica en la participación social del adulto mayor. **METODOLOGIA** investigación cuantitativa, de diseño exploratorio descriptivo. Con una población de estudio de 43 Adultos Mayores que han realizado curso de computación hace 6 meses. La recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario, compuesto por preguntas cerradas y abiertas. **RESULTADOS:** El 95% de la población asegura que les ha servido usar computador, Internet y correo electrónico, con diferentes propósitos. Esto concuerda con resultados del SENAMA: adultos mayores que usan computador promedio de 3.7 veces por semana y utilizan el Internet para comunicarse con amigos. Los adultos mayores han incorporado en su rutina el uso del computador, teniendo acceso a Internet para compartir con amigos y familia, buscar información útil y significativa, siendo de ayuda para las tareas escolares de sus nietos. Los terapeutas deben incorporar el uso de Internet sobre todo en pacientes hospitalizados o internos.

INTRODUCCIÓN

El aumento demográfico de la población mayor de 60 años, es un fenómeno mundial que plantea diversidad de desafíos a las sociedades contemporáneas. Los adultos mayores enfrentan el reto de llevar adelante nuevos aprendizajes para integrarse al grupo social con el que conviven ya que se encuentran en un medio que posee alta densidad comunicativa, producto de la introducción generalizada de las Tecnologías de la Información y Comunicación. (1). Las nuevas herramientas que se incorporan permanentemente a los distintos escenarios sociales traen consigo rápidos y significativos cambios. Por lo cual se

crea la necesidad por parte de los adultos mayores de adquirir, al igual que las personas de otras edades, tecnología útil, funcional, fácil de manejar y significativa para llevar a cabo tareas cotidianas.

Según las estadísticas mundiales, la mayoría de usuarios de computadoras y de Internet oscila entre los 6 y 20 años de edad en esta era de las telecomunicaciones. Por el contrario, los usuarios mayores de 60 años son minoría; sin embargo, esto ha ido cambiando ya que demuestra su capacidad para continuar aprendiendo.(2) El poder acceder a estos conocimientos, significa para el adulto mayor no quedar marginado de todos los adelantos que estas tecnologías imponen, sino también significa compartir con las generaciones jóvenes un espacio que estos ya manejan; sentirse vigentes dentro de una sociedad cada día más informatizada, y comunicarse con otros de manera casi inmediata, dando inicio a la incorporación de esta cultura digital en que es inevitablemente el nuevo espacio epistemológico y existencial del ser y ese espacio nos revela códigos lingüísticos; fusión de máquina y naturaleza, de deseo y lenguaje (3)

En nuestro país niños y jóvenes están formándose bajo la perspectiva de una sociedad inmersa en un mundo globalizado bajo las exigencias tecnológicas y estándares de calidad de los nuevos tratados económicos y comerciales que nuestro país ha firmado con otras naciones de orden global. El currículo se ha reformulado a través de la Reforma Educativa, así, como las universidades han comprendido la importancia de preparar a los futuros profesionales con las competencias que requiere el hombre y la mujer de hoy y del mañana. Sin embargo, quienes son el interés de esta investigación no tuvieron la misma suerte, ya que ellos vivieron en épocas distintas a la nuestra, donde los intereses económicos y sociales eran otros. El adulto mayor hoy es una realidad en nuestro país, la composición por edades de la población y el aumento sostenido de las personas mayores de 60 años es indesmentible, el desafío social en este grupo apunta al mercado del trabajo, a la salud, al ocio recreativo y a analizar qué respuestas está entregando a esta comunidad la sociedad, en términos de su bienestar e integración social. “Los adultos mayores manifiestan una ansiedad especial por aprender el uso de las nuevas tecnologías, porque han transformado el lenguaje de la juventud. Para ellos no saber nada es casi como no saber español, se sienten nuevamente inmigrantes, inmigrantes en la informática.” (4)

En consecuencia, entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez. Uno de los criterios para asumirse "viejo" es el descenso de la participación social y el sentimiento de inutilidad que sobreviene.

Por lo que al hablar de participación social nos referimos a la "participación social significativa", proceso de interacción personal que consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa. Considerando los aportes de Caplan a la Psicología Social, la participación social haría referencia a sistemas de apoyo o suministros psicosociales como uniones entre individuos, caracterizados por ayuda material, asistencia física, compartir pensamientos, sentimientos, experiencias, y contactos sociales positivos (5)

Más que el número de contactos sociales, es importante la calidad de los mismos. En este sentido, el fortalecimiento de los lazos sociales, familiares, las visitas y la participación en actividades sociocomunitarias serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad. El hecho de tener todavía objetivos y metas en la vida y de seguir formando parte activa de un grupo social está relacionado con el mantenimiento de un buen nivel de salud. Según Erikson, los que envejecen deben mantener una función generativa: por un lado, deben producir y crear; y por otro, relacionarse con los demás y sentirse responsable de ellos, pues se vive en relación con otros, y esto implica orientarse a tareas, cumplir con causas a las cuales servir y relacionarse con otros a través de la comunicación y solidaridad social.(6)

Por este motivo es que este estudio intenta identificar el interés de los adultos mayores por participar en los talleres de computación y ver como este nuevo aprendizaje digital influye en la participación social.

METODOLOGÍA

El presente estudio se basa en el paradigma cuantitativo, descriptivo y exploratorio con un diseño no experimental, transeccional. Cuyas variables de estudio son: Interés de los Adultos Mayores por asistir al Taller de Computación y Participación Social.

La población del estudio corresponde a 43 adultos(a) mayores que asisten a los diversos talleres impartidos en la Casa Encuentro de Valparaíso perteneciente al IPS. Que

han realizado un taller de computación en estos últimos 6 meses. Por ser una población pequeña se trabaja con todos los individuos.

La recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario que recoge antecedentes generales y mide el interés y uso del computador como medio de participación social, compuesto de preguntas cerradas y abiertas. El instrumento de recolección de datos fue sometido a proceso de validez de contenido mediante juicio de expertos según el método de investigación científica. Para determinar la confiabilidad se utilizó el método Test – Retest, también conocido como medida de estabilidad obteniéndose un promedio de confiabilidad= 94%

PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En relación al perfil de los 43 Adultos mayores encuestados, 41 de ellas corresponde al sexo femenino, mientras que solo 2 personas son del sexo masculino. Respecto a la edad de los encuestados, la mayoría se encuentra entre el rango de los 65 y 69 años de edad. 17 personas se encuentran casadas, 12 solteras y 11 viudas, en relación a la escolaridad la mayor parte tiene estudios universitarios correspondiendo a 16 personas, y enseñanza media completa correspondiendo a 16 personas.

La mayor parte de los encuestados correspondiendo a 17 personas viven solas, con respecto al número de hijos 14 personas tienen un solo hijo, le siguen 8 personas que no tienen ningún hijo. En relación a número de nietos 10 personas no tiene nietos, y 8 personas tienen entre 1 y 5 nietos. De las personas que si tienen nietos 31 personas comparten con ellos, mientras que una persona no comparte con su nieto y 10 personas no tienen nietos

Frente al interés de los Adultos Mayores, por asistir al taller de computación los resultados señalan que 20 personas se interesan por aprender computación para mantenerse actualizados y estar al día en la comunicación digital, 9 personas por necesidad y ampliar conocimientos, 6 personas se interesan en aprender computación para comunicarse con hijos y nietos que están en el extranjero y 4 Adultos Mayores no responden.

Según la literatura los resultados obtenidos confirman lo expresados por Cerda .A. En cuanto a que el interés y la motivación del Adulto(a) Mayor radica en la necesidad de estar adecuado a los cambios sociales, para formarse y alfabetizarse digitalmente con una

autoestima elevada, con conocimientos y habilidades específicas, que le permita mejorar la percepción del envejecimiento, el cómo son aceptados por los demás y su deseo de relacionarse con otros. Poder comunicarse a través de Internet, informarse, compartir alguna red afín, participar activamente del desarrollo y de los avances, comunicarse con hijos o nietos vía e-mail u otro medio electrónico, facilita la vida de quien no cuenta con la vitalidad y energía para movilizarse a muchas partes y cumplir con todos esos deberes y quien muchas veces está solo. (7)

En otras palabras, el adulto mayor deja de sentirse excluido y se siente capaz de seguir aprendiendo, colaborando, participando y siendo parte activa de su grupo y de la sociedad. Además en el estudio planteado por Villar Posada, F et al, 2003 sobre los aspectos, vinculados más al efecto del curso sobre las motivaciones e intereses del participante, sobre su propia autoestima o sobre la calidad de las relaciones sociales establecidas a partir del curso, son también de gran importancia, especialmente en personas mayores, en las que la formación está más vinculada al presente como un fin que al futuro como un mero instrumento para obtener una meta deseada. En este sentido, los resultados obtenidos permiten afirmar que el curso tuvo éxito: despertó y potenció el interés por los computadores y la tecnología, fue percibido como interesante y útil, y dio pie a construir nuevos vínculos sociales. Esto también concuerda con lo planteado en el estudio realizado por SENAMA 2009, donde se señala que 77 Adultos(as) Mayores, están de acuerdo en que las nuevas tecnologías les permiten mantenerse comunicado(a) con las personas que les interesan.

En lo que respecta a la participación social, el total de la población, 43 Adultos(as) Mayores considera que el taller de computación les ha permitido compartir con sus pares, 33 personas creen que el correo electrónico les ha permitido acercarse a las personas. Sin embargo 31 personas creen que navegar a través de Internet no les ha permitido participar en agrupaciones de Adultos(as) Mayores ya que prefieren la participación activa y asisten a diversos talleres y no virtual, 23 personas no usan Internet para ponerse en contacto con amigos de la infancia, sin embargo 29 personas usan Internet para comunicarse con amigos que están en el extranjero, a pesar de que la mayoría no lo usa aun, debemos aclarar que previamente no sabían usarlo, 35 personas creen que incorporar al uso del computador les ha permitido compartir con gente más joven, 37 personas creen que usar Internet les ha beneficiado y 23 personas si se informan y participan en actividades deportivas y recreativas.

Lo que concuerda con lo planteado por Cerda, A. 2005, al exponer que las aptitudes elementales de programas informáticos corrientes permite llegar a tener la capacidad de utilizar redes como Internet y tener acceso a los recursos que ofrece. Para el adulto mayor esta es una tarea de integración al mundo de la información y el conocimiento. La seguridad social es un derecho humano y dentro de este derecho se considera el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, su integración y la posibilidad de asociatividad. En cuanto al uso de Internet para ver televisión 39 personas no lo usan con este fin, 30 personas no escuchan radio por Internet, a 27 personas Internet los mantiene al día culturalmente y 28 personas participan y se enteran de actividades culturales a través de Internet. En lo que respecta a comunicarse a través del chat 24 personas no lo usan para compartir con otras personas, en lo que se refiere al uso del chat y sentirse menos solo 29 personas no está de acuerdo y 25 personas no usa el chat para hablar temas de su interés. La población estudiada refleja que el uso que se da al Internet básicamente, es para la participación social y mantenerse al día culturalmente, lo que concuerda con el estudio realizado por SENAMA 2009, donde las cifras que se obtienen son 68 Adultos(as) Mayores que usan Internet para Enviar y recibir correos, 11 Adultos(as) Mayores, usan Internet para revisar su Facebook, 10 Adultos(as) Mayores, usan Internet para Hacer transferencias y operaciones bancarias, 4 Adultos(as) Mayores, usan Internet para chatear, 3 Adultos(as) Mayores, usan Internet para Jugar, 2 Adultos(as) Mayores, usan Internet para leer diarios.

Por lo descrito anteriormente se puede afirmar que sin duda, que la incorporación de los Adultos(as) Mayores, al mundo tecnológico es una realidad y el poder acceder a estos conocimientos, significa no quedar marginado de todos los adelantos que estas tecnologías imponen, sin embargo también significa compartir con las generaciones jóvenes un espacio que estos ya manejan; sentirse vigentes dentro de una sociedad cada día más informatizada, y comunicarse con otros de manera casi inmediata, dando inicio a la incorporación de esta cultura digital. A pesar que parecen cifras menores de participación se va en aumento.

Finalmente se concluye con certeza, que el hecho de poder acceder a una herramienta que permite la inclusión, la participación social y la incorporación a la rutina diaria de una persona, que se ve favorecida tecnológicamente, también permite que el adulto mayor adquiera conocimientos y puedan ser aplicados dentro de una sociedad tecnológica, de este modo se busca el mayor crecimiento y mejores posibilidades para acceder a ellos de manera eficiente sin sentirse desplazados y ajenos a una realidad a la que ellos mismos pertenecen, a

una sociedad tecnológica que sin duda crece, pero también un escenario donde los Adultos(as) Mayores son los principales actores.

Esta investigación puede ser el punto de partida para otros estudios que quieran indagar sobre este tema o dar origen a nuevas investigaciones que entreguen información relevante, y así mejorar las políticas de inclusión, participación social y mayor acceso a la tecnología, lo que lo hace interesante de abordar desde el punto de vista de Terapia Ocupacional, incorporando el computador como herramienta de tratamiento terapéutico y de aprendizaje, ya que así como hay Adultos(as) Mayores que si tienen la posibilidad de salir de sus casas de manera independiente y participar dentro de su comunidad, hay personas que están limitadas a permanecer en sus hogares ya sea por enfermedad, acceso, etc. El computador sería una buena herramienta de acercamiento hacia la comunidad, lo que permite una mayor ocupación dentro de la población Adulta Mayor, siendo este participe en lo que sucede en su entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Boarini, M. (2002). La Educación de los Adultos Mayores en TICs. Nuevas competencias para la Sociedad de Hoy. *TE& ET Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología* , p 3-7.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (2005). Estadísticas sobre disponibilidad y uso de tecnología de información y comunicación en los hogares. México: Autor, pp.8-17.
- 3.- Escalante, E .(2002).Mentes nómades: ensayo sobre las nuevas tecnologías Universidad de Playa Ancha. Facultad de ciencias naturales y exactas. Valparaíso.
- 4.- Schuster, N (junio 2005).www.portal.educ.ar.Los adultos mayores y el mundo cibernético. Recuperado el martes, julio de 2009 de <http://portal.educ.ar/noticias/nidia-shuster-los-adultos-may1-php>.
- 5.- Monchietti, A. (junio de 2007) Participación Social y estilos de vida, su relación con la calidad de vida en la vejez. Curso virtual educación para el envejecimiento. Recuperado el jueves, octubre de 2009, <http://www.psiconet.com/tiempo/cvepe2/biblio3.htm>
- 6.- (Caplan y Keane, 1985). (Junio de 2007) Participación Social y estilos de vida, su relación con la calidad de vida en la vejez. Curso virtual educación para el envejecimiento.

Recuperado el jueves, octubre de 2009,

<http://www.psiconet.com/tiempo/cvepe2/biblio3.htm.7>

7. http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml

Utilización de una evaluación Multidimensional del Temblor en Esclerosis Múltiple. Reporte de un caso

Autores: Lic. Myriam Scaffa
Lic. Magali Oppenheimer
Dr. Fernando Cáceres.

Correo Electrónico: mscaffa@fundacionineba.org

Resumen:

El temblor es un síntoma común de la Esclerosis Múltiple, que tiene efectos debilitantes sobre el desempeño ocupacional y la calidad de vida. El temblor es complejo; y una válida y fiable herramienta de evaluación que permita un abordaje multidimensional se necesita para guiar las decisiones de intervención. Un nuevo instrumento de evaluación, el MAT (evaluación del temblor multidimensional) fue diseñado para medir la severidad y el impacto funcional del temblor en personas con Esclerosis Múltiple.

Este test demostró la confiabilidad inter-rater y confiabilidad test-re-test excelentes, mientras su criterio de validez tuvo un rango de pobre a bueno. El MAT ofrece a los terapeutas utilidad clínica, basada en la evidencia, y una herramienta multidimensional para evaluar el temblor en Esclerosis Múltiple.

En nuestro trabajo se implementó el uso del MAT en un paciente con Esclerosis Múltiple secundaria progresiva, para guiar la planificación del tratamiento.

Introducción:

El temblor es un frecuente síntoma de esclerosis múltiple.

Es definido como un rítmico, movimiento oscilatorio, involuntario de un área del cuerpo. El temblor en esclerosis múltiple puede afectar cabeza, cuello, cuerdas vocales, tronco y miembros, pero es más común en los brazos. Las dos formas prevalentes del mismo son temblor postural, presente cuando se sostiene una posición en contra de la gravedad, y temblor intencional, presente durante el movimiento dirigido a un objetivo, que empeora a medida que la persona llega a la meta.

El temblor puede ser incapacitante, seriamente limitante en la funcionalidad y habilidad para desempeñar las actividades de la vida diaria. En nuestra clínica los pacientes

con temblor por EM, reportan que las mayores dificultades en las actividades de la vida diaria son aquellas que requieren movimientos pequeños y precisos.

En un estudio sobre el efecto del temblor en personas con EM, Feyes et al. encontró que este interfiere con la actividad de comer, tomar, asearse y vestirse. El temblor también puede tener efectos negativos en el funcionamiento psicosocial, limitando entre lo vergonzoso, la depresión y la ansiedad.

Las terapistas ocupacionales proveemos de numerosas herramientas y estrategias para ayudar a las personas a hacer frente al temblor. La habilidad para proveer intervenciones efectivas, dependerá de la disponibilidad de un instrumento valido y real que evalúe a personas por su temblor.

Individuos con EM han reportado en previos estudios pilotos (SR Vance and KJ Condon, data publicada en 2006) que el temblor es multidimensional en términos de presentación e impacto. Sin embargo, un método de evaluación multidimensional es necesario para comprender el cuadro de los síntomas y guiar las decisiones de tratamiento. Hasta ahora, ninguna herramienta de evaluación existía. El desarrollo de la evaluación multidimensional del temblor para desempeño ocupacional (MAT-OPI) (THenne and KJ Waldorf, datos no publicados, 2007), luego reducido a Evaluación Multidimensional del Temblor (MAT). Esta nueva batería provee información sobre la severidad, impacto funcional, e implicancias psicosociales del temblor en esclerosis múltiple. El MAT consiste de cuatro componentes que caracterizan las diversas dimensiones del temblor en EM; y provee pautas para planificar el tratamiento.

En este trabajo mostramos el uso del MAT en un paciente con EM secundaria progresiva y como esta herramienta no solo nos dio valores mensurables para el temblor en forma objetiva y subjetiva sino que además facilitó la planificación del tratamiento y la intervención específica de acuerdo a las actividades señaladas por el paciente, orientando nuestra forma de abordaje a la actual línea de intervención en Terapia Ocupacional centrada en el paciente y basada en la evidencia.

En base a esto nuestro objetivo fue **determinar la utilidad de este test como herramienta de evaluación y planificación de tratamiento centrada en el interés del paciente.**

Sujeto y Método:

Se hizo el reporte de un caso en un paciente de sexo masculino con diagnóstico de Esclerosis Múltiple (definida por criterios de Mac Donald), ingresado a tratamiento de un plan integral de neurorehabilitación.

El MAT fue utilizado al inicio y final del tratamiento como medida para la severidad e impacto del temblor intencional. (Multidimensional Assessment of Tremor) El MAT consiste de cuatro componentes que caracterizan las diversas dimensiones del temblor en EM. **Anexo 1 (parte D).**

- Descripción del MAT: Parte A: da una descripción subjetiva del temblor y su efecto en las actividades de la vida diaria.

Parte B: da una descripción subjetiva de cómo el temblor impacta en la función afectando la vida emocional del individuo.

Parte C: Es la TSS (escala de severidad del temblor), adaptada del FAHN (Escala de ranking del temblor). Esta escala mide objetivamente la severidad del temblor en las diferentes partes del cuerpo e incluye la postura, la intención y el temblor relacionado a la tarea (temblor intencional).

Parte D: Es la FFS (escala de severidad funcional) y utiliza un formato de auto-reporte para rankear la habilidad del desempeño en varias actividades de la vida diaria.

Puntajes altos indican ambas dificultades, tanto en el desempeño de una actividad como un alto porcentaje en el tiempo de experimentación de la limitación funcional relacionada a la tarea.

En este trabajo hemos utilizado la parte D de este test.

Intervención:

El paciente concurrió a tratamiento tres veces por semana por un mes; al ingreso fue evaluado y se determinaron objetivos de tratamiento específicos en relación al temblor y se decidió de acuerdo al MAT actividades a abordar y técnica a utilizar.

A partir de esto se educó al paciente y se lo entrenó en la técnica de estabilización proximal: soportar el tronco contra el respaldo, el húmero contra el cuerpo y/o el codo sobre la mesa.

Se reevaluó al finalizar el tratamiento.

Resultados:

El paciente, hombre de 51 años, ingresado al trabajo cursaba una EM secundariamente progresiva. Tiempo de evolución fue de 20 años y 15 de diagnóstico. Medicado actualmente con Lioresal 50mg/día y 10mg de Diazepam por la noche.

Presenta cuadriparesia espástica a predominio derecho, sedentación en silla de ruedas postural con 10° de tilt que no propulsa. Puntaje FIM de 63/126, lo que indica: nivel de asistencia moderada.

El paciente manifestó en la Parte D del MAT como actividades con mayor severidad de déficit funcional: alimentación (con un puntaje de 3 que equivale a “realiza la actividad con considerable dificultad”) y cepillado de dientes (con un puntaje de 2 que equivale a “realiza la actividad con moderada dificultad”). El puntaje total fue de 66/100 al inicio del tratamiento, siendo 100 equivalente al máximo impacto sobre la función.

En la evaluación final al mes, el paciente obtuvo un puntaje de 60/100 lo que indica, una disminución del impacto del temblor intencional sobre el desempeño de **6 puntos**. En la actividad de alimentación, el paciente obtuvo un puntaje de 1 que equivale a “realiza la actividad con ligera dificultad”; y en cepillado de dientes obtuvo también un puntaje de 1 una diferencia de un punto en cada actividad.

Conclusión:

El MAT resultó útil en la planificación del tratamiento centrado en el interés del paciente permitiendo un abordaje focalizado en las actividades con mayor déficit del paciente.

Discusión:

Varios estudios han examinado la prevalencia del temblor en personas con EM.

Alusi et al. Reporto que la prevalencia total era del 58%, la severidad era mínima en un 27% y moderada en un 16% y por último moderada a severa en un 15%.

Mediante una revisión de la literatura, Koch et al. estableció que el rango de prevalencia oscilaba entre un 26% a 58%.

En el mercado existe una variedad de herramientas que asesoran acerca del temblor, tales como tests basados en evidencias, cuestionarios funcionales y escalas que miden la severidad del temblor. Evaluaciones menos comunes incluyen la acelerometría, goniometría, y técnicas cuantitativas de análisis del movimiento que registran los movimientos dirigidos hacia un objetivo utilizando un dispositivo de rastreo electromagnético. Todas estas evaluaciones tienen ventajas y desventajas para capturar cada elemento seleccionado del temblor, pero la mayor limitación es el punto de vista unidimensional que le otorgan a un complejo síntoma.

El MAT ofrece a los terapeutas utilidad clínica multidimensional, con propiedades psicométricas que lo validan como test para medir el temblor intencional en EM (1) Nos da

información holística del impacto del temblor brindándonos pautas para una intervención en Terapia Ocupacional centrada en el paciente y basada en la evidencia.

Referencias Bibliograficas:

1. S. Forwell, 2010. International Journal of MS Care, Volume 11, Number 2; 23-31
2. Koch M, Mostert J, Heerema D, De Keyser J. Tremor in Multiple Sclerosis- J Neurol.2007; 254:133-145
3. Alusi SH, Worthington J, Glickman S, Bain PG. A study of tremor in multiple sclerosis. *Brain*. 2001;124:720–730.
4. Feys P, Romberg A, Ruutiainen J, Ketelaer P. Interference of upper limb tremor on daily life activities in people with multiple sclerosis. *Occup Ther Health Care*. 2003;17:81–95.
5. Mosley LJ, Lee GP, Hughes ML, Chatto C. Analysis of symptoms, functional impairments, and participation in occupational therapy for individuals with multiple sclerosis. *Occup Ther Health Care*. 2003;17:27–43.
6. Feys P, Duportail M, Kos D, Van Asch P, Ketelaer P. Validity of the TEMPA for the measurement of upper limb function in multiple sclerosis. *Clin Rehabil*. 2002;16:166–173.
7. Fahn S, Tolosa E, Marin C. Clinical rating scale for tremor. In: Jankovic A, Tolosa E, eds. *Parkinson's Disease and Movement Disorders*. Munich: Urban and Schwarzenberg; 1988:225–234.

Anexo 1
MAT: Evaluación multidimensional del temblor en EM.

Parte (D): Escala de Severidad Funcional: Escala de auto informe.

Evalúe el nivel de dificultad que le genera realizar cada ocupación mencionada en la lista. Utilice la escala del 0 al 4 que se muestra a continuación. Si hay otras ocupaciones que le resultan dificultosas o relevantes para poner en esta lista, por favor añádelas en los espacios blancos de cada sección.

Escala de valores:

- 0- Puede realizar la actividad sin dificultad
- 1- Puede realizar la actividad con ligera dificultad
- 2- Puede realizar la actividad con moderada dificultad
- 3- Puede realizar la actividad con considerable dificultad
- 4- Puede realizar la actividad con extrema dificultad o no puede realizar la actividad del todo.

Ocupación	Valor	Información adicional (opcional)
Cuidado personal:		
*Vestido		
*Alimentación		
*Baño corporal		
*Uso de sanitario		
*Aseo personal		
*Maquillarse o afeitarse		
*Cepillado de dientes		
*		
AVD instrumentales		
*Preparación de comidas (desde cero)		
*Preparación de comidas (alimentos ya preparados)		
*Tareas del hogar/cuidado de la casa		
*Ir de compras		
*Uso de la computadora (tipeo)		
*Uso de la computadora (uso del Mouse)		
*		
Ocio:		
*Salir a comer afuera		
*Mirar TV/uso del control remoto		
*Salidas sociales		
*Uso del teléfono		
*Hacer ejercicio		
*Hobbies		
*		
Otras actividades:		
*Meter la llave en la cerradura		
*Enchufar		

*Insertar un CD/DVD		
*Manejo de Dinero (billetes y monedas)		
*Utilizar tijeras		
*Escribir a mano		
*		
TOTAL SCORE:		

Utilización de una evaluación Multidimensional del Temblor en Esclerosis Múltiple. Reporte de un caso

Autores: Lic. Myriam Scaffa
Lic. Magali Oppenheimer
Dr. Fernando Cáceres.

Correo electrónico: mscaffa@fundacionineba.org

Resumen:

El temblor es un síntoma común de la Esclerosis Múltiple, que tiene efectos debilitantes sobre el desempeño ocupacional y la calidad de vida. El temblor es complejo; y una válida y fiable herramienta de evaluación que permita un abordaje multidimensional se necesita para guiar las decisiones de intervención. Un nuevo instrumento de evaluación, el MAT (evaluación del temblor multidimensional) fue diseñado para medir la severidad y el impacto funcional del temblor en personas con Esclerosis Múltiple.

Este test demostró la confiabilidad inter-rater y confiabilidad test-re-test excelentes, mientras su criterio de validez tuvo un rango de pobre a bueno. El MAT ofrece a los terapeutas utilidad clínica, basada en la evidencia, y una herramienta multidimensional para evaluar el temblor en Esclerosis Múltiple.

En nuestro trabajo se implementó el uso del MAT en un paciente con Esclerosis Múltiple secundaria progresiva, para guiar la planificación del tratamiento.

Introducción:

El temblor es un frecuente síntoma de esclerosis múltiple.

Es definido como un rítmico, movimiento oscilatorio, involuntario de un área del cuerpo. El temblor en esclerosis múltiple puede afectar cabeza, cuello, cuerdas vocales, tronco y miembros, pero es más común en los brazos. Las dos formas prevalentes del mismo son temblor postural, presente cuando se sostiene una posición en contra de la gravedad, y temblor intencional, presente durante el movimiento dirigido a un objetivo, que empeora a medida que la persona llega a la meta.

El temblor puede ser incapacitante, seriamente limitante en la funcionalidad y habilidad para desempeñar las actividades de la vida diaria. En nuestra clínica los pacientes

con temblor por EM, reportan que las mayores dificultades en las actividades de la vida diaria son aquellas que requieren movimientos pequeños y precisos.

En un estudio sobre el efecto del temblor en personas con EM, Feyes et al. encontró que este interfiere con la actividad de comer, tomar, asearse y vestirse. El temblor también puede tener efectos negativos en el funcionamiento psicosocial, limitando entre lo vergonzoso, la depresión y la ansiedad.

Las terapistas ocupacionales proveemos de numerosas herramientas y estrategias para ayudar a las personas a hacer frente al temblor. La habilidad para proveer intervenciones efectivas, dependerá de la disponibilidad de un instrumento valido y real que evalúe a personas por su temblor.

Individuos con EM han reportado en previos estudios pilotos (SR Vance and KJ Condon, data publicada en 2006) que el temblor es multidimensional en términos de presentación e impacto. Sin embargo, un método de evaluación multidimensional es necesario para comprender el cuadro de los síntomas y guiar las decisiones de tratamiento. Hasta ahora, ninguna herramienta de evaluación existía. El desarrollo de la evaluación multidimensional del temblor para desempeño ocupacional (MAT-OPI) (THenne and KJ Waldorf, datos no publicados, 2007), luego reducido a Evaluación Multidimensional del Temblor (MAT). Esta nueva batería provee información sobre la severidad, impacto funcional, e implicancias psicosociales del temblor en esclerosis múltiple. El MAT consiste de cuatro componentes que caracterizan las diversas dimensiones del temblor en EM; y provee pautas para planificar el tratamiento.

En este trabajo mostramos el uso del MAT en un paciente con EM secundaria progresiva y como esta herramienta no solo nos dio valores mensurables para el temblor en forma objetiva y subjetiva sino que además facilitó la planificación del tratamiento y la intervención específica de acuerdo a las actividades señaladas por el paciente, orientando nuestra forma de abordaje a la actual línea de intervención en Terapia Ocupacional centrada en el paciente y basada en la evidencia.

En base a esto nuestro objetivo fue **determinar la utilidad de este test como herramienta de evaluación y planificación de tratamiento centrada en el interés del paciente.**

Sujeto y Método:

Se hizo el reporte de un caso en un paciente de sexo masculino con diagnóstico de Esclerosis Múltiple (definida por criterios de Mac Donald), ingresado a tratamiento de un plan integral de neurorehabilitación.

El MAT fue utilizado al inicio y final del tratamiento como medida para la severidad e impacto del temblor intencional. (Multidimensional Assessment of Tremor) El MAT consiste de cuatro componentes que caracterizan las diversas dimensiones del temblor en EM. **Anexo 1 (parte D).**

- Descripción del MAT: Parte A: da una descripción subjetiva del temblor y su efecto en las actividades de la vida diaria.

Parte B: da una descripción subjetiva de cómo el temblor impacta en la función afectando la vida emocional del individuo.

Parte C: Es la TSS (escala de severidad del temblor), adaptada del FAHN (Escala de ranking del temblor). Esta escala mide objetivamente la severidad del temblor en las diferentes partes del cuerpo e incluye la postura, la intención y el temblor relacionado a la tarea (temblor intencional).

Parte D: Es la FFS (escala de severidad funcional) y utiliza un formato de auto-reporte para rankear la habilidad del desempeño en varias actividades de la vida diaria.

Puntajes altos indican ambas dificultades, tanto en el desempeño de una actividad como un alto porcentaje en el tiempo de experimentación de la limitación funcional relacionada a la tarea.

En este trabajo hemos utilizado la parte D de este test.

Intervención:

El paciente concurrió a tratamiento tres veces por semana por un mes; al ingreso fue evaluado y se determinaron objetivos de tratamiento específicos en relación al temblor y se decidió de acuerdo al MAT actividades a abordar y técnica a utilizar.

A partir de esto se educó al paciente y se lo entrenó en la técnica de estabilización proximal: soportar el tronco contra el respaldo, el húmero contra el cuerpo y/o el codo sobre la mesa.

Se reevaluó al finalizar el tratamiento.

Resultados:

El paciente, hombre de 51 años, ingresado al trabajo cursaba una EM secundariamente progresiva. Tiempo de evolución fue de 20 años y 15 de diagnóstico. Medicado actualmente con Lioresal 50mg/día y 10mg de Diazepam por la noche.

Presenta cuadriparesia espástica a predominio derecho, sedentación en silla de ruedas postural con 10° de tilt que no propulsa. Puntaje FIM de 63/126, lo que indica: nivel de asistencia moderada.

El paciente manifestó en la Parte D del MAT como actividades con mayor severidad de déficit funcional: alimentación (con un puntaje de 3 que equivale a “realiza la actividad con considerable dificultad”) y cepillado de dientes (con un puntaje de 2 que equivale a “realiza la actividad con moderada dificultad”). El puntaje total fue de 66/100 al inicio del tratamiento, siendo 100 equivalente al máximo impacto sobre la función.

En la evaluación final al mes, el paciente obtuvo un puntaje de 60/100 lo que indica, una disminución del impacto del temblor intencional sobre el desempeño de **6 puntos**. En la actividad de alimentación, el paciente obtuvo un puntaje de 1 que equivale a “realiza la actividad con ligera dificultad”; y en cepillado de dientes obtuvo también un puntaje de 1 una diferencia de un punto en cada actividad.

Conclusión:

El MAT resultó útil en la planificación del tratamiento centrado en el interés del paciente permitiendo un abordaje focalizado en las actividades con mayor déficit del paciente.

Discusión:

Varios estudios han examinado la prevalencia del temblor en personas con EM.

Alusi et al. Reporto que la prevalencia total era del 58%, la severidad era mínima en un 27% y moderada en un 16% y por último moderada a severa en un 15%.

Mediante una revisión de la literatura, Koch et al. estableció que el rango de prevalencia oscilaba entre un 26% a 58%.

En el mercado existe una variedad de herramientas que asesoran acerca del temblor, tales como tests basados en evidencias, cuestionarios funcionales y escalas que miden la severidad del temblor. Evaluaciones menos comunes incluyen la acelerometría, goniometría, y técnicas cuantitativas de análisis del movimiento que registran los movimientos dirigidos hacia un objetivo utilizando un dispositivo de rastreo electromagnético. Todas estas evaluaciones tienen ventajas y desventajas para capturar cada elemento seleccionado del temblor, pero la mayor limitación es el punto de vista unidimensional que le otorgan a un complejo síntoma.

El MAT ofrece a los terapeutas utilidad clínica multidimensional, con propiedades psicométricas que lo validan como test para medir el temblor intencional en EM (1) Nos da

información holística del impacto del temblor brindándonos pautas para una intervención en Terapia Ocupacional centrada en el paciente y basada en la evidencia.

Referencias Bibliograficas:

1. S. Forwell, 2010. International Journal of MS Care, Volume 11, Number 2; 23-31
2. Koch M, Mostert J, Heerema D, De Keyser J. Tremor in Multiple Sclerosis- J Neurol.2007; 254:133-145
3. Alusi SH, Worthington J, Glickman S, Bain PG. A study of tremor in multiple sclerosis. *Brain*. 2001;124:720–730.
4. Feys P, Romberg A, Ruutiainen J, Ketelaer P. Interference of upper limb tremor on daily life activities in people with multiple sclerosis. *Occup Ther Health Care*. 2003;17:81–95.
5. Mosley LJ, Lee GP, Hughes ML, Chatto C. Analysis of symptoms, functional impairments, and participation in occupational therapy for individuals with multiple sclerosis. *Occup Ther Health Care*. 2003;17:27–43.
6. Feys P, Duportail M, Kos D, Van Asch P, Ketelaer P. Validity of the TEMPA for the measurement of upper limb function in multiple sclerosis. *Clin Rehabil*. 2002;16:166–173.
7. Fahn S, Tolosa E, Marin C. Clinical rating scale for tremor. In: Jankovic A, Tolosa E, eds. *Parkinson's Disease and Movement Disorders*. Munich: Urban and Schwarzenberg; 1988:225–234.

Anexo 1
MAT: Evaluación multidimensional del temblor en EM.

Parte (D): Escala de Severidad Funcional: Escala de auto informe.

Evalúe el nivel de dificultad que le genera realizar cada ocupación mencionada en la lista. Utilice la escala del 0 al 4 que se muestra a continuación. Si hay otras ocupaciones que le resultan dificultosas o relevantes para poner en esta lista, por favor añádelas en los espacios blancos de cada sección.

Escala de valores:

- 0- Puede realizar la actividad sin dificultad
- 1- Puede realizar la actividad con ligera dificultad
- 2- Puede realizar la actividad con moderada dificultad
- 3- Puede realizar la actividad con considerable dificultad
- 4- Puede realizar la actividad con extrema dificultad o no puede realizar la actividad del todo.

Ocupación	Valor	Información adicional (opcional)
Cuidado personal:		
*Vestido		
*Alimentación		
*Baño corporal		
*Uso de sanitario		
*Aseo personal		
*Maquillarse o afeitarse		
*Cepillado de dientes		
*		
AVD instrumentales		
*Preparación de comidas (desde cero)		
*Preparación de comidas (alimentos ya preparados)		
*Tareas del hogar/cuidado de la casa		
*Ir de compras		
*Uso de la computadora (tipeo)		
*Uso de la computadora (uso del Mouse)		
*		
Ocio:		
*Salir a comer afuera		
*Mirar TV/uso del control remoto		
*Salidas sociales		
*Uso del teléfono		
*Hacer ejercicio		
*Hobbies		
*		
Otras actividades:		
*Meter la llave en la cerradura		
*Enchufar		

*Insertar un CD/DVD		
*Manejo de Dinero (billetes y monedas)		
*Utilizar tijeras		
*Escribir a mano		
*		
TOTAL SCORE:		

VARIABLES DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO EN LA INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

Autores: Comes Pinto, Bárbara Inés
Loustau, Cecilia
Nogueira, María Florencia
Piva, Noelia Natalia
Roldán, Ana Lis
Villemur, María Lorena

Correo Electrónico: to.higasanmartin@gmail.com

Resumen:

El propósito del trabajo es actualizar y contribuir en el desarrollo de conceptualizaciones teórico-prácticas dando a conocer la práctica de una Unidad independiente de Terapia Ocupacional en salas de internación del Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín de gestión estatal, teniendo en cuenta las características particulares que atraviesan y condicionan el ejercicio profesional.

Se pretende dar cuenta de las múltiples variables que influyen en el razonamiento clínico, dentro de una institución regida por el modelo médico.

Las características particulares de las personas, ambiente y ocupaciones van a estar atravesadas en el contexto hospitalario, influyendo en el desempeño ocupacional de las personas y en nuestra intervención. Estos conceptos son tomados y relacionados desde el Modelo Persona-Ambiente-Ocupación y Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional. Definiremos estos conceptos y analizaremos su impacto en la práctica diaria.

Se considera en este trabajo que el razonamiento clínico en la práctica de este hospital, es un proceso dinámico de pensamiento, de intervenciones flexibles, que requieren respuestas creativas, rápidas y adaptativas. La valoración continua de las variables que condicionan el desempeño ocupacional va a determinar los objetivos y estrategias utilizadas.

Cualquier alteración en las características personales, ambientales y ocupacionales va a regir el razonamiento. Las variaciones en el curso de la patología prevalecen en los cambios de las estrategias a utilizar, la continuidad de tratamiento y prioridades en la intervención.

INTRODUCCIÓN: El propósito del siguiente trabajo es actualizar y contribuir en el desarrollo de conceptualizaciones teórico-prácticas dando a conocer la práctica de una Unidad independiente de Terapia Ocupacional (T.O.) en salas de internación en un hospital general de agudos de gestión estatal, teniendo en cuenta las características particulares que atraviesan y condicionan el ejercicio profesional.

Se pretende dar cuenta de los factores que influyen en el razonamiento clínico basado en el paradigma contemporáneo de T.O., centrado en la ocupación, dentro de una institución regida por el modelo médico.

MARCO TEÓRICO/CONTEXTUAL: El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: *Ámbito de Competencia y Proceso* (2008) considera al desempeño ocupacional como la habilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Es la realización de una actividad u ocupación seleccionada resultando de la interacción entre el individuo, el contexto y la actividad ⁽¹⁾. En concordancia, el Modelo Persona-Ambiente-Ocupación (Saegert y Winkel, 1990) considera que el desempeño ocupacional va a estar determinado por la interacción entre la persona, sus contextos y las ocupaciones que en ellos realizan. Estos elementos son singulares, dinámicos y se retroalimentan de forma continua ⁽²⁾.

Tomamos la definición de *persona* como un “*ser singular que adquiere distintos roles, cambiantes y simultáneos. Estos roles varían con el tiempo y el contexto en su importancia, duración y significado*”. Es considerado “*un conjunto compuesto de mente, cuerpo y espíritu. Estas cualidades incluyen atributos (habilidades y funciones) físicos, cognitivos y afectivos, así como un conjunto de habilidades aprendidas e innatas, para facilitar el desempeño ocupacional*”. El *ambiente* se define como “*el contexto en el que se desarrolla el comportamiento y proporciona indicios al individuo sobre qué hacer o qué esperar...Una persona se relaciona con las señales ambientales y se comporta en consecuencia*”. Por último, la *ocupación* se define como la unidad más compleja que “*incluye las tareas y actividades funcionales y autodirigidas*” (D. Stewart y cols, 2005).

El contexto en el cual se encuentra la persona se trata del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata. Éste es un hospital-escuela y centro de derivación de la provincia de Buenos Aires, del resto del país y países limítrofes. Atiende personas en edad adulta con patologías agudas y crónicas de alta complejidad, tanto patologías prevalentes como poco frecuentes. Esto determina que se intervenga sobre un amplio espectro de pacientes con características personales/ funcionales, cuadros clínicos, patrones de desempeño e historias ocupacionales diversas y particulares. Por ser hospital de gestión

estatal, las personas que acuden al mismo corresponden al grupo poblacional “*con cobertura por Obra Social*” y “*sin cobertura por Obra Social*”, predominando en este hospital los del último grupo, en su mayoría en situación de vulnerabilidad social y económica, con diversidad cultural.

Las personas que ingresan al hospital se internan por una enfermedad o dolencia para estudio y diagnóstico o para ser tratada específicamente con prácticas que requieran la hospitalización en agudos. La estadía en el hospital recorre un proceso de tratamiento de la enfermedad que comienza con realizar un diagnóstico de la situación en que se encuentra la persona, establecer un pronóstico, implementar tratamiento y posterior alta /derivación. En esta institución el razonamiento científico, diagnóstico y operacional, son los procesos de pensamiento que van a predominar (3).

DESARROLLO: Al identificar el entrecruzamiento entre las características de las personas, su ambiente y ocupaciones, dentro de este contexto hospitalario, observamos que como resultado el razonamiento clínico de T.O. debe ser dinámico acompañando a las modificaciones que puedan darse en las personas y sus ocupaciones. El ambiente se presenta como facilitador o no del desempeño influyendo directamente en el tratamiento. Consideramos que las personas permanecen en este ambiente hospitalario dentro de un lapso determinado de tiempo, siendo este ambiente extraño y no habitual para las mismas.

Las personas internadas se caracterizan por presentar dificultades o alteraciones en estructuras y funciones corporales, siguiendo a la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁽⁴⁾, afectación en las habilidades del desempeño e interrupción en los patrones del desempeño (hábitos, rutinas y roles); las personas adoptan un rol de “*paciente/enfermo*”, el cual culturalmente supone pasividad (Beer, 2005)⁽⁵⁾, siendo receptor y no actor en la toma de decisiones, imponiéndosele rutinas y modificándose hábitos, afectando la participación en actividades y roles significativos (M.O.H.O., Kielhofner, 2004)⁽⁶⁾. Los constantes cambios clínicos nos obligan a planear objetivos inmediatos, prioritarios, flexibles proponiendo desafíos al razonamiento clínico.

En el contexto hospitalario, como T.O., no solo estamos obligados a conocer y reconocer diagnósticos clínicos y técnicas específicos y evolución de la enfermedad sino también a identificar los ámbitos sociales, culturales y físicos que faciliten o que se interpongan en el desempeño ocupacional actual y futuro.

Desde el ámbito social tenemos que tener en cuenta la importancia del entorno familiar que apoye/sostenga las necesidades del paciente y las indicaciones de tratamiento. Muchas veces este recurso no está presente por múltiples factores: lejanía geográfica de los familiares,

escasos recursos para poder concurrir diariamente al hospital o contratar un cuidador, etc. Por lo tanto, se buscan recursos intrahospitalarios que suplan dicha ausencia y complementen nuestro abordaje (enfermería, trabajo social, compañero de sala, etc.). Por otro lado, tenemos que tener en cuenta a los servicios de todo el sistema de salud que puedan sostener el tratamiento en período subagudo-crónico para garantizar la continuidad y complemento del tratamiento. Desde el ámbito físico hospital/hogar, es imprescindible tener en cuenta las características de la sala en pos de que faciliten la intervención y participación de las actividades en la sala; en cuanto al hogar, las condiciones de vivienda necesarias para que la persona pueda volver a la misma sin riesgos, evaluando el impacto de estas en su desempeño. Por último, consideramos que su ambiente cultural va a condicionar la adherencia al tratamiento, según sus valores y creencias.

Las actividades que las personas llevan a cabo dentro de su habitación en salas de internación, muchas veces se reducen a pasos de actividades de la vida diaria básica. Como terapeutas, promovemos la participación e intervenimos a partir del compromiso de la persona, haciendo hincapié en lo significativo del “ahora” y en lo preparatorio para el “afuera”.

Esto quiere decir que simultáneamente se implementan enfoques de abajo hacia arriba, centrando la evaluación e intervención en las capacidades globales de persona (estructuras y funciones corporales), y de arriba hacia abajo, analizando las discrepancias de participación social⁽⁷⁾. Se dirige la intervención a las habilidades y patrones de desempeño, a las demandas de la actividad y contexto en el cual se desempeñan (ámbito ocupacional) o a características de la persona que interfieren en el desempeño, siendo sobre estas últimas las intervenciones predominantes. Para ello, implementamos métodos preparatorios y auxiliares, actividades de interés y actividades propositivas utilizando los recursos disponibles de la sala para facilitar el desempeño ocupacional.

CONCLUSIÓN: Por los factores anteriormente descriptos, sostenemos que el razonamiento clínico en la práctica de este hospital, es un proceso dinámico de pensamiento, de intervenciones flexibles, que requieren respuestas creativas, rápidas y adaptativas. La valoración continua de los factores que condicionan el desempeño ocupacional va a determinar los objetivos y estrategias utilizadas. Cualquier alteración en las características personales, ambientales y ocupacionales va a regir el razonamiento. Las variaciones en el curso de la patología prevalecen en los cambios de las estrategias a utilizar, la continuidad de tratamiento y prioridades en la intervención.

**VIDA COTIDIANA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. UNA MIRADA
INTERDISCIPLINARIA.**

Autores: Cacciavillani, María Fabiana

Chardón Maria Cristina

Cristiani, Liliana Sandra

Leegstra, Rut Cristina

Remesar, Sergio Esteban

Correo electrónico: lcristiani unq.edu.ar / lilianacristiani yahoo.com.ar

**VIDA COTIDIANA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. UNA MIRADA
INTERDISCIPLINARIA**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES

Roque Sáenz Peña 352. Bernal. Provincia de Buenos Aires

Resumen:

El presente trabajo reflexiona sobre los términos vida cotidiana, y actividades de la vida diaria, conceptos que integran el marco de la investigación “Representaciones de cuidado y vida cotidiana”. Ambos términos son utilizados indistintamente pero encierran convergencias y discrepancias.

Para Heller *en toda sociedad hay vida cotidiana y todo hombre tiene una vida cotidiana*. Son el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, crean la posibilidad de la reproducción social. Existen actividades que sirven para conservar al hombre en cuanto a *ente natural*. El hombre nace en condiciones sociales concretas, la reproducción de un hombre particular es siempre reproducción de un hombre histórico, de un particular en un mundo concreto.

El término AVD fue presentado por Deaver, entre 1970 y 1980 la AOTA presenta una definición. Posteriormente el término comienza a diversificarse. Surgen entonces diferentes categorías de actividades: laborales, instrumentales de la vida diaria, etc. El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional en el año 2002 define a las AIVD como actividades

necesarias para mantener la independencia y vivir eficazmente en la comunidad y en el hogar. Las mismas conllevan un mayor sesgo cultural y están ligadas al entorno.

Analizando el alcance de los términos AVD y vida cotidiana, encontramos que ambos, desde distintas disciplinas, hacen referencia al conjunto de actividades relacionadas al hacer del hombre. Ambos contienen una función: para el concepto de vida cotidiana es la supervivencia del hombre, sin embargo, el modo en que se llevan a cabo, la forma, será particular y distinto para cada sociedad. En ambos términos se considera la influencia de múltiples aspectos: la edad, el género, las expectativas, demandas sociales, culturales, así como el contexto histórico y político en la participación en las actividades.

VIDA COTIDIANA Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA

Introducción

El presente trabajo reflexiona sobre los términos vida cotidiana, y actividades de la vida diaria, conceptos que integran el marco de la investigación “Representaciones de cuidado y vida cotidiana” dirigido por la Dra. M. C. Chardón. Ambos términos suelen ser utilizados en forma indistinta pero, desde la mirada particular de las diferentes disciplinas que congrega esta investigación, encierran convergencias y discrepancias.

Desarrollo:

El concepto de vida cotidiana surge desde la sociología y lo desarrolla Agnes Heller en la segunda mitad del siglo XX. Para Heller *en toda sociedad hay vida cotidiana y todo hombre tiene una vida cotidiana*. La define como el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social. Podríamos decir entonces que en su hacer cotidiano el hombre se incorpora a la vez que aprehende formas, usos y costumbres de la sociedad a la que pertenece. Sin embargo que toda sociedad tenga una vida cotidiana no significa que el contenido y la estructura de la misma sean idénticas en toda sociedad y para toda persona (1). Existen actividades que sirven para conservar al hombre en cuanto a *ente natural*, actividades que –haciendo abstracción de su contenido concreto- son comunes a las de los animales. Estas son idénticas solo en un plano muy abstracto. Todos necesitan dormir, pero ninguno duerme

en las mismas circunstancias ni por el mismo periodo de tiempo. El hombre nace en condiciones sociales concretas, en sistemas concretos de expectativas, por lo tanto la reproducción de un hombre particular es siempre reproducción de un hombre histórico, de un particular en un mundo concreto.

Todo hombre *normal* debe poseer una capacidad media, un mínimo de capacidad práctica en las cosas importantes, sin lo cual es imposible vivir. Más allá del momento y el modo en que el hombre se apropia de esas diversas capacidades, estas son ejercitadas siempre y con continuidad (2). Algunas son cotidianas en el estricto sentido del término, otras por el contrario, son características de una fase determinada de la vida particular, que se presentan necesariamente con las diferentes edades de las personas, así el sistema de los conjuntos se modifica según el tipo de función del particular en su medio social.

Históricamente el origen del término Actividades de la vida diaria (AVD) fue presentado por Deaver, quien no llegó a definir de qué se trataban. Recién entre los años 1970 y 1980 la AOTA presenta una definición (3). Posteriormente el término comienza a diversificarse. Surgen entonces, diferentes categorías de actividades: laborales, instrumentales de la vida diaria, etc. (3).

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional en el año 2002 define a las AIVD como actividades necesarias para mantener la independencia y vivir eficazmente en la comunidad y en el hogar. Las mismas conllevan un mayor sesgo cultural y están ligadas al entorno.

Diversos autores realizan una amplia descripción de la forma de presentación de las actividades, es decir desde sus aspectos observables. A su vez, también hacen referencia al ámbito en que se desarrollan las mismas, incluyendo habilidades, patrones, contexto y características de la actividad.

La mayoría de los autores consideran que la transmisión de los conocimientos necesarios para participar de las Actividades de la Vida diaria, en particular de las AVD Instrumentales ocurre dentro del ámbito familiar. La edad, el género, expectativas y demandas familiares, sociales y culturales, el contexto histórico y político serán factores influyentes en la elección y nivel de participación en estas actividades, tornándose determinantes en el desarrollo de los niños y jóvenes. Asimismo influyen en la construcción de la identidad y el desempeño de los

roles (3) De este modo los contextos se tornan facilitadores o barreras del grado y nivel de participación del significado atribuido a cada actividad (5).

La definición de la función de las actividades (tanto las AVDB como las AIVD) está presente en la bibliografía recién después de los años 80. A partir de este momento es que los autores amplían la descripción más allá de la forma y detallan el para que sirve la actividad como forma de adaptación del ser humano a su medio y, por consiguiente el significado atribuido a las mismas por cada hombre particular en una sociedad y momento determinado.

Consideraciones finales

Analizando el alcance de los términos AVD y vida cotidiana, encontramos que, ambos, desde distintas disciplinas, hacen referencia al conjunto de actividades relacionadas al hacer del hombre.

En Terapia Ocupacional, el término actividades de la vida diaria se encuentra descrito ampliamente desde su forma, en respuesta a una demanda más cercana al modelo biomédico hegemónico, que durante mucho tiempo se focalizó en el “modo” de realizar las actividades. Posteriormente el concepto se amplió considerando la adaptación y desarrollo de la actividad durante toda la vida, siguiendo de alguna forma las vicisitudes y transformaciones de la concepción de terapia ocupacional no tan ligada a lo individual sino más inclinada a lo colectivo, a la promoción de la salud.

Ambos conceptos actividades de la vida diaria y actividades cotidianas, contienen una función. Para el concepto de vida cotidiana la función es la supervivencia del hombre, sin embargo, el modo en que se llevan a cabo, la forma, será particular y distinto para cada sociedad.

En el alcance de los términos ambos, vida cotidiana y AIVD se considera la influencia de múltiples aspectos: la edad, el género, las expectativas, demandas sociales, culturales, así como el contexto histórico y político en la participación en las actividades.

Heller sostiene que la vida cotidiana tiene “una historia”, es decir, existe una relación directa entre la necesidad de adaptación al medio, los roles que se desempeñan como consecuencia de ello, y la etapa de la vida que se atraviesa. Paralelamente la participación en las AIVD estarán determinadas por la necesidad de asumir roles vitales que influirán directamente en la construcción de la historia particular de cada individuo.

El análisis de la forma, función y significado de una actividad es imposible de entender por separado, dado que cada uno de ellos influye sobre el otro.

El significado atribuido a cada actividad, lo encontramos descrito, desde todas las disciplinas tanto desde lo individual como desde lo colectivo, tanto desde los intereses individuales de un hombre particular como desde los valores de un grupo social determinado.

Esta aproximación al alcance de los términos vida cotidiana y actividades de la vida diaria nos muestra que ninguno es concluyente. Ambos evolucionan y se jerarquizan según su aplicación en un ámbito específico. Así mismo la forma y función de las actividades estarán atravesadas no solo por el hombre particular que las realice si no por el contexto social y cultural en el que se lleve a cabo.

Bibliografía:

- 1- Heller, Agnes (1994) “Sociología de la Vida Cotidiana” .Editorial Península. (Barcelona), Pág. 37.
 - 2- Heller, Agnes (1994) “Sociología de la Vida Cotidiana” .Editorial Península. (Barcelona), Pág. 42.
 - 3- Romero Ayuso, Dulce; Moruño Millares Pedro (2003) “Terapia Ocupacional, Teoría y Técnica”, Editorial Masson, S.A, (España).
 - 4- The American Journal of Occupational Therapy (2002) “Marco de Trabajo para Práctica en T.O”. (Estados Unidos)
 - 5- Mulligan, Shelley (2006) “Terapia Ocupacional en pediatría”. Editorial Panamericana. (Buenos Airea).
- Crepeau .Com. Schells (2005) “Willard & Spackman Terapia Ocupacional 10 ma. Edición” Ed. Panamericana, (Buenos Aires).