

## **Nota sobre el congreso**

Este material fue facilitado por Victoria Ibarra, Magdalena Macías y Sol Becerra, que trabajaron sobre estas fuentes en su trabajo final integrador "Tradición Social en la producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en Argentina entre 1988-2015. Revisión bibliográfica de trabajos argentinos presentados por terapistas ocupacionales argentinos/as en congresos nacionales de Terapia Ocupacional" realizado en el marco de la materia Diseño de Trabajo Final de la Lic. en Terapia Ocupacional ICRM-UNSaM y defendido en febrero de 2020

Se trata de un documento escaneado que ha servido de base para el análisis de datos del trabajo mencionado por lo que se han realizado señalamientos y marcas propias del proceso de trabajo

Agradecemos a las autoras del trabajo poner a disposición el material para los fines de que otrxs estudiantes de la carrera puedan realizar sus trabajos finales en el marco de la cuarentena por COVID-19

Libro del

**2º CONGRESO ARGENTINO  
DE TERAPIA OCUPACIONAL Y 1ER. SIMPOSIO  
LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

22 al 25 de Octubre 1988, Buenos Aires, Argentina



Un vínculo efectivo con la vida

Publicación de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales

Año 1992

## COMITE ORGANIZADOR

Presidente: T.O. Marta Suter  
Secretaria: T.O. Adriana Candi  
Prosecretaria: T.O. Laura Pezzoli  
Tesorero: Contador Walter Laudani  
Protesoreras: T.O. María Antonia Urruti, T.O. Lucila Moreno.  
Vocales: T.O. Adriana Oneca, T.O. Eloísa Arias, T.O. Graciela Martínez, T.O. María A. Torilla, T.O. Mónica Tellechea,  
T.O. Alejandra González, T.O. Noemí Funes, T.O. Andrea de Paz, T.O. Marisa Tavecchio, T.O. Susana Andrade, T.O.  
Estela L. Sotomayor.

## COMITE CIENTIFICO

T.O. Cristina Alegri, T.O. Graciela Arteaga, T.O. Emma Battaini, T.O. Liliana Canulli, T.O. Nora Greco, T.O. Matilde Oks, T.O. Ana María Papiermeister.

## COMITE DE DIFUSION Y PRENSA

Coordinadora: T.O. Liliana Sbriller  
Secretaria: T.O. Patricia Reyno  
Vocales: T.O. Alejandra Castro Ares, Diana García.

## COMITE DE ESTUDIANTES

Coordinadoras: T.O. Patricia Reyno, Diana García.  
Secretarias: T.O. Alejandra Colli, Marisa Cuini.  
Vocales: Viviana Ré, Liliana Suárez, T.O. Mirta Manghi.

## COMISION DIRECTIVA DE A.A.T.O.

Presidente: Ana María Papiermeister  
Vicepresidente: Araceli López  
Secretaria: Valeria Navarro  
Tesorera: Gabriela González  
Vocal 1º: Roberto González  
Vocal 2º: Marta Suter  
Vocal 3º: Daniel Miramontes  
Vocal 4º: Marta Doermer  
Vocal Suplente 1º: Graciela Mosquito  
Vocal Suplente 2º: Marisa Pescio  
Revisores de cuentas: Nora Greco, Susana Mango, Mirian Metz.  
Revisores de cuentas suplentes: Haydeé Limansky, Gabriela Montidoro.

Buenos Aires, 1988

## PROLOGO

El 2º Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y el 1er. Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional fueron eventos importantes como etapas de crecimiento de nuestra profesión.

Este libro intenta recopilar la mayoría de los trabajos que fueron presentados. Ellos muestran la amplitud de criterios que se manejan para el ejercicio profesional como así también las áreas de acción en el abordaje de programas en zonas rurales.

La participación de colegas de Brasil, Chile y Bolivia posibilitó un intercambio de experiencias para situaciones similares y oportunidad de mejorar la utilización de los recursos disponibles.

A pesar del tiempo transcurrido se ha tratado de cumplir con la meta de esta publicación, lo cual ayudará a recordar lo que se ha hecho y por otro lado motivará a todos para mejorar en el futuro esta profesión al servicio de la calidad de vida del hombre para tratar su salud.

Marta Suter

Bs. As., 30 de mayo de 1992.

# INDICE

Págs.

## COMALLO: UNA POSIBILIDAD PARA LOS DISCAPACITADOS DE LAS ZONAS RURALES

Autora: T. O. López, Graciela N. .... 1-3

1. Rehabilitación con base comunitaria para la atención de discapacitados en el área de Comallo. ✓	
2. Responsable.	
3. Justificación de proyecto .....	4
4. Antecedentes.	
5.1. Caracterización del área. ....	5
5.2. Organización sanitaria del área Comallo.	
5.3. Descripción histórica.	
5.4. Vías de comunicación. ....	6
5.5. Características socioculturales de la población. ....	7
5.6. Clima.	
5.7. Geomorfología.	
5.8. Síntesis diagnóstica. Identificación de los principales problemas. Factores sociales. Factores Económicos Factores Políticos	
6. Estrategias de intervención.	
6.1. Utilización de la rehabilitación con base comunitaria.....	8
6.2. Capacitación de los agentes sanitarios de salud, maestros y líderes de la comunidad para desempeñarse como supervisores locales.	
6.3. Tecnología simplificada.	
6.4. Prever la derivación.	
6.5. Motivación de la comunidad.	
6.6. Divulgación del programa.	
7. Descripción del proyecto.	
7.1. Objetivo general.	
7.2. Objetivos específicos.	
7.3. Beneficiarios del proyecto.	
7.4. Aspectos organizativos.....	9
7.5. Toma de decisiones.	
7.6. Recursos del proyecto.	
7.7. Resumen de las actividades realizadas desde el inicio del proyecto. Junio 1987 hasta Abril 1988.	
7.8. Programa de cursos para agentes sanitarios.	
7.9. Programa de acción: Descripción de actividades. ....	10
Anexos .....	11

## FE DE ERRATAS

EN el artículo "ACTIVIDAD: PROCESO DE SIMBOLIZACIÓN" .....	12,13
.....	14
Donde dice: TO Marcelo Hernando .....	15

## DEBE DECIR: TO MARCELA HERNANDO

NAL

T. O. Ana María Papiermeister	
T. O. Laura Pezzoli	
Hospital Nacional Infante Juvenil Dra. C. Tobar García. ....	16
Hospital Nacional Infante Juvenil	
Ficha de Evaluación y Seguimiento en Terapia Ocupacional. ....	17,18
Guía de evaluación y seguimiento en terapia ocupacional .....	19,20

## XV CONGRESO ARGENTINO DE FONIATRÍA, LOGOPEDIA Y AUDIOLOGÍA

Tema libre: "El niño ciego y sus aprendizajes".

Asist. Educacional: Beatriz Bettoli

T. O.: Mónica Tellechea

Fonoaudióloga: María Rosa Nicolsi

Introducción

La interrelación del medio ambiente en el proceso ..... 21 |

La actividad matriz, rol de la terapeuta ocupacional

La comunicación y el habla, rol de la fonoaudióloga ..... 22 |

Conclusiones

Propuesta

Bibliografía ..... 23,24 |

## 2º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y 1er. SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

T. O. Liliana Paganizzi .....	25
Bibliografía .....	26

## "OTRA POSIBILIDAD DE PENSAR A TERAPIA OCUPACIONAL"

T. O. Hebe L. Fuks

T. O. Liliana Videla ..... 27,28 |

## JUGANDO CON VIEJOS - VIEJOS

Lic. en Serv. Soc. María Mercedes Olmedo

Cómo surge esta experiencia ..... 29,30 |

Inclusión de la familia ..... 32 |

Algunas conclusiones

Bibliografía ..... 33,34 |

Escaneado con CamScanner

## CONCEITOS ERRÔNEOS SOBRE A TERAPIA OCUPACIONAL PSIQUIATRICA INSTITUCIONAL

Fábio Bruno de Carvalho

Introdução

I- Desfazendo idéias ..... 35

II- Experiência prática ..... 36

Conclusão

Bibliografia ..... 37

## TERAPIA OCUPACIONAL; GIMNASIA GRUPAL CON ANCIANOS (Resumen)

T. O. Alicia Mauch de Garbozo

Ex-Alumnas de Práctica Clínica en el Hogar de Ancianos "San José":

Deborah Young - Sonia Carrizo - Laura Ormeño - Silvia El Adi

Introducción ..... 38

Objetivos generales perseguidos con la aplicación de gimnasia grupal en ancianos ..... 39

Abordaje terapéutico de la actividad

Análisis de la actividad gimnasia grupal ..... 40,41

Implementación y descripción de la actividad ..... 42,43

Conclusión

Bibliografía ..... 44

## REFLEXIONANDO SOBRE LA ATENCION DE ANCIANOS CON DETERIORO MENTAL SEVERO

Cohn, Miriam - Lavallén, Mirta - Oks, Matilde - Sauré, María Pía

Institución: Hogar Adolfo Hirsch

Introducción

Definición ..... 45

Con estimulación grupal y personalizada ..... 46

Recomendaciones ..... 47

Citas

Bibliografía ..... 48

## EJERCICIOS TERAPÉUTICOS PROGRAMADOS

Dra. Diana M. Schavonsky - Dra. María Rosa García - Asist. Soc. Claudia Corti - Kinesióloga Ana V.

Díaz - T. O. Ana González - Prof. Educ. Física Claudia Marini - Yoga Mónica Pinelli - Prof. Educ.

Física Dora Romero - T. O. Claudia Miranda.

Servicio: Atención Tercera Edad Hospital Privado de Comunidad.

Introducción

Ejercicios Terapéuticos Programados (E.T.P.)

Dinámica de E.T.P. ..... 49

Grupo de pacientes independientes y semidependientes

Grupo de pacientes dependientes ..... 50

Información básica de autoayuda

Objetivos generales de E.T.P.

Contraindicaciones de E.T.P. ..... 51

Precauciones

Síntesis

Actividades paralelas que desempeña el equipo de profesionales ..... 52

Rol de terapia ocupacional en el equipo interdisciplinario

Desarrollo del programa que realiza terapia ocupacional en la 2ª etapa de E.T.P. .... 53,54

## HOSPITAL DE DIA PARA NIÑOS CON DISCAPACIDADES MULTIPLES

T.O. Ma. Cristina Crivelli	
T.O. Elisa Hirai	
T.O. Patricia Cieri .....	55
Observaciones durante el primer año de actividades .....	56

## COLLARETE ELASTICO DE CONFIGURACION VARIABLE PARA EL CONTROL DE CABEZA EN NIÑOS CON ALTERACIONES DE TONO MUSCULAR

T.O. Cecilia Signorini de Prieto - Ing. Laureano C. Nava	
Sumario	
Contenido	
Introducción	
Descripción .....	57
Evaluaciones	
Conclusiones	
Planes futuros	
Agradecimientos .....	58

## EJERCITADOR ELECTROMECHANICO ROTATIVO PASIVO-ACTIVO (ERPA-IMA I) PARA REHABILITACION DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES DE NIÑOS DISCAPACITADOS

Ing. Laureano C. Nava - Dr. Antonio García García - Téc. Salvador La Malfa	
T.O. Cecilia Signorini de Prieto	
Sumario	
Contenido	
Introducción .....	59
Descripción	
Funcionamiento .....	60
Análisis funcional	
Resultados de las primeras evaluaciones.....	61
Conclusiones	
Planes	
Agradecimientos	
Informe de terapia ocupacional .....	62

## TERAPIA OCUPACIONAL Y SORDERA

Bibliografía .....	63,64
--------------------	-------

## INCLUSION DEL TIEMPO LIBRE EN LOS TRATAMIENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

T.O. Lucila Moreno .....	65
Conclusión	
Bibliografía .....	66,67



## EDUCACION POR EL ARTE, UNA TENTATIVA DE ABORDAJE

T.O. Cristina Nirino  
T.O. Hemilse Saint Paul  
Coord. Alicia Giotto

Introducción ..... 68

### CASO N° 1

Presentación  
Informe (datos relevantes)  
Historia familiar  
Historia personal  
Tratamiento: momentos

..... 69,70

### CASO N° 2

Presentación  
Historia personal  
Tratamientos

..... 71,72

## TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACION ESPECIAL. UNA NUEVA PROPUESTA.

Témario

1. Introducción ..... 73

2. Objetivos ..... 74-78

Evaluación ..... 79,80

Fundamento del cambio de denominación  
de orientación manual por el de taller vivencial ..... 82,83

Conclusiones ..... 84,85

## UNA EXPERIANCIA NUEVA - UNA EXPERIENCIA NECESARIA. PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA EN ADMISION.

Judith Abelenda (Terapista Ocupacional)  
Ana Hernández (Terapista Ocupacional)  
Silvia Otarola (Trabajadora Social)  
Patricia Seijo (Trabajadora Social)  
Miriam Smoler (Terapista Ocupacional)

Introducción ..... 86,87

Conclusiones

Bibliografía citada

Referencia bibliográfica ..... 88,89

## TALLER DE ACTIVIDADES CREATIVAS.

T.O. Adelaida Leonor Alcalde

Introducción

Función de terapia ocupacional

Programa de trabajo ..... 90,91

## EVALUACION Y DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

T.O. Liliana Sbriller ..... 92

Bibliografía ..... 93

**NO SOLO LA ACTIVIDAD NOS CARACTERIZA**

T.O. Graciela Warschavsky - trabajo libre  
 T.O. Liliana Sbriller ..... 94  
 Bibliografía ..... 95,96

**ORGANIZACION Y METODOLOGIA DE LA CATEDRA  
 TEORIA DE TERAPIA OCUPACIONAL I**

Prof. T.O. Marta Suter, T.O. mónica Rodrigo y T.O. Griselda Acharta.  
 Estudiantes: Mónica Berno, Cecilia Testoni, Marta Corti  
 Organización ..... 97,98

**DESARROLLO DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL  
 Y SU PROSPECTIVA EN EL AREA DEL LITORAL.**

T.O. Batriz Arriola de Mines  
 T.O. Marta Suter  
 Proceso de creación  
 Proceso de organización  
 Proceso de funcionamiento  
 Relaciones con la comunidad y otros estamentos ..... 99  
 Objetivos de creación de la carrera de Terapia Ocupacional determinados por la Universidad  
 Objetivos del plan de estudios  
 Objetivos a tener en cuenta en el futuro ..... 100  
 Conclusiones ..... 101

**EXPERIENCIA INSTITUCIONAL SISTEMATICA  
 CON TECNICAS PSICODRAMATICAS EN FORMACION  
 PSICOPROFILAXIS PROFESIONAL**

Lic. Alicia Monchetti  
 T.O. Ana Luján Paneblanco  
 Desarrollo  
 Metodología ..... 102  
 Algunas observaciones  
 Conclusiones ..... 103

**"SISTEMA DE SUPERVISION Y SU IMPORTANCIA PARA  
 UN ADECUADO DESARROLLO DEL ROL PROFESIONAL"**

T.O. Graciela Beatriz Mosquito ..... 104  
 Modelo graficado ..... 105  
 Ventajas y desventajas de este tipo de supervisión  
 Resultados de la experiencia ..... 106  
 Nivel de exigencia requerido  
 Conclusiones generales  
 Bibliografía ..... 107,108

**LA FORMACION LABORAL DEL DISCAPACITADO MENTAL  
 LEVE EN AREAS DONDE NO EXISTEN ESCUELAS DE  
 CAPACITACION LABORAL.**

Irma Griselda Acosta ..... 109,110

**"ANALISIS DE PRESTACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL, EN TALLERES NACIONAL PROTEGIDOS DE REHABILITACION PSIQUIATRICA"**

Prof. T.O. Marta Suter- T.O. Adriana Arqueros - T.O. Eloisa Arias

T.O. Alejandra González ..... 111,112  
 Conclusiones ..... 113,114

**EL AGUJERO**

T.O. María Dolores Montilla ..... 115,116

**ADAPTACIONES DE COCHES Y SILLAS PARA NIÑOS DISCAPACITADOS FISICOS**

María Cristina Ríos García-Huidobro; E. Henny K.; L. Humberv D.; V. Moscoso G.; O. Rodríguez V.; E. Uauy M.; L. Yaconi A.

Introducción  
 Lugar de la experiencia  
 Descripción del problema  
 Dificultades observadas en los niños discapacitados en relación a la mantención de la postura sedente  
 Objetivos terapéuticos de la postura sedante adecuada ..... 117  
 Ejecución de las adaptaciones  
 Precauciones en el uso de coches y sillas  
 Conclusión ..... 118,119

**DESCRIPCION Y CONSTRUCCION DE TABLAS INCLINADAS**

Sra. Olvido Rodríguez Vergara

Sr. Enrique Henny Koller

**TABLA INCLINADA**

Introducción  
 Descripción del mueble  
 Funciones del mueble ..... 120  
 Conclusiones ..... 121,122

**TERAPIA OCUPACIONAL EN NEONATOLOGIA**

T.O. Grill, María Cristina ..... 123  
 Bibliografía ..... 124

**EXPERIENCIA DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE ESTIMULACION TEMPRANA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS**

**"Dr. Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad de Santa Fe**

T.O. Beatriz A. de Mines

Fonoaudióloga: Graciela Zottarel

Psicopedadoga: Susana Heredia

Marco teórico

Nuestra realidad como Grupo Transdisciplinario

Funcionamiento del grupo ..... 125  
 Características del Hospital de Niños  
 Epicoisis  
 Indicaciones dadas en las sesiones ..... 126  
 Conclusiones ..... 127

**PARA QUE TERAPIA OCUPACIONAL CON ABUSADORES  
DE DROGAS EN UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA**

T.O. María D. Montilla .....128,129

**TERAPIA OCUPACIONAL  
ADULTO-VELHICE 1 e 2**

**O RELATO DE EXPERIENCIAS DE ENSINO**

Dagmar Borges Pereira

Lucy Tomoko Akashi

Marlene Lumi Kawahara Campos

Primeira Fase

Segunda Fase .....130

Terceira Fase

Conclusão ..... 131-133

**O ATENDIMENTO EM GRUPOS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Viviane Santalucía Maximino .....134-136

**JUQUERI; TRANSFORMAÇÃO IMPOSIVEL?**

Denise Dias de Barres

María Fernanda de Silvio Nicáceo

Elizabeth Ferreira Mangia

Fátima Correa Oliver

Francisco Drumond Marcondes .....137

Os Centros de Convivencia

Descrição dos Centros de Convivência .....138

Os projetos específicos

Considerações Finais ..... 139

Resumo

Abstract

Bibliografía .....140

**UNA PROPOSTA DE TRABALHO PARA PESSOAS  
PORTADORAS DE DEFICIENCIA VISUAL**

Walkíria María de Andrade Moura .....141

Relato de una experiência de estágio em uma enfermaria, como parte de um curso  
de especialização de terapia ocupacional em psiquiatria

Introdução

Considerações gerais .....142

Características da enfermaria

Programa do estagio de terapia ocupacional

Nossa experiência na enfermaria .....143

Conclusão .....144

Lucía P. Ferraz Alves

María Isabel N. de Almeida

## ESPECIALIZANDO TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM PSIQUIATRIA: UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA

María José Benetton

Sonia María Leonardi Ferrari

I. Introdução

II. O curso de especialização em terapia ocupacional psiquiátrica em linha psicodinâmica..... 145

III. As disciplinas ..... 146,147

IV. Bibliografia ..... 148

## REFLEXÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Correa Oliver

I. Introdução

II. A relação saúde - trabalho .....149

III. A concepção de trabalho utilizada em terapia ocupacional ..... 150

Bibliografia ..... 151

## A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Rubens de Campos Filho

Ana María Galluzzi

-Introdução

I. O desenvolvimento harmônico do ser humano

Aspectos gerais da teoria de personalidade de Augusto Comte ..... 152

II. Implantação da terapia ocupacional em equipe multidisciplinar de clínica psiquiátrica  
conveniada com a SUDS.

III. A intervenção da terapia ocupacional principalmente nas esferas conativo-afetivas.....153

Conclusão .....154

Comunidad → Concepto.

EXPERIENCIA  
RBC

TRABAJOS  
Nº 4

## COMALLO: una posibilidad para los discapacitados de las zonas rurales

Autora:  
T.O. López, Graciela Noemí.

La localidad de Comallo está ubicada a 120 km de la ciudad de S.C. de Bariloche, sobre la denominada línea Sur de la Provincia de Río Negro. El área está conformada por 30 parajes, que distan de la localidad en una media de 90 km.

La población estimada es de 3.500 habitantes, con una densidad de 0,4 habitantes por km<sup>2</sup>.

La población actual está compuesta en su gran mayoría por descendientes de libaneses y españoles, pero hay también una gran raíz autóctona, descendientes directos de mapuches.

Los problemas comunes de cualquier lugar se agravan en esta zona debido a las inclemencias del largo y duro invierno, donde la temperatura mínima es de -20°C, las grandes distancias entre localidad y localidad, las condiciones de subdesarrollo, la pobreza extrema, las necesidades básicas insatisfechas, las altas tasas de analfabetismo y de enfermedades fundamentalmente respiratorias. La tuberculosis es más que frecuente por una mala nutrición, basada casi exclusivamente en carnes, ya que no utilizan ni frutas ni verduras porque llegan poco y cuando aparecen su precio es inalcanzable. Otro factor importante es el hacinamiento, hay grandes familias viviendo en pequeños ambientes, 5 ó 6 personas ocupan un dormitorio pequeño, más el perro y el gato que en el campo sirven como elemento extra de calefacción. Esto da lugar a numerosos casos de hidatidosis, que se suman a problemas naturales de higiene y educación sanitaria.

La zona se encuentra significativamente despoblada lo que conlleva al aislamiento y escaso contacto de las comunidades.

Existe en la primavera y verano una marcada demanda de fuerza de trabajo, para la esquila, la señalada y los hornos de ladrillos, siendo estas actividades las únicas fuentes de ingresos de los pobladores.

La calidad de vida de las personas es deficiente dadas por las condiciones ambientales semidesérticas con consecuencias sociales y económicas (carencias de infraestructura organizada, comunicaciones, sanidad, educación, y actividades recreativas que respeten sus valores culturales).

El ferrocarril es uno de los medios más importantes y que mayor servicios presta a pesar de las deficiencias que se observan en el mismo. Atraviesa toda la Línea Sur, uniendo así los principales centros poblados de la misma, teniendo muchas dificultades en el invierno, ya que las vías se cortan por acumulación de nieve, dejando en muchos casos zonas aisladas o el incumplimiento de los horarios fijados, hace que la gente tenga que esperar a la intemperie durante horas y la baja frecuencia de servicios hace que los pobladores deban pasar dos días por lo menos esperando que haya tren, no teniendo muchas veces, ni familiares, ni amigos, ni medios como para alojarse en la localidad de paso.

La ruta y los caminos secundarios son de ripio y con frecuencia se cortan en el invierno y en la primavera, exigiendo trabajos permanentes de mantenimiento.

Existe un servicio de transporte colectivo con una frecuencia diaria, pero el estado de la ruta y caminos impide que éste se cumpla con regularidad; por esta razón los pobladores de la zona rural se desplazan con algún productor que tenga vehículo, Salud Pública, algún organismo gubernamental o algún comerciante "generoso" que las más de las veces cobran altas sumas por el traslado y el poblador no puede elegir cuando se halla ante una emergencia.

La radio es otro factor de comunicación, la programación en su mayor parte se halla adaptada a los intereses de los pobladores rurales, y cumple un servicio importante transmitiendo mensajes que los pobladores envían a sus familiares y vecinos; por otro lado representa una compañía, por eso es tan lamentable que en los parajes cuando se les acaban las pilas no tienen manera de reponerlas de una manera inmediata, quedando incomunicados durante días.

Si bien existe una estafeta de correo, la gente que vive en los parajes de la zona no goza de este servicio, recibiendo la correspondencia por intermedio de vecinos que viajan circunstancialmente al pueblo. Los encargados la retiran generalmente olvidada en un cajón, llegando al destinatario totalmente atrasada y sin vigencia.

Por todas estas razones podemos identificar claramente los principales problemas sociales de aislamiento derivado de la baja densidad poblacional y la escasa interacción social con otras comunidades, aún de aquellas relativamente próximas, lo que acarrea falta de motivación para organizarse.

Es habitual ver la alteración de las estructuras familiares por desarraigo de algunos de sus miembros, los cuales producen una emigración no calificada que se asienta en las periferias de Bariloche y en el Valle de Río Negro.

Las deficiencias nutricionales severas por inadecuada alimentación y por carencias alimenticias son causas de las enfermedades endémicas como parasitosis, hidatidosis y alcoholismo.

Hay un gran déficit habitacional, que produce viviendas precarias, promiscuidad y hacinamiento.

Y hay una carencia de infraestructura educativa adecuada.

El proyecto surge inicialmente como un trabajo de atención a distancia del discapacitado auditivo. La Escuela Especial Nº 19 de Sordos e Hipoacúsicos fue creada en 1985 en la ciudad de S. C. de Bariloche y única en su modalidad en la provincia de Río Negro.

Organiza en el año 1986 un programa de apoyo pedagógico para las escuelas del área rural que hubieran detectado niños con deficiencias auditivas.

Como consecuencia de lo expuesto, se presentó en septiembre de 1986, a la institución, una señora domiciliada en el paraje Las Mellizas a 60 km de Comallo, solicitando asesoramiento para la atención de su hija de 15 años que según sus expresiones nunca había hablado. Respondiendo a su requerimiento viajamos la fonoaudióloga, la trabajadora social y la terapeuta ocupacional de la escuela para conocer a la joven a evaluar el problema, detectándose en esa oportunidad que su dificultad no se debía a una sordera, sino a una hemiplejía.

Habiendo tomado conocimiento la comunidad de Comallo sobre la visita del equipo técnico, se convocaron para consultar sobre personas que presentaban distintas dificultades.

Descripción  
del  
contexto  
social

# interdisciplina

Este hecho motivó al equipo a buscar una metodología de trabajo asistencial que pudiera cubrir las necesidades de la población rural. Comenzamos la investigación metodológica y acordamos que la R. B. C. era la más adecuada para cubrir estas necesidades.

Realizamos un estudio para seleccionar la zona donde desarrollar la experiencia y concordamos que fuera Comallo, teniendo en cuenta la demanda de la población y su organización sanitaria.

Esta localidad cuenta con un Hospital de Cabecera, Complejidad 3 y cinco puestos sanitarios, sin equipamiento, en los parajes, a cargo de un Agente Sanitario.

Cuenta con tres médicos generalistas, quienes se encargan de la atención en el hospital y realizan una visita mensual a cada paraje.

Y tienen 9 Agentes Sanitarios que realizan rondas trimestrales en los parajes asignados.

El Hospital cuenta con una ambulancia y una camioneta; y un equipo de radio a distancia para comunicarse con Bariloche, los parajes de Mencué y Blancura Centro y el móvil en el que hacen las visitas médicas a los parajes.

Se preparó el proyecto que fue presentado al Consejo del Discapacitado (organismo para la aplicación de la Ley Provincial 2.055 del Discapacitado, promulgada en diciembre de 1986). Quien nos dió su conformidad para comenzar esta experiencia piloto.

Se solicita la colaboración en cuestiones puntuales al Consejo Provincial de Educación y a la Cuarta Zona Sanitaria, pero a pesar de la voluntad de las instituciones estas ayudas fueron muy difíciles de concretar.

Por esta razón los integrantes de este equipo decidimos formar el CIADD (Centro para la Investigación, Asistencia y Desarrollo del discapacitado), asociación sin fines de lucro, para poder recibir algún aportes que ayuden a afrontar algunos gastos de implementación del proyecto.

Es importante aclarar que el trabajo se está haciendo sin ninguna remuneración salarial por parte del equipo y que los aportes que se consiguieron fueron derivados para gastos de traslado, fotocopias, material bibliográfico, etc.

La implementación del programa está a cargo de un equipo integrado por:

- 2 médicos generalistas, pertenecientes a la planta funcional del Hospital de Comallo.
- 1 Fonoaudióloga
- 1 Terapeuta Ocupacional
- Trabajador Social
- Asistente Educacional
- Profesor de Sordos

trabajo en red

Se inicia el trabajo en la zona con traslados parciales del equipo con una frecuencia quincenal, utilizando vehículos particulares o de alguna institución como Inta, Alfabetización, Dirección de Bosques de Bariloche o el Hospital, Municipalidad y pobladores de Comallo.

Entablamos los contactos con la Municipalidad, el Hospital, las escuelas urbanas y rurales, con personal de alfabetización, alberguez escolares, cooperativas laneras, sacerdotes y líderes de los parajes, encontrando una buena acogida por parte de los mismos ya que no tenían ninguna posibilidad de solucionar estos problemas.

Desde abril de 1987, estamos trabajando en la coordinación con organismos intersectoriales.

— Nuestra función está siendo de divulgación del proyecto, tratando de darle un real significado a los conceptos de:

- participación comunitaria
- tecnología apropiada
- desarrollo intersectorial

trabajar sobre derechos

En la Municipalidad se esclarecieron conceptos sobre la Ley 2.055 del Discapacitado, se los está orientando para convocar a la formación del Consejo Local del Discapacitado. Se asesoró a los dirigentes del municipio para incorporar en planta permanente a dos personas discapacitadas: un sordo que trabaja como albañil y un amputado de mano izquierda que corta leña con una motosierra.

A nivel del área de Educación se realizaron tratativas con los niveles de decisión para incorporar el proyecto dentro del sistema educativo y se realizaron varios encuentros con maestros quienes ya están preparados para comenzar los cursillos de capacitación sobre la R.B.C. Estos se retrasaron por las huelgas docentes y los inconvenientes climáticos del invierno.

En el área de Salud también se están llevando a cabo cursillos de capacitación para los agentes sanitarios. Se realizan con una frecuencia trimestral ya que es en el momento en el que se juntan todos los agentes en el hospital para evaluar las rondas hechas en sus respectivos parajes.

El temario de los cursillos se basa esencialmente en la detección de necesidades básicas, participación comunitaria y aprendizaje sobre formas de observación para detectar personas con discapacidades. Éstos son teórico-prácticos, acentuando la actividad en la participación del grupo, con el objetivo de que ellos puedan transferir su experiencia en las comunidades.

Se trabajan técnicas de observación, grupo de discusión, dramatizaciones, entrevistas, y juegos ó técnicas lúdicas.

Se les ha hecho visitar las instituciones que hay en Bariloche donde atienden personas con:

- dificultades para oír y/o hablar.
- dificultades para aprender.
- dificultades para moverse.
- dificultades para ver.

A pesar de que nuestro objetivo es la rehabilitación, el foco de intervención es hacia la educación sanitaria para la Atención Primaria de Salud, ya que sabemos que es la llave para que sea la misma población que comience a mejorar su grado de salud y de esa manera trabajar para la prevención de discapacidades.

Notamos que sería necesario apuntar a la formación del Agente Sanitario con la concientización de la importancia de su rol educador y promotor de cambios ya que tiene todos los elementos para ponerse a la misma altura de su comunidad, y no como lo es en la actualidad, un recolector de datos estadísticos.

Para eso es necesario elaborar técnicas educativas sumamente eficaces para fomentar la participación y la autosuficiencia de las personas.

La capacitación de los agentes de salud se complementa con visita de los integrantes del equipo a los parajes, con el objetivo de conocer las comunidades y tomar contacto con personas que tiene alguna dificultad, y ver junto con el agente cual es el desarrollo del proceso a seguir.

Puedo comentar el ejemplo de un señor del paraje Anecón Grande que está a 90 km de Comallo.

Don Laurentino había sido operado hacía 20 años atrás de la cadera, como consecuencia le quedó una pierna más corta. Nunca tuvo posibilidades económicas de comprarse un zapato ortopédico, como el habían indicado. Cuando lo conocimos manifestó tener muchos dolores musculares debido a la mala postura. A través del programa de R.B.C. y siguiendo los conceptos de tecnología simplificada, este señor pudo modificar el alto de su calzado con un trozo de cubierta de automóvil, la diferencia de una pierna a otra era de 5 cm así que en una primera instancia aumentó la mitad para comenzar paulatinamente una nueva adaptación postural, indicándose que el último aumento debía hacerlo cuando se sintiera cómodo con el anterior.

Acá hay otro ejemplo donde podemos observar parte del proceso en la rehabilitación de una señora casada con cuatro hijos, que hace 6 años sufrió una hemiplejía, teniendo más tarde que amputarle la pierna izquierda por una complicación.

Doña Elena nunca recibió asistencia adecuada para afrontar su nueva situación, ya que ni siquiera en el Hospital de Bariloche existe un servicio de rehabilitación. Esta señora llegó a un estado de desgano y desinterés por todo y a no ocuparse de nada en su casa. Hace tres meses comenzamos con el plan de R.B.C., una niña de 12 años decidió hacerse cargo del adiestramiento de su madre, y el agente sanitario pasa dos veces por semana por su casa.

La señora ha comenzado por hacer los ejercicios para los brazos y estos ha provocado un interés por empezar a cuidar más su persona. También ha comenzado a hacer visitas a sus vecinos y a la familia se la ve muy entusiasmada con estos cambios.

A este agente sanitario ya se le está instruyendo sobre la selección de los cuadernillos.

Este es el trabajo que estamos realizando en una parte de la patagonia argentina y creemos firmemente que todo sería un poco más fácil si en la práctica hubiera un verdadero compromiso político para este sector geográfico que no participa jamás en los recursos nacional ni provinciales por la no competitividad con las áreas de mayor rentabilidad.

Ojalá que muy pronto exista un verdadero compromiso de Equidad en las asignaciones de recursos sanitarios y educativos.

*Experiencia trabajo  
comunitario en Bariloche*



La capacitación de los agentes de salud se complementa con visita de los integrantes del equipo a los parajes, con el objetivo de conocer las comunidades y tomar contacto con personas que tiene alguna dificultad, y ver junto con el agente cual es el desarrollo del proceso a seguir.

Puedo comentar el ejemplo de un señor del paraje Anecón Grande que está a 90 km de Comallo.

Don Laurentino había sido operado hacía 20 años atrás de la cadera, como consecuencia le quedó una pierna más corta. Nunca tuvo posibilidades económicas de comprarse un zapato ortopédico, como el habían indicado. Cuando lo conocimos manifestó tener muchos dolores musculares debido a la mala postura. A través del programa de R.B.C. y siguiendo los conceptos de tecnología simplificada, este señor pudo modificar el alto de su calzado con un trozo de cubierta de automóvil, la diferencia de una pierna a otra era de 5 cm así que en una primera instancia aumentó la mitad para comenzar paulatinamente una nueva adaptación postural, indicándose que el último aumento debía hacerlo cuando se sintiera cómodo con el anterior.

Acá hay otro ejemplo donde podemos observar parte del proceso en la rehabilitación de una señora casada con cuatro hijos, que hace 6 años sufrió una hemiplejía, teniendo más tarde que amputarle la pierna izquierda por una complicación.

Doña Elena nunca recibió asistencia adecuada para afrontar su nueva situación, ya que ni siquiera en el Hospital de Bariloche existe un servicio de rehabilitación. Esta señora llegó a un estado de desgano y desinterés por todo y a no ocuparse de nada en su casa. Hace tres meses comenzamos con el plan de R.B.C., una niña de 12 años decidió hacerse cargo del adiestramiento de su madre, y el agente sanitario pasa dos veces por semana por su casa.

La señora ha comenzado por hacer los ejercicios para los brazos y estos ha provocado un interés por empezar a cuidar más su persona. También ha comenzado a hacer visitas a sus vecinos y a la familia se la ve muy entusiasmada con estos cambios.

A este agente sanitario ya se le está instruyendo sobre la selección de los cuadernillos.

Este es el trabajo que estamos realizando en una parte de la patagonia argentina y creemos firmemente que todo sería un poco más fácil si en la práctica hubiera un verdadero compromiso político para este sector geográfico que no participa jamás en los recursos nacional ni provinciales por la no competitividad con las áreas de mayor rentabilidad.

Ojalá que muy pronto exista un verdadero compromiso de Equidad en las asignaciones de recursos sanitarios y educativos.

Experiencia trabajo  
comunitario en Bariloche

# 1. REHABILITACION CON BASE COMUNITARIA PARA LA ATENCION DE DISCAPACITADOS EN EL AREA DE COMALLO.

## CONTENIDO

- 1.— Rehabilitación con Base Comunitaria para la atención de discapacitados en el área de Comallo.
- 2.— Responsable.
- 3.— Justificación del Proyecto.
- 4.— Antecedentes.
- 5.1.— Caracterización del área.
- 5.2.— Organización sanitaria del área del Comallo.
- 5.3.— Descripción histórica.
- 5.4.— Vías de comunicación.
- 5.5.— Características socioculturales de la población.
- 5.6.— Clima.
- 5.7.— Geomorfología.
- 5.8.— Síntesis diagnóstica. Identificación de los principales problemas. (Factores sociales, económicos y políticos)
- 6.— Estrategias de intervención.
- 6.1.— Utilización de la Rehabilitación con Base Comunitaria.
- 6.2.— Capacitación de Agentes Sanitarios de Salud, Maestros y Líderes de la comunidad para desempeñarse como Supervisores Locales.
- 6.3.— Tecnología simplificada.
- 6.4.— Prever la derivación.
- 6.5.— Motivación de la comunidad.
- 6.6.— Divulgación de Programa.
- 7.— Descripción del Proyecto.
- 7.1.— Objetivo general.
- 7.2.— Objetivos específicos.
- 7.3.— Beneficiarios del proyecto.
- 7.4.— Aspectos organizativos.
- 7.5.— Toma de decisiones.
- 7.6.— Recursos del proyecto.
- 7.7.— Resumen de las actividades realizadas desde el inicio del proyecto -Junio 1987- hasta Abril 1988.
- 7.8.— Programa de cursos para Agentes Sanitarios.
- 7.9.— Programa de acción: Descripción de actividades.
- 8.— Recursos.

## 2. RESPONSABLE

CIADD  
CENTRO DE INVESTIGACION  
ATENCION Y DESARROLLO  
DEL DISCAPACITADO

ALBARRACIN 17 (8400) BARILOCHE  
Prov. de RIO NEGRO

### EQUIPO DE TRABAJO

BRAZZOLA, María Cristina ..... Profesora de Sordos  
CIPOLLA de MANAZZA, Alicia M. .... Asistente Educacional  
LOPEZ, Graciela ..... Terapista Ocupacional  
MORENO, Alejandra ..... Fonoaudióloga  
VIGNONE de MURGIC, María M. .... Lic. Ciencias Sociales

## 3. JUSTIFICACION DE PROYECTO

Se escoge la metodología de Rehabilitación con Base en la Comunidad por considerarla que es la que mejor se adapta a la realidad de la zona escogida para trabajar, y factible de ser trasladada a otras zonas rurales y suburbanas con características de marginación.

La Rehabilitación con Base en la Comunidad comprende tres aspectos fundamentales:

- Centra su atención en el trabajo comunitario.
- Utiliza tecnología sencilla para la rehabilitación.
- Utiliza los sistemas públicos de servicios (salud, acción social, educación).

Ninguno de estos aspectos constituye una novedad en sí mismo, pero sí lo es en el modo no convencional en el que han sido desarrollados y coordinados.

El Centro de Investigación, Asistencia y Desarrollo de discapacitados (CIADD), adopta esta metodología porque considera que la comunidad es responsable de su propia salud, que debe conocer a sus discapacitados, las dificultades que padecen y qué se puede hacer al respecto. Es la gente común la que deberá entender y practicar activamente la rehabilitación si se pretende que ésta sea efectiva.

Esta forma de trabajo apunta a la movilización de los recursos que cada comunidad posee, en procura del máximo grado de autorrealización e independencia posible del discapacitado, y para lograrlo los incluye en la planificación, toma de decisiones, administración y servicios de atención.

## 1.— ANTECEDENTES

El proyecto surge inicialmente como un trabajo de atención a distancia del discapacitado auditivo. La Escuela Especial N° 19 de Sordos e Hipoacúsicos, creada en 1985 y única en su modalidad en la Provincia de Río Negro, organiza en 1986 un programa de apoyo pedagógico para las escuelas del área rural que hubieran detectado niños con deficiencias auditivas.

Como consecuencia de lo expuesto, en setiembre de 1986 se presentó en la institución, una señora domiciliada en el paraje Las Mellizas (distante 60 km de Comallo) solicitando asesoramiento para la atención de su hija de 15 años que según sus expresiones nunca había hablado. Respondiendo a su requerimiento, la Terapeuta Ocupacional, la Fonoaudióloga y el Asistente Social de la escuela viajaron a la zona para conocer a la joven y evaluar su problema, detectándose en esta oportunidad que su problema de lenguaje no se debía a sordera, sino a una hemiplejía.

Habiendo tomado conocimiento la comunidad de Comallo sobre la visita del equipo técnico, se autoconvocaron para consultar sobre personas que presentaban distintas discapacidades. Este hecho motivó al equipo a buscar una metodología de trabajo asistencial que pudiera cubrir las necesidades de la población rural.

Se comienza la investigación metodológica, acordando que la Rehabilitación Basada en la Comunidad es la más adecuada para cubrir estas necesidades. Elegimos un área piloto para realizar la experiencia, esta zona corresponde a Comallo, teniendo en cuenta la demanda de la población y la organización sanitaria del lugar. Entablamos los contactos con la Municipalidad, el Hospital y las escuelas urbanas y rurales de Comallo, encontrando una buena acogida por parte de los mismos, ya que no tenían ninguna posibilidad de solucionar estos problemas.

Se elabora un proyecto tentativo, el que es presentado ante al Consejo Provincial de Educación, como modificación del trabajo del año 1985 y a requerimiento de las autoridades de la escuela. También se lo presenta a las autoridades de la cuarta Zona Sanitaria de quien depende el área Salud de Comallo, y al Consejo del Discapacitado de la Provincia de Río Negro (organismo encargado de hacer cumplir en el ámbito provincial la ley 2055 Ley del Discapacitado).

Para poder llevar a cabo este programa, las personas interesadas deciden constituir una entidad de bien público sin fines de lucro, denominada CIADD, cuyos objetivos son: lograr el desarrollo comunitario para favorecer la autosuficiencia del discapacitado en su medio y promover la investigación para mejorar la atención y desenvolvimiento de los discapacitados.

Se solicita la colaboración en cuestiones puntuales, del Consejo Provincial de Educación y de la cuarta Zona Sanitaria, pero a pesar de la buena voluntad de las instituciones estas ayudas fueron muy difíciles de concretar, ya que ninguna institución escapa a la situación de emergencia económica que atraviesa el país. Del Consejo del Discapacitado se obtuvo el aval y la autorización para lanzar esta experiencia piloto.

Se inicia el trabajo en la zona, con traslados parciales del equipo, con una frecuencia quincenal, utilizando vehículos particulares, o de alguna de las instituciones de la comunidad (INTA, Plan de Alfabetización, Dirección de Bosques). El objetivo de las primeras visitas fue poner en conocimiento de la comunidad de los fines y alcances del proyecto. Se realizó una primera reunión con el equipo de salud (médicos generalistas, agentes sanitarios), educación (maestros), encargados de los albergues, jefe de policía y Municipalidad.

En reuniones posteriores se profundizó la temática de Rehabilitación con médicos, agentes sanitarios y docentes. En la última reunión de diciembre de 1987 se evaluó lo trabajado hasta ese momento y se programaron los objetivos y actividades para 1988. Se establecieron los siguientes objetivos:

- Sensibilización de la comunidad.
- Capacitación de los agentes sanitarios.
- Formación de los médicos generalistas en Rehabilitación Comunitaria.
- Ampliar el conocimiento de la zona por parte de los miembros del equipo a través de salidas rurales con médicos y agentes sanitarios y docentes.

### 5.1. CARACTERIZACION DEL AREA

La localidad de Comallo está ubicada a 120 km de la ciudad de San Carlos de Bariloche, sobre la denominada Línea Sur de la Provincia de Río Negro. El Área está conformada por 30 parajes.

La población esumada para el año 1987 es de 3502 habitantes, según datos obtenidos por los agentes sanitarios durante las rondas de visitas domiciliarias del año 1986.

Se cuenta con cinco puestos sanitarios sin equipamiento a cargo de un agente sanitario (persona elegida de la comunidad con instrucción elemental), que realiza rondas periódicas trimestrales y una visita mensual del médico perteneciente al Hospital de Comallo.

La localidad y su área circundante está inserta en el departamento Pilcaniyeu, la población total de este departamento es de 4.486 habitantes y una densidad de 0,4 habitantes por km<sup>2</sup>.

Parajes:

	Distante 90 Kms. del Hospital Comallo
1.— Anecón Grande	" 30 " " " "
2.— Trailacahue	" 30 " " " "
3.— Tres cerros	" 50 " " " "
4.— Comallo Arriba	" 30 " " " "
5.— Neneo Ruca	" 30 " " " "
6.— Quintupanal	" 45 " " " "
7.— Cañadón Bonito	" 30 " " " "
8.— Comallo Abajo	" 60 " " " "
9.— Cañadón Chileno	" 50 " " " "
10.— Canteras Comallo	" 35 " " " "
11.— Anecón Chico	" 80 " " " "
12.— Aguada del Zorro	" 80 " " " "
13.— Fitahuao	" 70 " " " "
14.— Laguna Blanca	" 75 " " " "
15.— Cabresto Quemado	" 95 " " " "
16.— Coquelén	" 80 " " " "
17.— Paso Limay	" 80 " " " "
18.— Pilquiniyeu del Limay	" 111 " " " "
19.— Cerro Negro	" 130 " " " "
20.— Paso Yoncón	" 120 " " " "
21.— Mencué	" 110 " " " "
22.— Pilahue	" 90 " " " "
23.— Blancura Centro	" 135 " " " "
24.— Mencué Viejo	" 115 " " " "
25.— Arroyo Michiguau	" 130 " " " "
26.— Kaquel Hincul	" 150 " " " "
27.— Las Salinas	" 160 " " " "
28.— Fitaruin	" 95 " " " "
29.— Arroyo Mencué	" 130 " " " "
30.— Cerro Bayo	" 130 " " " "

## 5.2.— ORGANIZACION SANITARIA DEL AREA COMALLO

El área programática de Comallo cuenta con un Hospital de cabecera, Complejidad 3, distante 120 km del Hospital de Bariloche y de la sede de la IV Región Sanitaria.

El área está subdividida en 6 Sub-áreas para facilitar y funcionalizar operativamente las visitas domiciliarias.

Comallo urbano	249	Viviendas	1	Agente Sanitario
Comallo rural	175	"	2	" "
Laguna Blanca	77	"	1	" "
Mencué	200	"	2	" "
Pilquiniyeu del Limay	55	"	1	" "
Anecón Grande	34	"	1	" "
Blancura Centro	44	"	1	" "

## 5.3.— DESCRIPCION HISTORICA

El área fue atravesada por la ruta que utilizaban los indios Tehuelches para sus viajes nómades entre la Cordillera de los Andes y el Océano Atlántico.

Después de la Campaña del Desierto, que acabó con el poderío de los indios se inició la colonización de los territorios. Criadores de ganado de las Provincias de Buenos Aires y La Pampa ocuparon las tierras vírgenes.

En 1884 el Gobierno Federal creó el gobierno patagónico. Paralelamente intereses británicos, relacionados con los ferrocarriles, efectuaron reconocimientos de la región, demarcaron las mejores tierras y las solicitaron al Gobierno.

En esta época se inicia la construcción del ferrocarril, el que se construyó en varias etapas. Se trazó la ruta teniendo en cuenta la disponibilidad del agua y que no hubiera accidentes en el terreno.

El ferrocarril contribuyó a la colonización de estas tierras, ya que alrededor de las estaciones se formaron pequeñas poblaciones, siendo Comallo una de ellas.

Ya en esta época comienza la explotación intensiva de la tierra para obtener el máximo beneficio, sin tener en cuenta la conservación de los recursos naturales.

## 5.4.— VIAS DE COMUNICACION

Las vías y medios de comunicación que existen son: el ferrocarril, las rutas, los caminos vecinales, la radio, la televisión y Correos.

El ferrocarril es uno de los medios más importantes y que mayor servicio presta a pesar de las deficiencias que se observan en el mismo.

Atraviesa toda la línea sur, uniendo así los principales centros poblados de la misma. Las dificultades más importantes que presenta son:

- a) El corte de las vías en invierno por la acumulación de nieve, dejando en muchos casos zonas aisladas.
- b) El incumplimiento de los horarios fijados, que hace a veces que la gente esté esperando a la intemperie durante horas.
- c) La baja frecuencia de servicios hace que los pobladores que deben viajar a veces con urgencia a los grandes centros poblados, deban pasar dos días por lo menos esperando que haya tren, no teniendo muchas veces ni familiares, ni amigos, ni medios como para alojarse en la localidad de paso.

En cuanto a las rutas y caminos los más importantes son: la Ruta Nacional N° 23 que atraviesa también la Línea Sur de este a oeste, paralela al ferrocarril, y la Ruta Nacional N° 40.

Las rutas y caminos secundarios se cortan en algunos tramos en invierno y en primavera. Exigen trabajos permanentes de mantenimiento por no estar asfaltados.

El principal problema, en cuanto al servicio que prestan, es que por ellas no circulan medios de transportes de pasajeros, salvo una línea de colectivo, con frecuencia de tres veces por semana.

Por esta razón, los pobladores de la zona rural se desplazan con algún productor que tenga vehículo, con los maestros rurales, Salud Pública, Organismos Gubernamentales o algún comerciante "generoso" (éstos últimos, la mayoría de las veces cobran altas sumas por el traslado, y el poblador no puede elegir cuando se halla ante una emergencia).

La radio es otro medio de gran importancia, conjuntamente con el ferrocarril, que posibilita la comunicación en la Línea Sur. La programación en su mayor parte se halla adaptada a los intereses de los pobladores rurales, y cumple un servicio importante transmitiendo mensajes que los pobladores envían a sus familiares y vecinos, por otro lado, representa una compañía.

La T.V. está muy poco difundida. En este caso, la programación inadecuada refleja su efecto negativo, especialmente en los albergues escolares, donde se la usa para mantener entretenido a los niños (cuando existe algún aparato).

Si bien existe una Estafeta de Correos, la gente que vive en los parajes de la zona, no goza de este servicio, recibiendo la correspondencia por intermedio de vecinos que viajan circunstancialmente al pueblo. Los encargados la retienen, generalmente olvidada en un cajón, llegándole al destinatario totalmente atrasada y sin vigencia.

## 5.5.— CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACION

La población actual está compuesta en su gran mayoría por descendientes de libaneses y españoles, pero hay también una gran raíz autóctona, descendientes directos de mapuches, y aquí comienzan las sorpresas ya que la mayoría de los apellidos indígenas han sido castellanizados, y esto porque en los comienzos de la actividad ganadera, a los ingleses, libaneses y españoles, que poblaron las estancias de la región, les costaba mucho aprender y pronunciar los nombres mapuches, por eso, cuando se lo documentó los apellidos indígenas se transformaron en: Domínguez, Ramírez, Moreno, por citar algunos ejemplos, y siguieron obviamente llevando esos apellidos por generaciones.

Los problemas comunes en cualquier lugar, se agravan en esta región, por las inclemencias del largo y duro invierno, las grandes distancias entre localidad y localidad, y las condiciones de subdesarrollo, la pobreza extrema, las necesidades básicas insatisfechas, y las altas tasas de analfabetismo y de enfermedades, fundamentalmente respiratorias y venéreas.

Las tuberculosis es más que frecuente, por una mala nutrición, basada casi exclusivamente en carnes, ya que no utilizan ni frutas, ni verduras, porque llegan poco y cuando aparecen, su precio es inaccesible.

Aquí se debe buscar la respuesta a estos hábitos alimentarios, en una cuestión cultural, ya que si bien el invierno es riguroso, las restantes estaciones son relativamente benignas, la tierra es buena y el agua, con ingenio, se consigue.

Otro factor importante para analizar, es el hacinamiento, hay grandes familias viviendo en pequeños ambientes, cinco y seis personas ocupan generalmente un dormitorio pequeño, más el perro y el gato, que en el campo, sirven como elementos extras de calefacción.

Esto da lugar a numerosos casos de hidatidosis, que se suman a problemas naturales de higiene y educación sanitaria. La gente del lugar es muy reticente a hacer atender a sus animales. En una localidad de la región se batió, hace un par de años, el récord mundial de casos de hidatidosis, el 27% de la población estaba afectada por el mal.

En materia educativa, Comallo cuenta actualmente con tres escuelas primarias, una de tipo urbano y las dos restantes, rurales. Un colegio secundario recientemente inaugurado, sin orientación definida, aún.

La solución para evitar el éxodo de los jóvenes a las ciudades sería una escuela con orientación agrotécnica, que especialice en cuestiones afines a la región (ganadería, lana, esquila, etc.).

Las instituciones de la comunidad son las que se detallan a continuación:

- Municipalidad
- Juzgado de Paz
- Delegación de Agua y Energía
- Correos
- Policía
- Hospital
- Vialidad Provincial
- Cooperativa de tejedoras mapuches
- Albergues Escolares, 2 (dos)
- Escuelas Primarias, 3 (tres)
- Colegio Secundario
- Cooperativa agrícola-ganadera
- Club Deportivo Independiente

- Club Hípico
- Cooperativa telefónica

## 5.6.— CLIMA

La caracterización climática de la zona la ubica como árida desértica, con registros mínimos de  $-20^{\circ}\text{C}$  en invierno y máximos de  $37^{\circ}\text{C}$  en verano.

La precipitación media anual es de 200 mm. Se caracteriza por ser una zona ventosa.

## 5.7.— GEOMORFOLOGIA

Paisaje de colinas y montañas de nivel alto, con mucho afloramiento rocoso. Valles con mallines.

## 5.8.— SINTESIS DIAGNOSTICA. IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS. FACTORES SOCIALES.

- Aislamiento, derivado del escaso contacto con otras comunidades, aún aquellas relativamente próximas.
- Baja densidad poblacional del grupo de minifundios, y escasa interacción social.
- Alteración de las estructuras familiares por desarraigo de algunos de sus miembros. Se dan frecuentes casos de matriarcado, en establecimientos y familias.
- Saldo migratorio negativo. Elevada emigración no calificada, que se asienta en la periferia de las zonas urbanas de S.C. de Bariloche y el Valle del Río Negro.
- Falta de motivaciones para la organización.
- Deficiencias nutricionales severas por inadecuada alimentación y por carencias alimenticias.
- Enfermedades endémicas: Parasitosis y alcoholismo.
- Déficit habitacional. Viviendas precarias, promiscuidad y hacinamiento.
- Falta de infraestructura educativa adecuada.

## FACTORES ECONOMICOS

- Nivel de producción, de subsistencia.
- Dominante presencia de minifundios de explotación, con ocupación gratuita del predio, ocupación de hecho o con permiso precario.
- Escaso desarrollo tecnológico.
- Ausencia de sistemas de créditos accesibles.
- No accesibilidad al mercado de bienes de consumo.
- Inestabilidad laboral.
- Falta de capacitación laboral.

## FACTORES POLITICOS

- Deficiente grado de organización.
- Bajo nivel de participación.
- Escasa capacidad de acción colectiva para la defensa de intereses y/o necesidades comunes.
- No participación en los recursos nacionales y provinciales, por la no competitividad con las áreas de mayor rentabilidad.

## 6.— ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

### 6.1.— UTILIZACION DE LA REHABILITACION CON BASE COMUNITARIA

El programa intenta llegar a las personas impedidas y ayudarlas en su propia comunidad, ya que se ha comprobado que un bajo porcentaje de la población tiene acceso a los medios técnicos muy perfeccionados.

Se pretende integrar a los discapacitados en la vida normal de sus familias y de sus comunidades.

Para ello es necesario adiestrarlos, pero también, es necesario enseñar a la comunidad a aceptarlos como miembros normales.

El programa de adiestramiento comprende un conjunto de "cuadernos de adiestramiento", presentados como folletos discriminados para los distintos tipos de discapacidad (los que tienen dificultades para oír, ver, de movimientos, aprendizaje, etc.).

Es necesario que una persona introduzca y supervise el proceso, por lo que ésta, surgirá elegida por la comunidad, quien recibirá la formación adecuada para las actividades. Se llamará supervisor de primer nivel o local.

El material de adiestramiento será utilizado directamente por los propios miembros de la familia.

## 6.2.— CAPACITACION DE LOS AGENTES SANITARIOS DE SALUD, MAESTROS Y LIDERES DE LA COMUNIDAD PARA DESEMPEÑARSE COMO SUPERVISORES LOCALES.

Se realiza cuando los Agentes Sanitarios se reúnen en la localidad de Comallo, finalizadas las respectivas rondas, para evaluar y recibir nuevas instrucciones por parte del Director del Hospital.

A esta reunión se la denomina "Cursillos pre-rondas" y tienen una duración de una semana.

Se utilizan estos cursillos para capacitar en el Proyecto de Rehabilitación con Base Comunitaria, a realizarse en:

FEBRERO 1988

JULIO 1988

OCTUBRE 1988

DICIEMBRE 1988

Además se programaron visitas a los distintos parajes con una frecuencia de una cada diez días, con una duración entre uno y tres días cada una.

Con los docentes se realiza la capacitación en las escuelas, mensualmente, al igual que con los líderes.

## 6.3.— TECNOLOGIA SIMPLIFICADA

Es lo mismo que referirse a tecnología de bajo costo, tecnología intermedia, de autoayuda o progresiva, que sale de la misma comunidad.

La filosofía que sustenta este movimiento es que en función de las necesidades del País, o de cada región, se crea una modalidad autónoma utilizando su propia capacidad de innovación y no importar tecnología Extranjera.

El valor de la tecnología apropiada radica, no sólo en su factibilidad económica y técnica, sino en las posibilidades de adecuación al medio ambiente, social y cultural, local.

## 6.4.— PREVER LA DERIVACION

Establecer niveles de derivación para rehabilitación de los casos que no pueden ser resueltos por la propia comunidad.

1er. Nivel de Derivación: Hospital de Comallo.

2do. Nivel de Derivación: Hospital de Rehabilitación del Neuquén.

3er. Nivel de Derivación: Hospital de mayor complejidad, Buenos Aires.

## 6.5.— MOTIVACION DE LA COMUNIDAD, a través de reuniones con las fuerzas vivas y coordinación con Organismos Estatales.

## 6.6.— DIVULGACION DEL PROGRAMA.

## 7.— DESCRIPCION DEL PROYECTO.

### 7.1.— OBJETIVO GENERAL.

Lograr el desarrollo de la comunidad, para favorecer la autosuficiencia del discapacitado en su medio.

### 7.2.— OBJETIVOS ESPECIFICOS.

— Promover en la comunidad la responsabilidad de su propia salud.

— Dimensionar la problemática de la discapacidad, en la zona seleccionada.

— Promover la participación comunitaria en el Proyecto de Rehabilitación con Base Comunitaria.

### 7.3.— BENEFICIARIOS DEL PROYECTO.

Se considera que se beneficiarán aproximadamente 180 familias.

### 7.4.— ASPECTOS ORGANIZATIVOS.

La implementación del programa estará a cargo de un equipo técnico integrado por:

2 médicos generalistas

1 fonoaudiólogo

1 terapeuta ocupacional

1 asistente social

1 asistente educacional

1 profesor de sordos

Un miembro del equipo asumirá la tarea de coordinación. Dada la característica del programa, es necesario que todos los miembros del equipo independientemente de sus profesiones posean una formación en Tecnología Básica de Rehabilitación con Base Comunitaria.

#### 7.5.— TOMA DE DECISIONES

La coordinación se establecerá en forma descentrada, recayendo las decisiones sobre el equipo de trabajo.

#### 7.6.— RECURSOS DEL PROYECTO

En la actualidad se carece de recursos, excepto las ayudas puntuales proporcionadas ocasionalmente por algunas reparticiones oficiales (fotocopias, traslados), el resto es subvencionado por los miembros del grupo de trabajo.

#### 7.7.— RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DESDE EL INICIO DEL PROYECTO JUNIO 1987 - HASTA ABRIL 1988

- Reuniones para sensibilizar a la comunidad, con la participación de las fuerzas vivas e institucionales de la misma.
- Se llevaron a cabo los dos primeros cursos programados para la capacitación de los agentes sanitarios. Estos cursos se realizaron en el Hospital de Comallo. Tuvieron dos días de duración y los contenidos fueron teórico-prácticos, con trabajos prácticos orientados siempre en fomentar la participación.
- Los cursos se complementaron con salidas rurales de miembros del equipo, durante la visita del médico y el agente sanitario a los parajes de la zona. Hasta el momento se han realizado:
  - 2 visitas a Anecón Grande
  - 1 visita a Blancura Centro
  - 1 visita a Cañadón Chileno
  - 1 visita a Laguna Blanca
  - 2 visitas a Mencué
  - 3 visitas a Las Mellizas

En estas visitas se atendieron personas que tenían distintas dificultades que se fueron resolviendo de acuerdo a la metodología de trabajo seguida.

- En Comallo se iniciaron tratamientos específicos con dos familias del área urbana, siguiéndose puntualmente la metodología.
- Reuniones con los médicos para coordinar la articulación con los agentes sanitarios.
- Contactos con la Municipalidad para informar acerca del programa y además se esclarecieron conceptos sobre la ley del discapacitado, y se asesoró a los dirigentes de la Municipalidad para incorporar a planta permanente a dos personas discapacitadas: un sordo y un amputado mano derecha.
- Se realizaron las primeras conexiones con educación, para realizar posteriormente cursillos de capacitación.
- Se realizaron tratativas con los niveles de decisión para poder incorporar el proyecto dentro del sistema educativo.

Se destaca que el inicio del período escolar 1988 fue muy problemático debido a que se inició con huelgas, que duraron un mes y medio y dificultaron las gestiones.

#### 7.8.— PROGRAMA DE CURSOS PARA AGENTES SANITARIOS

Se planificaron cuatro cursos para los agentes sanitarios, los que se llevarán a cabo durante dos períodos de capacitación pre-ronda, que se realizan con una frecuencia de tres meses.

#### Temario

- 1.— Necesidades Básicas y Participación Comunitaria (15-16 Febrero 1988).
- 2.— Dificultades para escuchar y hablar (21-22 Abril 1988).
- 3.— Dificultades de movimiento y visita a las distintas instituciones que en S. C. de Bariloche atienden a discapacitados (4-5-6 Julio 1988).

#### Visitarán:

- Escuela de Sordos e Hipoacúsicos.
- Escuela de Deficientes Mentales.
- Anexo de Paralíticos Cerebrales.
- Anexo de Ciegos y Amblíopes.

- 4.— Dificultades para ver, aprender, personas que tienen ataques y conductas extrañas (octubre 1988).

#### 7.9.— PROGRAMA DE ACCION: Descripción de actividades (\*)

ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODO
I	Estudio para la selección del área	Supervisor (2)	Abril 1987



II	Coordinación c/organismos estatales	Supervisor (2)	Abril 1987
III	Divulgación del Proyecto y motivación de la comunidad.	Supervisor (2)	Abril 1987 y continúa
IV	Capacitación y entrenamiento a los Supervisores de 1 <sup>er</sup> Niv. del área	Supervisor (2)	Set/1987
V	Detección de discapacitados a través de una encuesta.	Supervisor (1)	Dic/1988
VI	Verificación de la encuesta	Supervisor (2)	Feb/1989
VII	Ordenamiento, recuento, sistematización y tabulación.	Supervisor (2)	Oct/1989
VIII	Motivación a los discapacitados y su familia.	Supervisor (1)	Nov/1989
		Supervisor (2)	Dic/1989
		Supervisor (2)	Ene/1990
		Supervisor (1)	Feb/1990
		Supervisor (1)	Julio/1990
IX	Selección del material de adiestramiento	1 <sup>a</sup> instancia Supervisor (1) con Supervisor (2) 2 <sup>a</sup> instancia Supervisor (1)	Feb/1990 Julio/1990
X	Elección y adiestramiento a un instructor de familia o comunidad	Supervisor (1)	Feb/1990
XI	Seguimiento del adiestramiento	Supervisor (1)	Julio/1990
XII	Evaluación del adiestramiento.	Idem etapa IX	Julio/1991
XIII	Derivación a Instituciones con personal especializado en los casos que se requieran.	Supervisor (2)	Mensualmente
XIV	Evaluación continuo	Supervisor (2)	En el momento de aparición
XV	Investigación evaluativa	Supervisor (2)	Continúa
		Supervisor (2)	Julio/1991
			Dic/1991

(\*) Las actividades se desarrollarán fundamentalmente en las escuelas, hospital y distintos parajes.

- (1) Léase Primer Nivel.  
(2) Léase Segundo Nivel.

## ANEXOS

*Vista parcial de Comallo*

*Construcción típica*

*Vista del paraje Anecón Grande*

*Parte del equipo de Supervisores de 2º nivel y los Agentes Sanitarios*

*Discapacitada atendida con el Proyecto Rehabilitación con Base Comunitaria*

*Agente Sanitario de Anecón Grande en su tarea de vacunación*

*Médica generalista realizando control pediátrico en un paraje*

*Niños de la Zona*

*Pobladores del paraje Anecón Grandé*

*Poblador con el proyecto de R.B.C. modificando el alto de su zapato*

## “Actividad: proceso de simbolización”

T.O. María Rita Martínez Antón y T.O. Marcelo Hernando

- 1) Si por “símbolo” se entiende una relación no convencional entre forma y contenido, significante y significado, y por “signo” tanto una relación convencional entre éstos como una forma o un significante, sostenemos que la actividad es generadora de símbolos y posibilita el acceso a signos en cuanto relación convencional.
- 2) El pasaje de acción a actividad se corresponde con el pasaje de Naturaleza a Cultura.
- 3) Entendemos que la actividad constituye el proceso de simbolización.
- 4) La posibilidad de comunicabilidad del signo como relación convencional no incluye a todo lo simbolizado. Esto implica que en la actividad aparecen simbolizaciones que no son pasibles de ser “nombradas” por pertenecer al orden de lo no convencional.
- 5) Si terapia ocupacional trabaja con la actividad, lo hace también con el proceso de simbolización; esto supone ubicarse en la brecha entre lo real y lo simbólico y entre lo convencional (lo nombrable) y lo no convencional (lo innombrable).

### Introducción

Este trabajo surge desde la necesidad de empezar a dar cuenta de lo que ocurre en terapia ocupacional desde una perspectiva de su objeto de estudio, la actividad.

Ciertamente, hasta el momento no resulta fácil hablar de esto, excepto desde la descripción. Es muy escaso el acercamiento a la teoría. Existe, obviamente, un gran “bache” teórico en terapia ocupacional. Pero pensamos que es importante observar que este vacío teórico no nos pertenece solamente a los terapeutas ocupacionales. Desde otras disciplinas, tampoco aparece un modelo teórico acerca de la actividad. Creemos que es necesario tenerlo presente, ya que muestra una dificultad generalizada en nuestra cultura para comunicarse acerca de ella. De todas maneras, para terapia ocupacional, que trabaja sobre la actividad, aparece una necesidad más perentoria de dar alguna respuesta, ya que es en nuestra disciplina en la que se percibe más directamente el problema.

Ahora bien, cualquier acercamiento a un modelo teórico comienza necesariamente por el planteo de hipótesis. Este es el propósito de nuestro trabajo.

### Acción y actividad

Podemos decir que el hombre forma parte del mundo o que el hombre vive en interrelación constante con el mundo. Tal vez nos parezca, al menos en gran parte, más adecuada la segunda formulación. Pensamos que ambas formulaciones son correctas, pero la segunda hace referencia a un aspecto fundamental de lo humano: el hombre toma una posición frente al mundo (como lo real o lo dado, en lo que está incluido él mismo) y esto implica que relaciona formas y contenidos, elige un orden posible —entre una cantidad variable de ordenamientos posibles— frente a la multiplicidad de lo real. Y no se limita a esto: además, transforma lo real de acuerdo con ese orden.

Esta interrelación que señala la segunda formulación es, para nosotras, lo que se llama “actividad”. Entendemos la actividad como la interrelación del hombre con lo real. La primera formulación, en cambio, sólo da lugar para la acción. En ésta no existe ningún ordenamiento más allá del dado directamente por la estructura de lo real, de lo que el hombre forma parte. En la actividad, en cambio, el hombre transforma lo real, ya no por mera acción de su propia estructura, sino por proyección de ésta sobre la multiplicidad de lo dado con la posibilidad de que esta proyección sea incluso voluntaria.

Esta posibilidad está dada en la función simbólica. Por esta función, que convierte al hombre en tal, éste puede lograr cierto manejo voluntario de lo real. Puede situarse frente a éste, diferenciándose en parte. En este nivel aparece la actividad: en ella, el hombre tiene siempre algún objetivo consciente, voluntario. Pero de lo que el hombre no puede ser totalmente consciente es de cómo está proyectando sobre el mundo una estructura que le es propia ni tampoco de cómo en esa interrelación él mismo también se va modificando.

En la acción no hay ninguna mediación: la estructura del hombre se modifica por contacto directo con la estructura de todo el resto de lo real y viceversa. En la actividad, en cambio, entre el hombre y el resto de lo real aparece el símbolo, aparece la posibilidad de una relación. Lo que el hombre recibe de lo real y lo que proyecta sobre éste pasan constantemente por el filtro de un ordenamiento posible que el hombre construye. Por esto, consideramos que el pasaje de acción a actividad se corresponde con el pasaje de Naturaleza a Cultura.

### Actividad: proceso de simbolización

Consideramos a la actividad como un sistema (el de la interrelación del hombre con el mundo) que tiene una estructura. Lo consideramos un sistema estructurado porque cumple con las condiciones de:

- 1) estar regulado por una cohesión interna:

- 2) que esta cohesión no sea accesible por la observación de un sistema aislado, sino que se revele en el estudio de las distintas actividades por el que es posible hallar propiedades semejantes en ellas.

Llamamos "actividad" a las realizaciones individuales y momentáneas de la relación del hombre con el resto de lo real y "cultura" al sistema supraindividual, compartido, que ordena esas realizaciones individuales y momentáneas. Seguimos en esto la diferenciación entre "habla" y "lengua" por una razón muy simple: consideramos el habla como una actividad y la lengua como parte de la cultura, por lo que pensamos que esta diferenciación entre las primeras es extensible a las segundas. Esto no significa que todas las características del habla y de la lengua sean extensibles al resto de las actividades y la cultura, sino sólo aquello que tiene que ver con su estructura en cuanto actividad.

Cada hombre, en la actividad, crea su propio ordenamiento de lo real. Es cierto que existe una estructura común en los hombres y una estructura común en el resto de lo real. Eso permite que en las diferentes interrelaciones sea también factible una estructura común.

La existencia de una estructura común en las interrelaciones entre cada hombre y el resto de lo real es lo que posibilita la cultura. Es el orden posible compartido por un grupo.

Ahora bien, si por "símbolo" entendemos una relación no convencional entre forma y contenido, significante y significado, y por "signo" una relación convencional entre éstos, sostenemos que la actividad es generadora de símbolos (porque cada hombre crea en ella su propio ordenamiento de lo real) y posibilita el acceso a signos (porque la estructura común en las diferentes interrelaciones hace factible su comunicación).

Relacionar formas y contenidos, dar un orden posible a la multiplicidad de lo real es igual a darle una significación: constituye el proceso de simbolización. La cultura, en cuanto orden posible compartido por un grupo, es entonces igual a las significaciones compartidas.

La cultura se sostiene, en parte, en la creación de códigos, de signos en tanto relación convencional entre un significante y un significado. El ser compartido implica dejar de lado diferencias. Por lo tanto, en los códigos, en los sistemas de signos, quedan siempre excluidas significaciones. Esto no conlleva el que no puedan ser compartidas, sino tan sólo que no entran en el código, que no pueden ser nombradas. Pero en ese campo excluido del código, cada hombre continúa simbolizando, construyendo en la actividad nuevas significaciones, que luego se irán incorporando al sistema de signos en la medida que se puedan compartir lo suficiente como para establecer un acuerdo acerca de ellas. El signo, en tanto relación convencional entre significante y significado, presupone al símbolo, se apoya en éste.

Para que un signo no sea meramente una forma vacía, la relación convencional que establece entre forma y contenido tiene que apoyarse en el proceso de simbolización, debe corresponderse con alguna relación no convencional, con algún símbolo. En esta correspondencia, subsiste siempre una brecha entre el símbolo y el signo. Aceptar esta brecha es condición *sine qua non* para que exista la comunicación, pero implica al mismo tiempo que no todo lo simbolizado se convierte de por sí en comunicable por signos y que no todo lo comunicable lo es a través de signos como relación convencional entre significante y significado. Aceptar la brecha es aceptar lo innombrable y aceptar la modificación constante de la relación convencional.

En el signo, el significante viene a reemplazar el significado, según una definición clásica. Este "reemplazo" permite, por un lado, una mayor abstracción, porque ofrece una economía de recursos que facilita la creación de órdenes posibles más complejos que los que es factible lograr a través del manejo concreto de lo que es significado. Ofrece, además, la posibilidad de agilizar la transmisión y traducción de información. Pero implica un riesgo importante: que el significante pase a reemplazar absolutamente al significado, con lo que desaparece la significación, el sentido, dados por la relación entre uno y otro. Cuando ocurre esto, se altera necesariamente la relación entre el hombre y el resto de lo real, porque ya no existe una verdadera interrelación. El hombre comienza a manejar formas vacías de significación, que ya no le sirven para ordenar de alguna manera el caos de la multiplicidad de lo real. En cuanto a la transmisión de información, se multiplica la posibilidad de acordar sobre un desacuerdo; ya que se pierde la noción de que, más allá de cualquier convención, cada hombre continúa estableciendo diferentes significaciones. Si el significado se asimila al significante, ya no queda lugar para comunicarse acerca de la significación que cada hombre establece entre ellos.

Cuando el significante reemplaza por completo al significado, empieza a jugar como lo dado y el hombre se pierde nuevamente en el caos de un sinnúmero de órdenes posibles que ya no reconoce como tales. La diferencia está en que si allí intenta construir nuevas significaciones, ya no tiene el límite que le impone la estructura de lo real y todo amenaza con convertirse en un enorme castillo de naipes por el que corre el riesgo de quedar aplastado en cuanto percibe su inconsistencia.

De este modo, aparece una sobreabundancia de significantes que, en vez de facilitar la comunicación, la entorpece al generar un desacuerdo acerca de lo que se quiere nombrar. Puede ocurrir que esta cadena de significantes, de formas desvinculadas de aquel proceso simbólico que les dio origen, se conviertan para un grupo de hombres en un sistema cultural dado, a tal punto de relacionarse con él en una suerte de actividad, sin detenerse en observar que se trata de un interjuego únicamente formal, exento de todo contenido, significado. Lo que se cree actividad con la correspondiente significación de la experiencia, es en realidad acción.

Así como algunos símbolos pueden adquirir el carácter de signos, algunos elementos de una actividad pueden organizarse como una técnica, la cual es pasible de ser transmitida y utilizada como recurso, apoyatura, de un nuevo sistema actividad. Pero si el hombre se interrelaciona con lo dado sólo a partir de una técnica, desde esta cadena de formas previamente ordenada por otros, no existe el interjuego real entre la estructura de lo dado y la del hombre, no aparece ordenamiento nuevo alguno. En tal caso, la técnica deja de cumplir su función de "recurso" en el desarrollo de una actividad para convertirse en un orden que es parte de lo dado y, al mismo tiempo, no se modifica. La técnica aislada de un sistema actividad limita la posibilidad de elección del individuo, de transformación por el deseo y del desarrollo de una idea, un estilo peculiar. La técnica, el automatismo y el hábito son tomados por actividad; la forma, el significante y el signo, por símbolo; la significación convencional, por la significación simbólica.

Creemos que éste es un riesgo implícito en la cultura ya que, en tanto orden posible compartido, tiene que ver con el hábito. El mecanismo de formación del hábito explica la modificación de la estructura del hombre que se produce en la actividad. El hábito es un orden posible del que generalmente ya no puede recordarse su origen ni su función real y cuyo cambio presen-

ta una marcada dificultad. Por un lado, la aparición del hábito posibilita nuevas construcciones, porque el hombre no necesita ya estar atento a ese ordenamiento al automatizarse éste. Pero, por otro lado, el hábito también restringe la cantidad posible de nuevas construcciones, porque como cualquier orden, restringe la cantidad de posibilidades a elegir.

La elección de un orden posible hace factible la transformación de lo dado, la concreción de ese orden en lo real —o, al menos, de uno que se le acerca—, pero siempre dentro de las restricciones que impuso ese orden y las que impone la estructura del resto de lo real. Este orden, al ser transmitido, aparece como parte de lo real, de lo dado. Por lo tanto, está también signado por la posibilidad de su desaparición. Será necesario que sea transformado para que continúe el proceso de simbolización.

## Acerca del deseo

Con la posibilidad de modificar activamente lo real, el hombre tiene la posibilidad del deseo, de trascender lo dado. Y a partir de allí, el deseo del hombre se diferencia definitivamente de lo que encuentra en lo real. Este interjuego se da en la función simbólica. En ella, el hombre crea relaciones de significación entre formas y contenidos.

El deseo y la interdependencia a la que está ligado el sujeto a partir de él son intrínsecos a la actividad. Acceder al deseo implica haber reconocido la falta. Si el sujeto desea, es porque reconoce al resto de lo real como diferente de él mismo. En esta diferencia está implícito:

- 1) su deseo de algo que sólo le puede llegar a través del otro y su posesión de algo que es deseable para el otro;
- 2) que puede desear y puede ser deseado.

Esto le da la posibilidad de un lugar propio desde el cual puede concretar su deseo, por una parte, y, por la otra, lo marca con una dependencia ya que, para concretarlo, no tiene más remedio que interrelacionarse con el resto de lo real, modificándose él mismo.

Cuando hablamos de "concretar el deseo", nos referimos a "desear" y no a la satisfacción completa del deseo, que implica la desaparición de éste. La actividad tiene que ver, profundamente, con "concretar el deseo" y no con satisfacerlo por completo. Lo último, en realidad, a lo que nos lleva es a la anulación de la actividad.

Así, en la actividad juegan constantemente:

- 1) la aparición y el reconocimiento de la falta, en la diferenciación del sujeto con respecto al resto de lo real, y la angustia;
- 2) el deseo del objeto que cubriría la falta;
- 3) el reencuentro con el resto de lo real a partir de la aceptación de la irreversibilidad de la diferencia, con la renuncia a poseer el objeto;
- 4) la "concreción del deseo", del poder desear y ser deseado, y la disminución de la angustia;
- 5) la reaparición de la falta en el reencuentro con el resto de lo real, en el que vuelve a presentarse la diferencia y el deseo del objeto.

(El deseo continúa vivo porque lo concretado no coincide jamás con lo deseado.)

Mientras aparece sólo el deseo del objeto, y no el deseo de deseo, no puede sino surgir la angustia. Si el hombre desea el objeto, intenta apoderarse de él y transformarlo completamente, lo que implica la muerte del objeto. Pero el sujeto también forma parte de lo real y es objeto para otros. Por lo tanto, así como él, en tanto sujeto, niega lo dado y lo transforma, en tanto objeto, es susceptible de ser negado y transformado. Por eso, si no puede renunciar a poseer el objeto, la actividad se paraliza.

En cuanto al lugar propio desde el cual el sujeto puede concretar su deseo, tiene que ver con el orden posible básico: aquél que lo ubica como sujeto frente al resto de lo real en la forma determinada.

## El lugar de la terapia ocupacional

Antes planteamos cómo el hombre puede —y creemos que lo está haciendo— relacionarse desde una cadena de significantes, desde formas vacías exentas de toda significación real, sin acceder a una verdadera función simbólica en la interrelación con la estructura de lo dado. En tales circunstancias, decíamos, el hombre no impone nuevos órdenes que unifiquen y sinteticen la multiplicidad de lo real y, por tanto, no logra un mayor conocimiento del universo y de sí mismo.

Al no entrar en contacto —a través de la actividad— con lo que le es diferente, desconocido y, de algún modo, peligroso, se desdibuja la diferencia en donde puede reconocerse, aumenta la distancia, la brecha entre la estructura de lo dado (que contiene algo de sí, en parte) y la propia, y, con ello, pierde la posibilidad de hallar significación, sentido a su propia existencia a partir de la simbolización de tal conjunción.

Cuando el hombre comienza a privilegiar en tal grado al nombre que empieza a reemplazar completamente a la forma nombrada, se pierde la fuerza de la forma, se pierde lo nombrado. Nombrar algo implica aceptar lo innombrable porque la fuerza del signo se apoya en la de la forma simbólica. Si el signo es una relación convencional entre significante y significado, originada en un acuerdo, debe basarse necesariamente en las relaciones no convencionales entre éstos, en los órdenes posibles que eligen los que luego establecen el acuerdo sobre lo que es compartido.

Si privilegiamos lo nombrable y rechazamos lo innombrable, si evitamos enfrentarlo, estamos negando nuevamente la diferencia y volviendo al caos, un caos que ya no será simplemente el de la multiplicidad de lo real sino, además, el del desquicio de lo que en un momento fueron órdenes posibles. La posibilidad de comunicación del signo como relación convencional no incluye a todo lo simbolizado. Esto implica que en la actividad aparecen simbolizaciones que no son posibles de ser "nombradas" por pertenecer al orden de lo no convencional.

Según lo que hemos planteado, si terapia ocupacional trabaja con la actividad, lo hace también con el proceso de simbolización. Esto supone ubicarse en las brechas entre lo real y lo simbólico y entre lo convencional (lo nombrable) y lo no convencional (lo innombrable). Creemos que el trabajo sobre estas dos brechas constituye una parte esencial de terapia ocupacional. Pensamos, además, que la existencia de esas brechas, en especial la de la segunda, explica en gran medida la dificultad pa-

ra dar cuenta de lo que sucede en un tratamiento en terapia ocupacional, ya que nuestra cultura privilegia crecientemente lo nombrable en detrimento de lo innombrable, hace, al decir de Lévi-Strauss, "un abuso del lenguaje". Pero la dificultad no justifica que no comuniquemos con mayor exactitud y fundamentación teórica nuestro trabajo.

Si los terapeutas ocupacionales no despreciamos lo innombrable, podremos delimitarlo y comunicarlo, porque lo que necesitamos nombrar surgirá desde allí, siempre que no lo abandonemos. Y creemos que ese aporte, el de la revalorización de las simbolizaciones que no son comunicables por signos, es tal vez uno de los más propios de terapia ocupacional.

En nuestra clínica, tenemos la oportunidad de observar la estructura manifiesta de la actividad, constituida por el hombre, el proyecto y el producto. En su observación es en donde podemos acceder a la estructura profunda, cómo se sitúa en ella la persona frente a lo real y, desde allí, acompañarlo en el proceso de simbolización. Por supuesto, aparece también la verbalización y es importante tenerla en cuenta, ya que forma parte de la actividad. Pero es imprescindible que detectemos cuándo esas palabras no se están apoyando en un verdadero proceso de simbolización. Y es aún más importante que no nos centremos en lo que se verbaliza, olvidando las simbolizaciones que no están codificadas, ya que en la actividad misma se producen modificaciones sin que accedan a la palabra. Mejor aún, creemos que en los cambios que se pueden observar en ese sistema actividad y de los que sólo una parte llega a verbalizarse, está el real objetivo terapéutico de nuestra disciplina.

Generalmente, asociamos la función simbólica con la capacidad de representación que el hombre tiene de lo real y con la posibilidad de "nombrar" o "poner en palabras" tal representación. De tal modo, en la clínica tendemos a esperar que la persona pueda decir "algo más" respecto de la actividad realizada, del proyecto o del producto. Esperamos en este "algo más", en definitiva, que la persona nos comunique algo que podamos comprender en un código de significación convencional.

Si privilegiamos la verbalización acerca de la obra, estamos negando la fuerza misma de la forma y la expresión del estilo que le dió origen. La obra contiene todo lo que el autor pudo dar. Así lo expresó Isadora Duncan: "Si pudiera ponerlo en palabras, no lo bailarí".

En la medida en que nosotros, como terapeutas ocupacionales, no tengamos una vivencia del proceso creativo, seguiremos desconociendo y negando nuestro propio objeto de estudio, la actividad, el lenguaje de la forma, el valor de la experiencia y, de esta manera, no podremos acompañar jamás ningún proceso simbólico ni rescatar lo perdurable de la obra. Tampoco accederemos, finalmente, a un cuerpo conceptual que fundamente nuestra disciplina como actividad que también es.

Para finalizar, queremos citar una frase de Goethe que tal vez sería importante que tengamos presente:

*"Todas las formas son semejantes  
y ninguna es parecida a las otras,  
de tal modo que su coro  
orienta hacia una ley oculta".*

BUENOS AIRES, AGOSTO DE 1988

## Bibliografía

1. BALINT, M. - *La falta básica* - Buenos Aires, Ed. Paidós, 1982.
2. BATESON, G. - *Metálogos* - Buenos Aires, Ed. Tiempo Contemporáneo, 1969.
3. BATESON, G. - *Pasos hacia una ecología de la mente* - Buenos Aires, Ed. Lohlé, 1982.
4. BATESON, G. - *Espíritu y naturaleza* - Buenos Aires, Amorrortu, 1982.
5. BERENSTEIN, I. - *Familia y enfermedad mental* - Buenos Aires, Ed. Paidós, 1984.
6. CASTORIADIS-AULAGNIER, P. - *La perversión como estructura* - 1966.
7. FERRATER MORA, J. - *Diccionario de filosofía abreviado* - Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1981.
8. JUNG, C.G. - *Símbolos de transformación* - Barcelona, Ed. Paidós Ibérica, 1982.
9. JUNG, C.G. - *La psicología de la transferencia* - Barcelona, Ed. Planeta - De Agostini, 1985.
10. LAING, R.D. - *La política de la experiencia* - Barcelona, Ed. Crítica, 1983.
11. KOJEVE, A. - *La idea de la muerte en Hegel* - Buenos Aires, Ed. Leviatán.
12. LEVI-STAUSS, C. - *Antropología Estructural* - Buenos Aires, EUDEBA, 1984.
13. LEVI-STRAUSS, C. - *Las estructuras elementales del parentesco* - Buenos Aires, Ed. Paidós, 1969.
14. MORENO, J.L. - *Psicoterapia de grupo y psicodrama* - México, Fondo de Cultura Económica, 1966.
15. PAGES LARRAYA, F. - *Estructuras culturales que determinan sufrimiento en las poblaciones* - Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 1986 32, 169-182.
16. READ, H. - *Arte y alineación* - Buenos Aires, Ed. Proyección, 1976.
17. ROJAS BERMUDEZ, J.G. - *Qué es el psicodrama* - Buenos Aires, Ed. Genitor, 1975.
18. ROJAS BERMUDEZ, J.G. - *Núcleo del Yo* - Buenos Aires, Ed. Genitor, 1979.
19. ROJAS BERMUDEZ, J.G. - *Títeres y Psicodrama* - Buenos Aires, Ed. Celsius, 1985.
20. WINNICOTT, D.W. - *Realidad y juego* - Barcelona, Ed. Gedisa.

# Método de Evaluación y Seguimiento de Conductas Observables en Terapia Ocupacional

NO

T. O. ANA MARIA PAPIERMEISTER  
T. O. LAURA PEZZOLI

HOSPITAL NACIONAL INFANTO JUVENIL Dra. C. TOBAR GARCIA

El objetivo de nuestro trabajo fue crear un método de observación sistematizada de conductas, que nos permitiera definir un diagnóstico operativo, orientar el tratamiento y evaluar los resultados.

Para tal fin confeccionamos una ficha gráfica, simple, organizada en seis áreas de manifestación de conductas.

- I - COMUNICACION
- II - SOCIO-AFECTIVA
- III - COGNITIVA
- IV - ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- V - EXPRESION
- VI - PERCEPTIVO - MOTORA

Dicha ficha contiene 68 variables que representan acciones concretas y medibles. Las variables fueron definidas con el objeto de que las evaluaciones se realicen teniendo en cuenta los mismos parámetros.

De la graficación de la evaluación inicial resulta un perfil, que permite una visualización rápida de las áreas comprometidas del paciente. Al realizar las evaluaciones periódicas para comprobar la evolución, obtenemos nuevos perfiles diferenciados por color.

Cabe consignar, que con el propósito de no teñir nuestra observación con un preconceito diagnóstico, y como metodología de investigación, no leemos las historias clínicas hasta después de efectuada nuestra evaluación.

De la población que asistimos en el Hospital, estudiamos una muestra de 53 pacientes con edades comprendidas entre los 3 y los 17 años, en el período enero/87 - agosto/88, con un seguimiento superior o igual a seis meses.

Los resultados obtenidos están determinados por el contexto sociocultural al cual responde dicha muestra.

Los indicadores se evaluaron en una escala de 0 a 3.

En las áreas COMUNICACION - SOCIO AFECTIVA y COGNITIVA la conducta se observó:

- 0 - NUNCA
- 1 - POCAS VECES
- 2 - CON FRECUENCIA
- 3 - SIEMPRE

En las áreas ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - EXPRESION y PERCEPTIVO MOTORA la conducta se observó:

- 0 - NUNCA
- I - CON MUCHA DIFICULTAD
- II - CON Poca DIFICULTAD
- III - SIN DIFICULTAD

A través de los resultados obtenidos a partir de la evaluación inicial de los pacientes considerados, pudimos caracterizar las variables con mayor y menor compromiso. Esto nos permitió arribar a una aproximación diagnóstica funcional, e identificar cuatro grupos diferenciados por áreas afectadas, a las cuales definimos como:

**AREA UNIFORMEMENTE AFECTADA:** cuando la conducta no se observa, se observa pocas veces o con mucha dificultad. (Indicadores 0 y I).

**AREA CON ALTERACIONES DESIGUALES O SALPICADAS:** cuando los indicadores 0 y 1 alternan con los indicadores 2 y 3.

**AREA SIN COMPROMISO:** cuando la conducta se observa con frecuencia, siempre, con poca dificultad o sin dificultad. (Indicadores 2 y 3).

Al comparar nuestra aproximación diagnóstica con los diagnósticos realizados por el equipo tratante, encontramos una amplia coincidencia.

El primer grupo, integrado por 19 niños con edades entre 3 y 10 años, mostró todas las áreas UNIFORMEMENTE AFECTADAS, con excepción de la variable motricidad gruesa, que no estaba comprometida.

Este grupo había sido diagnosticado como Autismo y Psicosis Infantiles Tempranas.

El segundo grupo, integrado por 4 niños de 6,7,9 y 10 años, presentó las mismas características que el anterior, salvo en el área COMUNICACION, en la cual observamos ALTERACIONES DESIGUALES O SALPICADAS.

El diagnóstico de este grupo fue compatible con cuadros de Debilidad Mental y Organicidad.

El tercer grupo, integrado por 25 pacientes con edades entre 6 y 17 años, manifestó ALTERACIONES DESIGUALES o SALPICADAS en todas las áreas.

Dentro de este grupo pudimos diferenciar dos sub-grupos de acuerdo con la edad de comienzo de las dificultades. Cuando el comienzo fue tardío, se observó el área ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA sin compromiso y en el área PERCEPTIVO MOTORA alteraciones espacio-temporales y dificultades para realizar las tareas de mayor precisión y construcciones complejas.

Este grupo fue diagnosticado como Psicosis infantiles, Trastornos Esquizofrénicos de la Personalidad, Psicosis Desintegrativa y Brote Psicótico.

El cuarto grupo, integrado por cinco niños con edades entre 9 y 13 años, presentó UNIFORMEMENTE AFECTADA el área SOCIO AFECTIVA y fue diagnosticado como Trastornos de Conducta.

En base a esta categorización de áreas de manifestación de conductas con mayor o menor compromiso funcional a nivel de la acción, construimos las hipótesis de abordaje, armamos intervenciones y desarrollamos estrategias.

La evaluación periódica nos permitió verificar nuestras hipótesis de tratamiento y ajustarlas o corregirlas, en los casos en que no había modificaciones observables.

Al analizar los resultados obtenidos en el seguimiento de los pacientes, pudimos comprobar los cambios manifestados a partir de los objetivos propuestos, así como las variables que permanecieron afectadas, o que mostraron cambios poco significativos a pesar de la implementación del tratamiento.

A modo de ejemplo podemos decir que en el grupo diagnosticado como Autismo y Psicosis Infantiles Tempranas, en la evaluación inicial se obtuvo un trazado uniforme entre los indicadores 0 y I, el cual durante el seguimiento mostró una tendencia a hacerse salpicado, al lograrse cambios en diferentes variables.

En el grupo diagnosticado como Psicosis, el trazado obtenido en la evaluación inicial fue desigual, o sea salpicado, entre los diferentes indicadores. A lo largo del tratamiento se observó la tendencia a hacerse uniforme entre los indicadores 2 y 3. No obstante, algunas áreas permanecieron afectadas, mostrando las dificultades de estos pacientes en el área de la Expresión, en la creatividad y en la capacidad para encontrar alternativas diferentes frente a situaciones nuevas.

Esta guía de evaluación y seguimiento nos brindó la posibilidad de contar con un registro de Terapia Ocupacional en las historias clínicas, el cual fue aceptado dentro del contexto hospitalario, ya que define claramente un espacio que no compromete los otros tipos de abordaje; nos permitió realizar informes precisos en menor tiempo y participar en las reuniones de equipo con un instrumento que da cuenta del proceso terapéutico en Terapia Ocupacional.

En conclusión, el empleo de este método organizó nuestra manera de ver, describir y operar en la realidad, ampliando por un lado nuestro campo de acción, ya que nos abrió puertas para desarrollar procedimientos de investigación y restringiéndolo por el otro, ya que debimos sujetarnos a la observación, medición y registro de acciones concretas.

## HOSPITAL NACIONAL INFANTO JUVENIL FICHA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

T. O. Ana María Papiermeister  
T. O. Laura Pezzoli

NOMBRE Y APELLIDO: H.C. N°  
Fecha de nacimiento:  
Fecha de ingreso:  
Atención: Individual .....  
                  Grupal .....      0    1    2    3

COMUNICAR (Preverbal)

EXPLORAR

PROBAR

IMITAR

JUGAR

REPRESENTAR (Acciones)

DRAMATIZAR

VERBALIZAR

INTERACCION CON EL T.O.

INTERACCION CON EL GRUPO

PARTICIPAR

ACEPTAR CONSIGNAS

EJECUTAR CONSIGNAS

CONTROLAR LA AGRESION

TOLERAR LA FRUSTRACION

DISFRUTAR

INICIATIVA

ELEGIR

CUIDAR

VALORAR

RESPONSABILIDAD

ATENDER

COMPRENDER CONSIGNAS

CONCENTRARSE

MEMORIZAR

MEMORIZAR

10  
129

APRENDER  
CREAR  
RESOLVER SITUACIONES NUEVAS  
ORGANIZAR

0 NUNCA 1 POCAS VECES 2 CON FRECUENCIA 3 SIEMPRE

NOMBRE Y APELLIDO;

0 1 2 3 OBSERVACIONES

COMER  
DESVESTIRSE  
VESTIRSE  
LAVARSE

DIBUJAR  
PINTAR  
MODELAR

COORDINACION GRUESA  
ORIENTARSE EN EL ESPACIO  
GUARDAR  
MARTILLAR  
DESARMAR  
ENHEBRADO GRUESO  
ENHEBRADO FINO  
CONSTRUCCION SIMPLE  
CONSTRUCCION COMPLEJA  
ARMAR  
PEGAR  
PICAR  
COSER CON TIENTO  
COSER CON HILO

PRENSION FINA Y MANEJO  
ATORNILLAR  
ATAR  
DISCRIMINAR COLORES  
DISCRIMINAR TAMAÑOS  
DISCRIMINAR FORMAS  
LOCALIZAR PARTES DEL CUERPO  
NOMBRAR PARTES DEL CUERPO  
RECORTAR LINEAS RECTAS  
RECORTAR CONTORNOS  
PERFORAR CON SACABOCADO  
CLAVAR  
CALCAR  
TRAZAR  
TRANSPORTAR MOLDES  
ORIENTARSE EN EL TIEMPO  
MEDIR  
REALIZAR

0 NUNCA 1 CON MUCHA DIFICULTAD 2 CON POCA DIFICULTAD 3 SIN DIFICULTAD

## FICHA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

### REFERENCIAS

AREA I- COMUNICACION  
AREA II- SOCIO-EMOCIONAL  
AREA III- COGNITIVA  
AREA IV- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA  
AREA V- EXPRESION



APRENDER  
CREAR  
RESOLVER SITUACIONES NUEVAS  
ORGANIZAR

0 NUNCA 1 POCAS VECES 2 CON FRECUENCIA 3 SIEMPRE

NOMBRE Y APELLIDO:

0 1 2 3 OBSERVACIONES

COMER  
DESVESTIRSE  
VESTIRSE  
LAVARSE

DIBUJAR  
PINTAR  
MODELAR

COORDINACION GRUESA  
ORIENTARSE EN EL ESPACIO  
GUARDAR  
MARTILLAR  
DESARMAR  
ENHEBRADO GRUESO  
ENHEBRADO FINO  
CONSTRUCCION SIMPLE  
CONSTRUCCION COMPLEJA  
ARMAR  
PEGAR  
PICAR  
COSER CON TIENTO  
COSER CON HILO

PRENSION FINA Y MANEJO  
ATORNILLAR  
ATAR  
DISCRIMINAR COLORES  
DISCRIMINAR TAMAÑOS  
DISCRIMINAR FORMAS  
LOCALIZAR PARTES DEL CUERPO  
NOMBRAR PARTES DEL CUERPO  
RECORTAR LINEAS RECTAS  
RECORTAR CONTORNOS  
PERFORAR CON SACABOCADO  
CLAVAR  
CALCAR  
TRAZAR  
TRANSPORTAR MOLDES  
ORIENTARSE EN EL TIEMPO  
MEDIR  
REALIZAR

0 NUNCA 1 CON MUCHA DIFICULTAD 2 CON POCA DIFICULTAD 3 SIN DIFICULTAD

### FICHA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

#### REFERENCIAS

AREA I- COMUNICACION  
AREA II- SOCIO-EMOCIONAL  
AREA III- COGNITIVA  
AREA IV- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA  
AREA V- EXPRESION

G-10

AREA VI - PERCEPTIVO-MOTORA

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA . ACTIVIDADES

OBSERVACIONES

EGRESO

GUIA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL  
DEFINICION DE VARIABLES

AREA I

COMUNICAR: expresarse en forma preverbal. (Sonreir, señalar, hacer gestos, mostrar).  
EXPLORAR: investigar el espacio, los objetos, los materiales.  
PROBAR: examinar las cualidades de una cosa. Experimentar. Intentar usar un objeto de un modo diferente. Intentar alcanzar un objeto.  
IMITAR: imitación gestual y motora.  
JUGAR: posibilidad de utilizar juguetes y juegos acordes con la edad, participar en juegos reglados, compartir el juego con otros.  
REPRESENTAR: acciones de la vida diaria, dibujar, acunar o dar de comer a muñecas, etc.  
DRAMATIZAR: reproducir situaciones de la vida diaria, historias, juegos.  
VERBALIZAR: emitir frases completas o palabras significativas.

AREA II

PARTICIPAR: compartir con el T.O. o el grupo una actividad o juego.  
INICIATIVA: decidir espontáneamente, proponer actividades, juegos, etc.  
ELEGIR: elección espontánea o dirigida  
CUIDAR: sus trabajos, materiales o herramientas.  
VALORAR: dar importancia a sus realizaciones.

AREA III

ATENDER: mantener la atención durante períodos de tiempo significativos.  
CONCENTRARSE: mantener la atención durante un período prolongado para la ejecución de actividades.  
MEMORIZAR: conservar las ideas anteriormente adquiridas. Recordar una canción, los pasos de una actividad, una consigna, etc.  
APRENDER: habilidad para adquirir conocimientos prácticos.  
CREAR: producir un objeto nuevo. Encontrar nuevas alternativas de acción y de relación.  
ORGANIZAR: disponer las partes de un todo para que pueda funcionar. Organizar un juego, una reunión, una actividad, en forma independiente.

AREA IV

COMER: utilizar las manos, la cuchara, el tenedor, el cuchillo.  
DESVESTIRSE: quitarse la ropa, desatar cordones, desabrochar botones.  
VESTIRSE: ponerse la ropa, los zapatos, abrochar botones, atar cordones.  
LAVARSE: las manos, bañarse, la cabeza.

AREA V

DIBUJAR: rayas, garabatos, formas con sentido, reproducir la forma de un objeto.  
PINTAR: manchas, cubrir con color dentro de un contorno.  
MODELAR: pelotitas, chorizos, formas o figuras con arcilla, plastilina o masa.

AREA VI

ORIENTARSE EN EL ESPACIO: reconocer el lugar donde se guardan los elementos, entrar-salir, adentro-afuera, arriba-abajo, adelante- atrás, al costado, derecha-izquierda.  
MARTILLAR: golpear con el martillo sobre banco de descarga, sacabocado o clavo.  
DESARMAR: desmontar las piezas de un objeto.  
ENHEBRADO GRUESO: enhebrar cuentas.

**ENHEBRADO FINO:** enhebrar perlas, pasar una hebra por el ojo de una aguja.  
**CONSTRUCCIONES SIMPLES:** Ensartar, encajar, apilar con juegos didácticos o material artesanal.  
**CONSTRUCCIONES COMPLEJAS:** fabricar, edificar con juegos didácticos o material artesanal.  
**ARMAR:** rompecabezas, montar las piezas de un objeto.  
**PEGAR:** papeles, unir dos cosas con pegamento o plasticola.  
**PICAR:** perforar con punzón siguiendo una línea.  
**PRENSION FINA Y MANEJO:** utilizar la pinza para realizar tareas de precisión. (enhebrar una aguja, escribir, tomar un papel o un punzón).  
**ATORNILLAR:** con juegos didácticos o tornillo en madera.  
**ATAR:** unir con cuerda, tiento, cordón (nudo o moño).  
**ORIENTARSE EN EL TIEMPO:** reconocer día-noche, mañana, tarde, antes, después, ayer, hoy, días de la semana, meses, año, estaciones del año, hora.  
**REALIZAR:** terminar un proyecto cumpliendo con los pasos previstos, en forma autónoma, de acuerdo con sus posibilidades.

# XV CONGRESO ARGENTINO DE FONIATRÍA, LOGOPEDIA Y AUDIOLOGÍA

TEMA LIBRE:

"El Niño Ciego y sus Aprendizajes"

EXPOSITORES:

ASISTENTE EDUCACIONAL Beatriz BETTOLI  
TERAPISTA OCUPACIONAL Mónica TELLECHEA  
FONOAUDIÓLOGA María Rosa NICOLAI

INTRODUCCION

La interrelación del medio ambiente en el proceso.  
La actividad motriz, rol de la Terapeuta Ocupacional.  
La Comunicación y el habla, rol de la Fonoaudióloga.  
Conclusión.  
Propuesta.  
Bibliografía.

INTRODUCCION

La presente comunicación es el resultado de reflexiones surgidas del trabajo institucional y en práctica privada. Para abordar la problemática nos ha servido como base el encuadre teórico de autores rusos, que han introducido las nociones de: A) Sistema funcional, reconociéndola como tal, cuando una función se hace evidente sólo por la ayuda ambiental humana, por ej., "oir" es una función, "escuchar" es un sistema funcional. Para escuchar necesitamos una correcta audición perceptual y muchos materiales sonoros; B) Maduración estructural: se refiere a externalizaciones humanas específicas relacionadas con la adquisición de algunas funciones que son básicas para esos logros. Por ej.: la capacidad de usar las manos y los brazos permitirá dominar operaciones como alcanzar objetos.

Entendemos por aprendizajes humanos al logro de la simbolización en la creatividad simbólica. El Dr. Quirós y col. reconocen diferentes aprendizajes: primarios, son los que permiten la adaptación y la supervivencia, facilitando la continuidad de la especie en el tiempo, todos los animales y los niños pequeños incorporan este aprendizaje. Los procesos secundarios permiten el uso de los conocimientos generacionales, ya que el aprendizaje proviene no sólo del medio ambiente, sino también de las experiencias con muchos otros miembros de la especie. Los terciarios implican el uso de símbolos, esto permite la transmisión y recepción de conocimientos a través de sucesivas generaciones. Sólo los seres humanos poseen este potencial. Los procesos cuaternarios, implican la capacidad para pensar en símbolos y formular o crear patrones simbólicos diversos o nuevos.

Los ciegos, dada su privación visual y lo que ello implica, se encuadran en los procesos secundarios. Teniendo necesidad de tratamientos adecuados que les permitan acceder a los procesos terciarios. Si no se realizan, lo que se observa es la lentificación de la aparición de este proceso o la adquisición deficitaria o parcial que les impide arribar a los procesos cuaternarios de aprendizaje.

La intervención temprana de los diferentes especialistas tiene como objetivo la utilización de los restantes canales sensoriales indemnes que posee, para sus aprendizajes. Prefiriendo la denominación de Tratamiento temprano; ya que la estimulación temprana sólo implica el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico, extendiéndose a los niños de alto riesgo ambiental.

LA INTERRELACION DEL MEDIO AMBIENTE EN EL PROCESO

La llegada de un bebé ciego al seno familiar es un hecho que implica serias alteraciones en ella, si los padres enfrentan el hecho con fe, realismo y esperanza, las posibilidades que ese niño tiene de convertirse en un individuo útil, realizado y feliz son mucho mayores que las de quienes han debido sufrir el rechazo o el dolor no superado de sus padres.

Las expectativas de la pareja cuando espera a un hijo son ambiciosas y ricas. Nadie está preparado para recibir a un niño disminuido en su familia. Su preparación anterior no es posible, sí lo es ante el hecho irreversible: orientando, guiando y facilitando el encuentro con el hijo que no se ajusta a las expectativas de la espera. Cada niño es un caso individual y cada familia también lo es, por lo cual es decisivo que reciba la orientación precisa profesional para encarar tempranamente las decisiones que lleven a los padres a la aceptación de los tratamientos, como los medios tendientes a mejorar las relaciones interfamiliares, base de las interrelaciones ambientales que inciden en el hecho educativo.

Es natural y comprensible que los padres y familiares de un niño ciego sientan compasión por él y le tengan especial consideración, pero este niño se sentirá mejor sin compasión. El facilitarle todo allanándole dificultades, lo mantendrá con el tiempo dependiente, esperando que se lo trate en forma preferencial, negando de esta forma la madurez social que favorezca su independencia personal y adaptación social.

Si coincidimos con la Dra. Coriat "que desde su nacimiento el niño se encuentra en un proceso de constante aprendizaje, entendiéndolo por aprendizaje la primera experiencia en algún aspecto de la vida, cualquier perturbación de la acción en las primeras etapas del desarrollo, puede determinar no sólo dificultades en el área de su actividad sino que sus consecuencias pueden

extenderse a lo largo de todo el esquema de acción o interferir en las coordinaciones con otras áreas del desarrollo, retardando los procesos de aprendizajes.

Por lo tanto se desprende como lo señala Piaget: "solo hablamos de aprendizajes en la medida en que un resultado ya sea conocimiento o ejecución, se adquiera en función de la experiencia".

Uno de los factores decisivos que influyen en la evolución de las perturbaciones señaladas es el factor afectivo familiar. Toda madre espera comunicarse con sus hijos con la mirada; la falta de respuesta por parte de su niño determina una frustración, a la vez que desconcierta y no atinando a buscar los canales de comunicación que lo reemplacen se quiebra la vía de re-orientación de los estímulos: el niño no responde a su madre para que le hable y lo levante y ella no estimula a su bebé. Es esto el inicio de actitudes de autoestimulación que lo aíslan y lo llevan a conductas de tipo autista.

Al limitar la comunicación con el medio externo, se habitúa a mantener el vínculo consigo mismo, inhibiendo el interés por muchos aprendizajes. Analizando la situación madre-hijo para luego trasladarla al padre y a otros miembros de la familia, vemos la necesidad de restablecer tempranamente el circuito de comunicación normal con el niño.

Es de relevancia en este aspecto la participación activa del rol del psicólogo en el tratamiento del niño y su grupo familiar, que no es expuesto en el presente trabajo, dada la extensión a que dará lugar. La participación del A.E. en este tipo de experiencia, acompaña la acción que desarrolla el Equipo Interdisciplinario en la coordinación y orientación, de las distintas etapas del proceso educativo del niño con este déficit, donde este trabajo se estructura en precisos objetivos de logro. El plan de tratamiento individual, compromete al equipo multidisciplinario, guiando a los padres para introducirlos (participando y colaborando) en los objetivos del programa.

La continuidad de las acciones del plan que se emprendan depende de la conducta que asuma el grupo familiar y su anhelo por conducirlo hacia un normal crecimiento y adaptación al medio que le toca vivir, donde comparte deberes y derechos, donde adquiera los conocimientos, con un máximo de satisfacciones y un mínimo de frustraciones y donde se le brinden las mismas oportunidades y experiencias de aprendizajes.

## LA ACTIVIDAD MATRIZ, ROL DE LA TERAPISTA OCUPACIONAL

Los niños ciegos se comunican con el medio por su aparato muscular, táctil y cinestésico. Oyen, gustan, huelen, reciben impresiones por medio del tacto y también se mueven. Estas facultades pueden estar más o menos desarrolladas de acuerdo a la maduración y a la receptividad del niño, pero también dependen de las circunstancias y oportunidades que se le ofrezcan.

La ceguera no interfiere en el crecimiento físico, pero sí retarda la adquisición de habilidades físicas, el niño ciego comienza a caminar más tarde que el niño con vista, porque carece de la motivación que lo incita a moverse. No puede imitar esquemas de movimientos (saltar, trepar) hasta que no se los hagamos conocer.

Estas restricciones de los movimientos producen limitaciones no sólo en el conocimiento del ambiente sino también en el desarrollo intelectual.

Sus procesos madurativos son atípicos.

La capacidad de usar las manos y los brazos le permitirán operaciones tales como alcanzar objetos, ponerse en posición de ganeo, desplazarse, sentarse, entrenar su posibilidad de mantener el equilibrio en posición vertical y caminar.

El niño ciego no tiene tendencia espontánea a mover sus brazos y manos. No estira sus brazos para ser sostenido. Las manos raramente son colocadas en la parte media del cuerpo, y no sabe jugar con ellas.

Si un niño ciego no puede manipular objetos será incapaz de usar plenamente las impresiones que experimenta, siendo su grado de receptibilidad débil.

El niño con vista observa que el adulto mira hacia las fuentes de los sonidos, puertas que se abren y cierran, teléfono que suena, el niño ciego debe recibir información verbal, confirmación y sensaciones táctiles para comprender la información con la misma claridad, es decir participar activamente en todas las actividades que produzcan ruido y que se realizan a lo largo del día en las situaciones cotidianas, al mismo tiempo que el adulto le dice lo que está sucediendo.

Es incapaz de ver las expresiones del rostro del adulto, sólo puede reaccionar ante la impresión que le produce su voz, sus palabras y las experiencias físicas y táctiles de que dispone.

Debe tener experiencias con sonidos que se originan en el área de su cuerpo, para que pueda repetir y reproducir estas experiencias sonoras y convertirse en un receptor activo.

A este niño sólo le interesan las cosas con las que está en contacto, las otras simplemente no existen hasta que las toca. Hay que ofrecerles objetos distintos de los que él mismo elige, para evitar que desarrolle una conducta rutinaria y estereotipada, lo que obstaculizará en lugar de facilitar el desarrollo. Es decir hay que brindarle la oportunidad de ampliar su campo de interés.

Así tomará los objetos, los tirará, los aproximará hacia sí, experimentará la conexión entre sus propios movimientos y el sonido que éstos producen y podrá vivenciar la siguiente relación:

Movimiento conciente-sonido-impresión del tacto-gusto y olfato.

Cuando el movimiento se ha perfeccionado suficientemente será el punto de partida de esquemas de movimientos nuevos. Experiencias sucesivas alentarán al niño a aumentar su actividad y así una conexión positiva con su medio.

Tan importante como un niño crece, madura y desarrolla, es como continúa sintiendo como persona acerca de sí mismo y su mundo.

Es importante que el niño sea considerado en su totalidad como persona y no simplemente como un niño ciego.

## LA COMUNICACION Y EL HABLA, ROL DE LA FONOAUDIOLOGA.

El bañar, higienizar, alimentar, requiere una triple exigencia de resolución simultánea, como lo es: preservar la vida y el bienestar físico; entender y hacerse entender; posibilitar el aprendizaje. En situaciones normales estos procesos tienden a resol-

verse espontáneamente. Ante la ceguera se pueden observar manifestaciones que las alteran. Requiriendo un abordaje interdisciplinario para considerar los aspectos instrumentales.

Por ej.: el acto de succión, primariamente alimentario, en el bebé de un mes tiene diferentes significaciones: afectivo, de comunicación, cognitivo, etc., porque se encuentra muy indiferenciado. Es primordial resaltarlo ya que con bastante frecuencia hemos encontrado en bebés ciegos de 3 meses, el rechazo a los alimentos semisólidos y posteriormente a los sólidos. Debiendo intervenir con orientación a la mamá y de manera directa.

En la primera fase, la boca es el órgano más importante para la exploración. Es muy conocido el hecho de que la audición es la función fundamental para el logro del habla y del lenguaje.

La coordinación de aprehensión - oído que en videntes se da entre los 5 y 6 m., en los bebés ciegos se inicia entre el 9º y 12º mes. A los 11º m., buscará la fuente de sonido. Interpretando a este hecho como la experiencia de que el objeto "está ahí" así comienza el descubrimiento del mundo objetivo. Frecuentemente las mamás no comprenden la importancia que para estos niños tienen el silencio y los sonidos, y aun su propia voz. Muchas veces cuando muestran una actitud pasiva, en realidad están escuchando sonidos que les interesan e informan. El uso continuo de la radio y T.V., como la utilización indiscriminada de juguetes sonoros, es perjudicial pues bloquean las informaciones mencionadas anteriormente.

El cuerpo de la madre y del niño juegan un rol fundamental, para lograr la dinámica del movimiento, relacionándolo con la estimulación auditivo-táctil nos permiten la planificación de planeamientos de acciones motoras y modelar elementos del juego de representación con la finalidad de que se produzcan algunos actos simbólicos, en una edad promedio de alrededor de 24 meses. Estos juegos simbólicos se relacionan significativamente al uso del término *no*, a las combinaciones de dos términos y a las habilidades sensoriomotrices generales, que marcan el desarrollo de auto-conocimiento, proceso denominado "individuación" (Mahler, Pine y Bergman, 1975), resultando claro el nexo entre el desarrollo cognitivo y el emocional.

Por lo expuesto es preciso que los niños ciegos de nacimiento, y los que pierden la visión entre los 4-5 años (se consideran ciegos congénitos), sean trabajados tempranamente en lo referente al habla y al lenguaje. Cuando esto no ocurre es muy frecuente encontrar entre las personas ciegas una marcada tendencia al empleo de palabras sin significación, la repetición incomprensible, la confusión entre palabra y objeto, que los llevan a la fantasía, a la irrealidad y a la desconexión. Puede observarse dificultades para categorizar pensamiento, para comprender y o responder a estructuras contextuales y complejas.

Pueden emplear comunicación simbólica, usando vocabulario y sintaxis familiares pero que se encuentran influenciadas por el mundo visual que les rodea, he aquí párrafos del "Retrato de mi madre", escrito por una niña de 12 años, ciega congénita: "Sus cabellos son rubios y brillantes. Su suave mirada nos llega como una caricia"...; qué imagen física tiene esta niña de su madre?, cómo la percibe y la concibe?, que no puede mencionar que los cabellos son largos o cortos, lacios o enredados; el párrafo: "su mirada que acaricia" podría ser reemplazado por la voz suave y pausada, o por el contacto y movimiento de sus manos, que le anuncian afecto, ternura.

En contraposición a lo anterior, está la descripción de un "paseo al campo", de un muchacho en reeducación de 13 años: "El día era tibio y no corría viento. Salimos muy temprano y pronto llegamos al río, corría muy despacio. Las orillas estaban llenas de flores perfumadas"...

Es evidente cómo este niño analiza el medio que lo rodea en función de conocimientos con contenido experiencial, que le permite disfrutar de un mundo rico en sonidos, olores, dimensiones, texturas y otras tantas sutilezas. Es una demostración del uso de la comunicación simbólica y la posibilidad de formulación lingüística.

## CONCLUSIONES

Los objetivos del tratamiento temprano del equipo multidisciplinario, es ayudar a que estos niños, adquieran una positiva interrelación familiar que favorecerá el desarrollo de sus potencialidades, accediendo así a los diferentes aprendizajes. Estos logros son indispensables para arribar a una inserción social apropiada.

## PROPUESTA

- 1) Promover grupos de reflexión con profesionales y educadores en diferentes niveles sobre esta problemática.
- 2) Creación de una comisión sobre prevención de la ceguera y disminución visual.

En trámite el Registro de la Propiedad Intelectual.

## BIBLIOGRAFIA

- CRATTY, Bryant: "Desarrollo perceptual y motor en los niños", Edit. Paidós Barcelona. Bs. As., 1982.
- CRESPO, Susana: "La escuela y el niño ciego". Edit. AFOB, Córdoba, 1984.
- FRAIBERG, Selma: "Esquemas paralelos y divergentes en niños ciegos y videntes". Edit. AFOB, Córdoba 1976.
- HALLIDAY, Carol: "El niño impedido visual, su crecimiento, aprendizaje y desarrollo desde la infancia hasta su edad escolar". Edit. AFOB of. Latinoamericana, 1973.
- LURIA, A.R. et al: "Lenguaje y Psiquiatría". (J.M. Arancibia, trans). Edit. Fundamentos, Madrid, 1973.
- LURIA, A.R.: "Cerebro y Lenguaje". Edit. Fontanella, Barcelona 1974.
- LURIA, A.R.: "El cerebro en Acción". Edit. Fontanella, Barcelona, 1974.
- MAXFIELD, K.: "Escala de Madurez Social, para niños ciegos". Edic. ICEVH, Córdoba, 1985.
- MONTENEGRO, H. et al: "Estimulación temprana", UNICEF, Chile, 1973.
- PIAGET, J.: "Perception, motricité, et intelligence", *Enfance* 2 (1956).

QUIROS, J.B.;

SCHRAGER, O.: "Fundamentos Neuropsicológicos en las Discapacidades de Aprendizaje". Edit. Panamericana, Bs. As. 1980.

ROGERS, S.;

PUCHALSKY, C.: "Desarrollo del juego simbólico (comparativo) en niños pequeños con discapacidad visual". Centro de C. de la Salud, Univ. de Colorado, Denver. Traducc. Univ. Nac. Mar del Plata, 1986. Trabajo de investigación.

"Hablar de lo que hacemos,  
una manera de **reconstruir**"

Liliana Paganizzi

Terapista Ocupacional

M.N. 267

Conde 3345 - Tel. 542-4380

CAP. FED. BS. AS.

ARGENTINA

Octubre de 1988

Este trabajo plantea algunas consideraciones teóricas acerca de la técnica, apoyados en los recuerdos que tienen los pacientes de su tratamiento Ocupacional.

Tomé estos registros grabados a pacientes que atendí en estos 10 años, en este año, 1988. Con algunos de ellos habían transcurrido 2, 5 u 8 años que no nos veíamos. Les agradezco entonces su disponibilidad, de antaño ligada a sus necesidades de cambio, y las actuales en relación a mis propias necesidades.

Así ambos hablamos aquí, de lo que hicimos o hacemos.

Traigo algunos "enunciados", como forma de pensar acerca de lo vivido y plantear así una ruptura o quizás sólo una grieta con la eterna aproximación ingenua.

— "...Bueno, es difícil explicar, a veces, porque no todo el mundo conoce bien, qué es la Terapia Ocupacional, ni lo ha experimentado, y es difícil de explicar, qué es lo que uno experimenta..."—

— "...Fue, claro, el momento en que ya las posibilidades de visión no alcanzaban y había que acomodarse a una forma de movilidad, de movilizarse, futura "no", y ese fue el planteo, creo, de la Terapia Ocupacional..."—

Planteo, nuestra tarea, como un espacio terapéutico complejo, donde intervienen tres elementos, básicos y conocidos por nosotros: paciente, actividad y terapeuta.

— "...Se establecía un vínculo, lógicamente ¿no?, porque estaban las cosas que a mí se me presentaban. Las sensaciones, las emociones que tenía con respecto al trabajo en sí, y mi relación con los objetos, para la realización del trabajo, por un lado, y lo afectivo, que, si todo lo emocional que había en cuanto a la relación con vos.

Porque aparecía, el trabajo, los materiales, este, vos y yo en ese vínculo..."—

Lo complejo estaría dado porque estos tres elementos se juegan simultáneamente.

Aun la actividad, entiendo está presente de diferentes maneras:

— concreta (con la presencia de materiales o acciones).

— a través de la palabra (acuerdo sobre qué hacer, o el "¿Qué hago?" del paciente).

— a través de la oposición o resistencia ("no voy a hacer nada", "yo no puedo" o "yo no quiero", o aquel que sin palabras, podemos inferir que no quiere o no puede).

La relación entre Terapeuta Ocupacional y Paciente, en tanto personas, va a tener las características propias de un vínculo entre sujetos: dotado de intencionalidad; de carácter dialéctico ya que toda relación implica una modificación de sus términos y se jugará también en esta relación la experiencia de relaciones anteriores, y veremos cuán igual o diferente es a la actual.

La relación, tanto del terapeuta como del paciente con la actividad, tendrá el carácter de sujeto-cosa.

La actividad aportará de una manera no intencional un lenguaje, mudo, que le es propio. Aportará las características propias de su naturaleza y de la forma peculiar en que se modifica dicha naturaleza, incluyendo en esto la participación de herramientas, técnicas, etc. Excluyo de esta consideración las actividades de la vida diaria (AVD) por entender que éstas, implican al sujeto (tanto T.O. como Pac.) de una manera diferente.

La relación sujeto-cosa, se explicita a partir de la acción, y el lenguaje propio será el no-verbal o analógico.

La relación entre los sujetos dará lugar al lenguaje verbal y también al analógico.

Los terapeutas ocupacionales, operamos, respondemos o intervenimos desde los dos lenguajes. Hablamos y escuchamos; miramos y somos mirados, hacemos, proponemos desde la acción y la palabra; (sólo este tema voy a focalizar en los siguientes registros).

— "...¿Qué fue lo que pasó? y las cosas que vos me decías, por ejemplo..., otra cosa que me quedó muy grabada, que yo daba vueltas, para hacer algo, y no lo hacía...; y ahora soy medio vueltera para hacer las cosas, pero pienso que eso lo modifiqué bastante, pero era una cosa que vos me marcabas y que yo tenía serias dificultades para resolverlas..."—

Acá la paciente recuerda una lectura analógica mía, en cuanto a su manejo del espacio, y la explicitación verbal en la que se reconocía y reconoce actualmente.

— "...me acuerdo, te vuelvo a repetir, que yo no tenía buena relación con la psiquiatra que me medicaba ni con la psicóloga, yo me sentía muy bien yendo con vos, muy cómoda, muy distendida, y era la mejor parte del tratamiento, donde yo me sentía más liberada, inclusive creo haberte planteado los problemas que yo tenía, y vos me decías que los hablara, y que me dabas cierto apoyo".

Recuerda de sí misma sensaciones y del terapeuta la disposición a escucharla aun cuando el tema que planteaba fuera derivado.



—"...Pero yo..., como me llevaba, que me hablaba, y me decía, mire Luis, esto, aquello, lo de más allá, yo quería salir cuanto antes".

El paciente recuerda que le hablaba, pero no sabe qué le decía, rescata que lo guiaba, rescata una imagen, de la relación terapéutica y de sí mismo.

—"...lo hiciste vos en cartón, con mucha habilidad, con la tijera, entrelazaste los hilos del peludo y armé después pasando por la trama, con la... con la naveta."

Recuerda con palabras ahora, una escena que no las tuvo, un diálogo mudo, de acciones. Yo hacía algo (telar, relación T.O. - Act.) que sabía, para él, que miraba, luego comenzaba a trabajar. Del material hilo, recuerda una sensación táctil "el peludo", y digo táctil porque mientras recordaba el hilo, frotaba sus dedos, lectura analógica que ustedes podrían hacer si yo hubiera pasado un video.

Así, en Terapia Ocupacional, a través de estas relaciones, entre personas y con los objetos se reeditan situaciones.

A manera de un mini-psicodrama, hay momentos en que el paciente trae el tema: elige actividad, propone una manera de relación, intentamos que en esta repetición vayan apareciendo diferencias, proponemos otros temas posibles, sugerimos, hasta indicamos o decimos "ahora no", "acá no".

En este juego de repetición y diferencia, el paciente conservará su forma e integrará otras, que resultarán propias en tanto puedan trascender el encuadre terapéutico.

Esta trascendencia o integración de lo nuevo o lo recuperado sucede a veces en el transcurso del tratamiento mismo, a veces transcurre tiempo, meses o años.

—"...es decir, sentí mucha mejoría, y fue cuando recién empecé a poder otra vez a hacer cosas en mi casa, desde poner la mesa hasta que sé yo, hacer, no te hacía un plato de comida como antes, pero bueno, por ahí, poner la parrilla y poner un bife arriba de la parrilla. Estaba completamente anulada".

—"...bueno, y después, otra cosa, que por ejemplo por ahí, a veces cuando me estoy limando las uñas, me acuerdo también, no sé si vos habrás venido un sábado, o un día de mañana, bueno vos un día me dijiste "bueno, tenés que quedarte en tu casa, hacete una sopa, hacete algo de comer y hacete algo para vos", entonces yo me acuerdo, que logré hacerme una sopa y limarme las uñas, entonces ahora, no siempre, generalmente me limo las uñas cuando estoy sola, me acuerdo, pensar que fue todo un logro!, tal es así que pasaron tantos años y no me olvido, porque no lo podía hacer, no podía hacer cosas, estaba totalmente paralizada".

—"...la cocina que estaba al lado, que tomábamos café, ¿todos preparatorios de AVD? ¿no?"

—T.O.: Si

—"...qué sé yo qué más"

—T.O.: ¿Cómo te sonaban esas propuestas en esos momentos, de que fueras a buscar las cosas a los estantes, y de que cada estante tuviera su "nombre", en uno eran materiales que se compartían, en otros materiales que traían otros pacientes para hacer cosas, o que yo te propusiera ir a la cocina ¿cómo te sonaba en esos momentos?

—"...me sonaba como una posibilidad, que como había disminuido rápidamente la visión, de acomodarme, y es la posibilidad actual que tengo de encontrar las cosas, de manejarme con el casi no resto de visión que tengo, ¿no?"

—"...No sé si entendía mucho, no entendía mucho para qué iba... y no sé si el efecto de Terapia Ocupacional, me hizo mucho, muchos a..., mucho tiempo después... y no ahí".

Muchas veces, algunos terapeutas tampoco entendemos mucho lo que hacemos, quizás por eso este intento de **reconstruir**.

## BIBLIOGRAFIA

1. FIORINI, Héctor. *Teoría y técnica en Psicoterapias*. Nueva Visión. Pág. 110-114. 1980.
2. HOCHMAN, Jacques. *Hacia una Psiquiatría Comunitaria*. Amorrotu. Pág. 31-48. 1980.
3. LAPIERRE, André. *El cuerpo y el inconsciente*. Científico Médica.
4. LAPIERRE, André. *El pensamiento analógico* (ficha). Seminario teórico III. 1986.
5. LAPLANCHE, Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor. Págs. 12, 13. 1971.
6. RUESCH, Jurgen. *Comunicación terapéutica*. Paidós. Págs. 226-246. 1980.
7. PANKOW, Gisella. *El hombre y su psicosis*. Amorrotu. Págs. 19-23. 1974.
8. SPITZ, René. *El primer año de vida*. Fondo de Cultura Económica. Pág. 82-86; 133-147. 1977.

Roberto de la Cruz  
que  
SI

## "Otra posibilidad de pensar a Terapia Ocupacional"

Autores:

T.O. Hebe L. Fuks

T.O. Lillana Videla

Terapia ocupacional, es una de las instancias terapéuticas a las que se apela para pensar en un posible tratamiento de las psicosis y de las neurosis graves. Tratamiento sobre el cual se sabe poco, aún cuando se han formulado distintas teorías que dan cuenta con bastante precisión de dichas estructuras.

En este trabajo, la intención es formular algunas cuestiones que estamos repensando con respecto a postulados teóricos de la T.O., llamada Psiquiátrica, a partir de nuestra inclusión en una experiencia clínica particular que denominamos Hospital de Día.

Dicho servicio funciona de lunes a viernes de 12 a 16 horas, y se ofrecen las siguientes instancias terapéuticas: Expresión Corporal, grupo de Medicación, Terapias Familiares, Terapia Individual, Terapia Grupal, T.O.; y además se realizan las siguientes actividades no dirigidas: almuerzo, merienda, asamblea comunitaria, revista de hospital de día, y recreación.

En el taller, trabajamos específicamente con actividades artesanales con todo el grupo, pero poniendo el acento en la singularidad de cada paciente.

De esta experiencia clínica, surge una detención sobre las palabras que nos nombran: Terapia Ocupacional Psiquiátrica.

**TERAPIA:** Intentamos apartarnos del concepto de terapia pegado al de curar, recobrar la salud; y si nos inclinamos al concepto de poner cuidado. Entendiendo que no es patrimonio exclusivo de lo (social) la salud, lo sano; ni el paciente único depositario de la enfermedad. En todo caso, lo que intentaremos, será un tránsito que como dice Carlos Sastre: "...iría hacia las variadas formas de la enajenación colectiva que componen lo que llamamos el sentido común".

**OCUPACIONAL:** Dícese de ocupación: eso que se consagra a la realización de una actividad. Llamativamente también ocupación, indicaría posesión, un habitar algo. Aparece aquí la actividad, objeto de estudio fundante de esta instancia terapéutica, cuyo análisis nos da el soporte teórico. Actividad pensada como una conjunción de actos entrelazados con significado trascendente, es un atributo únicamente humano. A su vez estos actos o acciones se constituyen como actividades en sí mismas para producir un efecto sobre algo o alguien. Es así que en el taller, reconocemos como actividad, la carpintería, el martillar un clavo, el que entre y mire, etc.

**PSIQUIÁTRICA:** Pensamos que no es el término más adecuado para nombrarnos, dado que lo psiquiátrico es una visión particularizada de la locura. Luego de las palabras; ya en el proceso terapéutico, entendiendo por proceso: prolongación, serie de fases de un fenómeno, evolución de una serie de fenómenos, que se funda en la actividad y el que pensamos transcurre en cuatro momentos que enunciaremos a continuación:

- A) **Idear un proyecto:** Esta elección se puede dar:
  - a) *A partir de una tarea artesanal.* Ejemplo: Carpintería, repujar metales, etc. Otras veces sólo elige un paso de alguna de estas tareas artesanales. Ejemplo: El paciente Sadl, pirograba e intenta vender su pirograbación.
  - b) *A partir de un material:* El paciente elige trabajar el cuero, la arcilla, etc. En este momento de ideación del proyecto, y ante la indecisión de algún paciente, apelamos a este punto, es decir, ofrecemos un material, pensándolo como el elemento esencial, básico, en la realización de la actividad artesanal. Ofrecemos "un pedazo", que conlleva la posibilidad de articularse con otro.
  - c) *A partir del objeto:* Por ejemplo: "la billetera ... para guardar la plata que no tengo", "la cruz ... para la tumba de mi padre", "la repisa ... de mi casa". Sostenemos que este es un punto a tener en cuenta en la formulación del pronóstico de un paciente. Cuando aparecen objetos ligados a una historia, de los que puede hablar, tiene recuerdos y puede ligarlos a otros.
  - d) *A partir de lo que hace otro paciente:* Se trata de elegir algo que hace otro paciente, poniendo el acento "en que lo hace otro". Es una elección líberal. Con un efecto de copia. Efecto que aparece de diferentes maneras: copia al otro, copia de la actividad que hace otro, copia en sí.
- B) **Realización:** Aquí aparece desplegada la actividad artesanal y también las posibilidades y problemáticas del paciente.
  - a) *Despliegue de la actividad, entrecruzada por distintas variables:* 1) Pasos a seguir determinados por el objeto a realizar: Se necesitan pasos consecuentes para terminar un objeto. Ejemplo: billetera de cuero. 2) Pasos a seguir determinados por el material: al trabajar arcilla. 3) Pasos que pueden ser intercambiables. Ejemplo: Para dibujar, para hacer collage. 4) Pasos imprevistos: Es decir, variables que aparecen más allá de la ideación del proyecto. Ejemplo: Que una herramienta esté siendo usada por otro, que falte un material y que no sea posible reponerlo.
  - b) *Despliegue de las posibilidades y problemáticas.* Aquí aparece desplegada la historia del paciente. Ejemplo: Surgen aspectos creativos, apreciaciones estéticas, tarea ocupacional para fuera del Hospital del Día, y también un serrucho que invariablemente apunta al cuerpo del otro, que copie la actividad de otro, que pueda llegar al taller o no, que aparezcan voces, delirios, que se incluyen en la tarea, interfiriendo o no.
- C) **Terminación:** Momento en el que ha armado un objeto, es en sí trascendente. Algunos pedazos han sido unidos, ha trascendido el material y la actividad, incorporando nuevas experiencias. Ejemplo: Utilización de herramientas. Este objeto terminado, muchas veces no coincide con el objeto ideado, y no siempre lo que se nombra como "terminación", coincide con el cumplimiento de todos los pasos que se supone requiere una determinada actividad para ser concluida. Ejemplo: Néstor realiza una cruz de madera y metal. Decide terminarla sin colocarle el gancho para colgar, siendo su proyecto inicial, una cruz para colgar en la cabecera de su cama. Sobre esta terminación particular trabajamos.
- D) **Finalidad:** Para que quede en el armario, para adornar el taller, para el Hospital del Día, para regalar, para vender, para su uso. Este destino estará ligado con lo que pasó en el transcurso de la ideación y de la realización del objeto; con el

objeto en sí, y con la historia singular del paciente; y lo que diga o no, tendrá que ver con esto. Otras veces, sólo será la T.O. quien pueda ligar algo. Pensamos que este es un momento íntimo del paciente, y que la T.O. tendrá que estar ahí, como testigo, atenta, interviniendo únicamente si es necesario. Recortarlo y evaluarlo, constituyéndolo en un proceso en sí, implica descontextuarlo del proceso transcurrido, desarticularlo, poniendo el acento en "el pedazo final".

Para concluir, el objetivo más audaz que proponemos, es que el paciente pueda armar un proyecto ocupacional.

Dícese de proyecto: representación de una obra, intención, empresa. Concebir un plan, intriga, treta, decisión, desear, aspirar, intención, quimeras, combinación, maquinación; y de proyectar: arrojar, lanzar, disponer, preparar, efectuar una proyección.

Es decir, sería un proyecto ocupacional, que el paciente arme algo fuera de él, separado de él. Que represente una obra. Aun cuando en ese momento no llegue a apropiarse de ella. Que implique una intención particular, que le permita establecer algo. Que tenga un plan aún delirante. Que algo de este proyecto se propague, se lance y aparezca por ejemplo, en otro proyecto fuera del taller, y si es posible, fuera del Hospital del Día, y en el mejor de los casos, le posibilite algún nexo social. Y aun cuando arme un proyecto sin sentido para otro, ahí trabajamos, porque algún sentido para el paciente guarda.

Teniendo en cuenta, que observamos al paciente haciendo una actividad, y también, escuchamos lo que dice de lo que hace y mientras hace. Nuestras intervenciones por lo tanto, pueden ser verbales y/o utilizando una actividad. Y por lo menos, en la medida de lo posible...

Agosto/88

Es ⊕ ocupacional

# Jugando con Viejos - Viejos

NO 0

## Autores:

Lic. en Serv. Soc. María Mercedes Olmedo  
O'Brien 1092 - Hurlingham - Pcia. de Bs. As.  
Terapista Ocupacional María Pfa Sauré  
Bulnes 1929 - 7° "B" - Capital

Institución: HOGAR ADOLFO HIRSCH  
Gaspar Campos 2975 - San Miguel - Pcia. Bs. As. Argentina.

Segundo Congreso Argentino de Terapia Ocupacional  
y Primer Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional

Bs. As., Octubre de 1988

## INDICE

- Cómo surge esta experiencia.
- Etapas:
  - a) "Nosotras" y "ellos" en el Patio de la Magnolia.
  - b) "Nosotros" en el Taller de Terapia Ocupacional.
- Inclusión de la familia.
- Algunas conclusiones.
- Bibliografía.

## CÓMO SURGE ESTA EXPERIENCIA

Este trabajo, intenta comunicar la experiencia que hemos recogido a lo largo de 4 años y medio, con un grupo de juegos integrado por ancianos dependientes y semidependientes de 4a. edad (viejos-viejos), en una institución geriátrica. Dicha experiencia continúa hasta la actualidad.

La institución pertenece a la comunidad judía de habla alemana con una población de aproximadamente 200 habitantes, cuyas edades oscilan entre 70 y 98 años. Esta institución tiende a organizar distintos tipos de actividades recreativas: grupos de lectura, conversación, taller de cerámica, dibujo y pintura, coro, orquesta, bingos, juegos de mesa, etc.

En nuestro quehacer cotidiano veíamos a los viejos participando en distintos grupos de este tipo. La imagen que nos transmitían era de pasividad, poco protagonismo, un "estar". Es en este punto, posiblemente, donde sentimos la necesidad de "ofrecerles" y "ofrecernos" una propuesta distinta a la que existía hasta el momento en la institución.

Este nosotros al que nos referimos está conformado por una terapeuta ocupacional y una asistente social, que fué gestando en ese momento, lo que después sería una co-coordinación.

Nuestra idea se centró fundamentalmente, en un "espacio de juego" capaz de generar y despertar actitudes que facilitasen un compromiso y participación diferente de los ancianos y de nosotras (¿habrá sido nuestra necesidad de trabajar más con la salud que con la enfermedad?).

En este momento no éramos conscientes de la tarea en sí misma, pero teníamos muchas ganas y era vivida como un desafío.

No resultó fácil encontrar bibliografía sobre el tema, en especial, material o experiencias referidas a grupos creativos o de juegos para 3a. y 4a. edad.

Parecía un tema poco explorado o difundido.

Antes de poner en marcha el proyecto concreto con el grupo, realizamos consultas bibliográficas, tratamos de localizar antecedentes en otras instituciones, hicimos contactos con otros profesionales y sentimos la necesidad de realizar experiencias personales -vivenciales- de juego, previas a la actividad: talleres, jornadas, seminarios, etc.

Ambas coincidíamos que era prioritario conocerse y conocernos en el juego y en la futura co-coordinación. Estábamos construyendo una unidad operativa -más o menos eficiente- que desde el ahora podemos decir, nos permitió transitar por los desaciertos, la frustración y algunas veces, el desaliento con fluidez y continencia.

Deseábamos conformar un grupo abierto que funcionara semanalmente, para jugar e invitar a jugar a los familiares y amigos que visitaran a los ancianos.

Nos preguntamos en esa etapa ¿con quiénes realmente queríamos jugar? Nuestra atención recayó fundamentalmente en ancianos de los sectores dependientes y semidependientes de la institución.

Para formar parte de este grupo, establecimos como requisitos indispensables que los futuros integrantes tuvieran mínimamente conservados la visión, el juicio y el razonamiento.

Planificamos la experiencia teniendo en cuenta las siguientes variables: ancianos, familia y nosotros (co-coordinación): en base a ellas formulamos los siguientes objetivos:

- a) Con respecto a los ancianos:

#### Objetivos Generales:

- generar un grupo de pertenencia.
- promover actitudes lúdicas entre los ancianos.
- posibilitar reacciones emocionales vitales.
- facilitar la interrelación y comunicación corporal, verbal, gestual.

#### Específicos:

- revalorizar las propias capacidades físicas y psíquicas en la vivencia lúdica.
- estimular los aspectos sanos.
- ejercitar (a través del juego) las conductas que permitan la discriminación, manifestación de deseos y gustos.

#### b) Con respecto a la familia:

- posibilitar una alternativa de vínculo diferente con el anciano.
- generar un espacio de contención, en relaciones familiares dificultosas.
- ofrecer a la familia la posibilidad de ejercer un rol más protagónico dentro de la institución.

#### c) Con respecto a la co-coordinación:

- flexibilizar nuestro rol, a través de una nueva modalidad de abordaje.

Organizamos la actividad con una duración de una hora y media. Dividida en dos momentos diferentes. La primer hora destinada a jugar y la media hora restante para tomar el café con el grupo. A fin de garantizar la continuidad del clima grupal resolvimos hacernos cargo del servicio del café, prescindiendo de la ayuda del personal de la institución.

Toda esta etapa nos llevó cuatro meses.

Iniciamos la actividad, y con gran sorpresa, nos dimos cuenta de una muy buena respuesta. La mayoría de las personas invitadas concurren.

Al ser un grupo abierto los participantes invitaban a sus compañeros a incluirse en la actividad. Fue así, como el grupo se conformó con 11 (once) ancianos con patologías muy heterogéneas: con poca visión y audición, limitaciones motoras importantes, lentificaciones, parkinson severos, hemiplejías, y personas con cierto grado de desorientación témporo-espacial que conservaban sus conductas y hábitos sociales.

Nuestros requisitos mínimos previos no se mantuvieron, debimos adaptarnos a las demandas y necesidades del grupo. Al revisar todo el proceso de esta experiencia, hoy podemos decir que las formulaciones explicitadas en un principio, encubrían nuestros verdaderos objetivos latentes. Estamos en condiciones de asumir la distorsión de la formulación de los mismos.

A los efectos de poder sistematizar las etapas del proceso de la experiencia, describiremos 2 momentos significativos, teniendo en cuenta los ejes temporal y espacial, los hemos llamado:

- a) "NOSOTRAS" Y "ELLOS" EN EL PATIO DE LA MAGNOLIA.
- b) "NOSOTROS" EN EL TALLER DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Hacemos referencia en un ítem separado a la inclusión de la familia, por la significación de la misma.

#### a) "NOSOTRAS" Y "ELLOS" EN EL PATIO DE LA MAGNOLIA

Comenzamos la actividad en el verano. Uno de nuestros deseos iniciales era encontrar un espacio diferente al usado habitualmente por los ancianos, por eso salimos al afuera. Esta fue una etapa de experimentación.

Deseábamos conocer qué posibilidades tenían los integrantes, probamos distintos juegos y evaluamos sus movimientos, sus destrezas, cómo manejaban el espacio, el tiempo, las ideas.

En su mayoría, los primeros juegos fueron de movimiento e implicaban un compromiso con el cuerpo. Queríamos y temíamos hacerlo mover, porque no sabíamos si podían. También utilizamos algunos juegos con palabras que no fueron muy exitosos.

En ese momento considerábamos que las mayores de las dificultades con los juegos eran de los ancianos (falta de entrenamiento, por lo tanto menor comprensión, dificultades para pensar, etc.). Luego comprendimos que estaban nuestras limitaciones, nuestra inexperiencia, nuestra dificultad para formular las consignas, y el no saber realmente frente a quiénes nos encontrábamos.

Esta fue una etapa de incesantes reflexiones. Estábamos llenas de interrogantes. Debíamos y queríamos conocerlos y conocernos, descubrir cuáles eran sus verdaderos intereses, NO LO QUE NOSOTRAS CREIAMOS QUE ERAN SUS INTERESES.

Teníamos una necesidad muy marcada de SABER cómo y qué sentían. Esto excedía nuestra comprensión. Tuvimos que ir DESCUBRIENDO LA EXPRESION en la INEXPRESION.

Estar frente a un rostro impávido que no emite señales de respuestas conocidas por nosotras (agrado, desagrado, placer, displacer, alegría, tristeza, bienestar) fue una de las pruebas más duras de esta experiencia.

Esta etapa se caracterizó por centrar nuestra atención en la programación de cada encuentro, probablemente para poder controlar y manejar mejor nuestra ansiedad.

En ese momento, para poder jugar, necesitábamos que el juego fuese muy estructurado, que tuviese un comienzo, un desarrollo y un cierre. Insistíamos en querer lograr un clima de competencia y de efervescencia, pero, ellos parecían no desearlo. Debimos darnos cuenta de nuestra ceguera. Cuántas lecturas erradas en la evaluación de la tarea!

Nosotras también requeríamos saber qué nos pasaba, qué sentíamos realmente, cómo vivía cada una de nosotras el juego, qué nos parecía aburrido, lento, qué requería un cambio. Otra pregunta era: esto que sentíamos ¿nos pasaba sólo a nosotras, o el grupo lo vivía así?

La evaluación constante de estas vivencias, sentimientos y cuestionamientos nos permitió reconocer el peso de la subjetividad en todas nuestras apreciaciones. Al compartir la coordinación de esta manera, pudimos descubrir y hacernos cargo de nuestros fantasmas y proyecciones sobre los viejos y por lo tanto, percibirlos mejor.

Al llegar el otoño, por los inconvenientes climáticos, nos trasladamos a un espacio cerrado y más protegido. Fijamos nuestro lugar de encuentro en el taller de terapia ocupacional. Espacio que reunía las características requeridas para la actividad.

Disfrutamos del espacio exterior, pero nos dimos cuenta de que, esta elección espacial, respondía más a nuestras necesidades de querer ver a los ancianos y a nosotras en otros ámbitos, sin considerar que ellos se sentían cómodos en su ESPACIO FAMILIAR, COTIDIANO Y PROTEGIDO.

Esta primera etapa, vivida con tanta incertidumbre, nos permitió reconocer nuestros mitos y creencias en relación con el tipo de población atendida.

Estos ancianos —a pesar de nuestros prejuicios— nos demostraban que *podían y querían jugar*.

Aquí necesitábamos aferrarnos al juego —técnicamente hablando— para sentirnos más seguros, ya que todo lo demás formaba parte de lo DESCONOCIDO. Encontramos en este andar una nueva manera de *estar con ellos, de reconocerlos en su integridad; nos fuimos familiarizando con sus expresiones. Comenzamos a ser más flexibles, más espontáneos, más creativos.*

Desde los inicios de la actividad, tuvimos nuestros primeros contactos con los familiares.

## b) "NOSOTROS" EN EL TALLER DE TERAPIA OCUPACIONAL (modificaciones frente a la tarea y el vínculo)

Eramos aproximadamente 18 a 22 personas, entre los que se incluían familiares de dos o tres ancianos participantes. Este fue el momento en el que realmente sentimos que conformamos un grupo consolidado.

Constituíamos un nosotros, que ya tenía historia, también había ausentes (enfermos y fallecidos), pero los presentes estábamos dispuestos a compartir.

Registrábamos cambios en nosotras que se evidenciaban en los preparativos previos al encuentro de juego. Creábamos primero un clima festivo, que era un juego en sí mismo, disfrutábamos, nos preparábamos. Nosotras aprendimos a jugar; el juego *nos estaba permitido y pudimos permitirlo.*

Como grupo, jugábamos, vivíamos el momento, el aquí-ahora y nos divertíamos descubriendo toda la emoción que esto implica.

Esta fue una etapa muy rica en sus diversos aspectos.

Con respecto a las consignas, las coordinadoras hicimos todo un aprendizaje. A través del proceso nos fuimos dando cuenta que para la formulación de las mismas, necesitábamos saber frente a quién se estaba. El saber qué decir, cómo decir y cuándo decir requiere un ajuste en los tiempos de comprensión y un conocimiento del otro y de uno mismo.

Las consignas deben tender a ser:

- simples.
- claras.
- breves.
- bien moduladas.
- en tono alto.
- graduadas en su dificultad.
- modeladas desde la coordinación.
- escritas (si es necesario).

Creemos que el encontrar un modo efectivo de manejo de las mismas fue fundamental para garantizar el éxito de la actividad.

Cada juego utilizado fue previamente desmenuzado, analizado, adaptado y graduado en su complejidad. La selección de los juegos no fue fácil. Debíamos "usar" mucho la imaginación, ya que los integrantes —por sus posibilidades físicas y psíquicas tan dispares— nos limitaban. Algunos no veían bien, a otros debíamos hablarles o escucharlos a corta distancia. En ocasiones, por el idioma, no nos comprendían, a algunos sus limitaciones físicas les dificultaba el juego. También estaban aquellos que —que por su deterioro psíquico— sólo podían participar en algunos.

La implementación de juegos con palabras nos permitió estimular la evocación de recuerdos, imágenes y anécdotas. Jugábamos con la fantasía y la reminiscencia.

Nuestras primeras experiencias con juegos creativos plásticos (dactilo-pintura, dibujo, etc.) nos hicieron sentir temerosas e inseguras, pues no conocíamos la respuesta de los ancianos frente a éstos recursos.

Al respecto llegamos a algunas conclusiones:

- las resistencias a este tipo de técnicas se diluyen cuando se conocen las propias resistencias.
- es necesario el conocimiento personal de la técnica.
- se mejora la eficacia planificándola como juego.

También nos brindamos la oportunidad de realizar reuniones sin planificación de juegos. Estas apuntaban a un doble objetivo: por un lado, recoger el *feedback* del grupo, escuchar comentarios e inquietudes sobre la actividad, y por el otro, dar un espacio para la participación de los "más silenciosos".

Con la finalidad de atender a las necesidades y posibilidades de los integrantes, alternábamos los diferentes tipos de juegos en cada encuentro (motrices, con palabras, creativos, con música, etc.).

Esta modalidad permitió que el grupo continuara a pesar de su heterogeneidad, permitiendo participar a cada uno de sus miembros.

Así vimos que, en el grupo los roles no eran fijos. Procurábamos estimular los roles más positivos y aparecieron: "el bueno para esto o aquello", "el campeón", "el admirado", "el que solamente desea ganar", "el que está", "el distraído", "el entusiasta", "el que estimula", "el que se esfuerza", "el que no puede", "el que protesta" etc.

Fue sorprendente observar la respuesta grupal de reconocimiento frente al logro de algún compañero, así como el aliento a las personas con mayores dificultades.

La hora del café enriqueció la experiencia. Estábamos juntos: ancianos, familiares y nosotras compartiendo este acto tan cotidiano.

A veces continuábamos pensando y hablando del juego, otras simplemente charlábamos, contábamos anécdotas, mostrábamos fotos, los familiares intimaban con otros ancianos, otras visitas o nosotras. Este compartir, en algunos momentos, nos resultó difícil, pues debimos despojarnos de nuestro rol y ser simplemente personas.

Así conocimos sus gestos, sus movimientos, sus silencios, sus picardías, sus formas de expresarse, sus preferencias, sus maneras de disfrutar la actividad, sus aspectos más irritantes, sus enojos y sus rechazos.

En esta etapa la unidad operativa de la co-coordinación se había consolidado. Estábamos en condiciones de incluir a una tercer persona a dicha unidad. Para ello seleccionamos a un miembro del cuerpo de voluntarios de la institución y lo asesoramos para acompañarnos en esta fase de la experiencia. Este tercer miembro, perteneciente a la misma comunidad de los ancianos (habla alemana) facilitó el intercambio verbal y comunicación en el grupo. Tradujo consignas, respuestas, comentarios y nos aclaró algunos aspectos de las costumbres y hábitos culturales de esta población.

De más está decir que esto constituyó para nosotras toda una nueva modalidad de trabajo: una apertura.

## INCLUSION DE LA FAMILIA

Dado que en nuestros objetivos estaba incluida la familia, decidimos organizar la actividad uno de los días de visita de familiares y amigos.

Es importante destacar que la institución se encuentra a 40 km. de distancia de la capital. Ha instituido un servicio para el traslado de visitantes (dos veces por semana), con un transporte especial.

Planificamos el horario del inicio de la actividad en coincidencia con la llegada del micro (15 hs.).

El lugar donde realizamos la actividad (Taller de Terapia Ocupacional) tiene grandes ventanales, que permiten observar hacia el interior del salón, lo que facilitó el contacto con las visitas que llegaban.

Las primeras reacciones de los visitantes las podemos describir de la siguiente manera.

- algunos detuvieron su andar, sorprendidos de ver algo nuevo.
- otros miraron tímidamente.
- algunos se acercaban y preguntaban.
- algunas personas entraban al salón, saludaban al anciano y se iban, sin tener en cuenta que interrumpían nuestro encuentro.
- otras, al vernos se disculpaban y se retiraban, diciendo "vengo después", dejando una situación de tensión y desconcierto.
- en muy pocas oportunidades el acercamiento fue más plásticos y le dieron al anciano la posibilidad de decidir qué hacer (si se quedaban juntos en la actividad o se iban de ella).

A lo largo de estos años probamos e intentamos diferentes formas de incluir a la familia. Aprendimos a respetar a sus miembros y acompañarlos en este proceso.

Para ello tuvimos que tener en cuenta los tiempos de cada uno, sus necesidades y posibilidades. Tratamos de realizar propuestas flexibles y abiertas, evitando forzar situaciones de inclusión.

Podemos decir que la participación de los familiares que concurren al grupo, constituyó un proceso en sí mismo, que evolucionó generalmente siguiendo esta secuencia.

- aceptar la invitación, quedándose parado próximo a la puerta.
- arrimarse de a poco a la ronda.
- quedarse parado detrás del anciano.
- sentarse detrás.
- ponerse al lado, pero sin participar.
- participar a través del anciano disimuladamente o para él, esto, en general, seguido de la exclamación "Pobrecito, es por él!".
- liberarse, disfrutar y jugar como un miembro más.
- hacer comentarios sobre el juego ("me gustó", "no pensé que fuera tan divertido", "no es tan fácil").
- traer propuestas.
- comentar que algún juego realizado en el grupo fue compartido en el afuera (en su casa, en familia, con amigos).

Observamos que el proceso de inclusión y participación de cada familiar trascendía el grupo de juegos a la propia familia, en el afuera. Es así que otros familiares se "animaban a visitar al anciano" a través de esta actividad que ofrecía un distinto modo de estar con el viejo.

Hubo momentos en que los encuentros del día de juegos fueron compartidos por niños, adolescentes, ancianos, más nuestros viejos viejos.

Fuimos descubriendo que el grupo funcionaba como marco de contención —en especial— para relaciones familiares conflictivas.

El grupo y la tarea fueron los mediadores de estos encuentros, facilitaban una alternativa diferente de comunicación entre el anciano y la familia, posibilitando rescatar los aspectos positivos de estos vínculos.

Este proceso de aprendizaje, de desaprender y reaprender produjo cambios que evidenciaron, claramente, el efecto terapéutico de la tarea.

## ALGUNAS CONCLUSIONES

Desde la mirada de una Terapeuta Ocupacional, el espacio de juego propone una dinámica diferente a la del taller convencional, porque abre un abanico de posibilidades en la acción, que permite evaluar e instrumentar tratamientos, en especial para ancianos con:

- diferentes niveles de deterioro mental.
- características de aislamiento.
- limitaciones físicas importantes.
- dificultades en la participación en otro tipo de actividades.

Ofrece ventajas importantes, porque es:

- adaptable.
- permite la participación activa y pasiva.
- no exige un compromiso prolongado (el anciano puede entrar y salir a voluntad).
- permite la inclusión de otros en un espacio "social".
- se vive como espacio de RECREACIÓN (ocio) y no como TRATAMIENTO (trabajo).

Coordinar un grupo de ancianos con las características de nuestra población no es una tarea fácil. Se es testigo y acompañante de su deterioro a través del tiempo y las sucesivas muertes ocupan un lugar importante en esta escena.

Los temores, ansiedades y resonancias que esto nos despierta son inevitables.

Desde el comienzo de la experiencia, el espacio que ofreció el grupo de juegos, fue ocupado por ancianos con diferentes niveles de deterioro.

El grupo reunió los jueves (día de nuestro encuentro), entre 10 y 22 personas, incluidos los familiares. En la actualidad, de la conformación inicial, sólo quedan tres integrantes. En estos cuatro años y medio, participaron en la actividad 80 ancianos y 24 familiares: 17 ancianos murieron, 14 se deterioraron, 24 participaron en algún momento y se retiraron.

A través del tiempo, el grupo se mantuvo constante en la cantidad de participantes. La concurrencia de los ancianos en mejores condiciones psico-físicas fue escasa y con menor frecuencia.

Los que se incorporaron y se quedaron, llevaron al grupo a definir su identidad. Hoy podemos decir que se trata de un grupo de juegos para personas dependientes con cierto nivel de deterioro. Se constituyó en un medio de comunicación para familias conflictivas y ancianos sin familia, o con poca frecuencia de visitas.

Podemos decir que el AFECTO tuvo y tiene un rol muy importante en este espacio grupal, trasciende nuestros encuentros y mantiene "vivo" el deseo de volver a vernos. La red invisible que se fue armando alrededor de los afectos, convirtió al grupo en un referente, en un pertenecer.

En el grupo descubrimos que JUGAMOS para:

- generar un ámbito de libertad que posibilite ser, discriminarse, opinar, reír, llorar, disfrutar.
- buscar nuevos caminos para mejorar la autoestima.
- "jugarse", comprometerse, entregarse.
- tomar distancia de la realidad cotidiana, encontrando alternativas más saludables.

Para nosotras fue importante encontrar y co-coordinar esta experiencia. Hacer crecer el vínculo que nos permitió llegar a un clima de confianza, amistad, apoyo, respeto y creatividad. Aprendimos a complementarnos, no ser imprescindibles, respetar nuestros tiempos y modalidades de trabajo. Gracias a esto pudimos y podemos dar mejor cuenta del acontecer grupal, brindamos un espacio para la reflexión, apoyarnos y contenernos en situaciones que nos confrontan con el envejecimiento en soledad, el deterioro, la enfermedad y la muerte.

Creemos que este trabajo es un alto en el proceso que nos permitió elaborar, sistematizar las distintas etapas y sacar algunas conclusiones. En este momento estamos analizando, replanteando la tarea y buscando nuevos caminos para enriquecer la experiencia.

## BIBLIOGRAFIA

- BARYLKO, Jaime: *El Aprendizaje de la libertad*. Eudeba. Bs. As. año 1987.
- BENDERSKY, Viviana: *El valor terapéutico de la recreación en una institución geriátrica*. Ministerio de Acción Social. Subsecretaría del Menor y la Familia. Bs. As. 1981 (mimeo).
- CUTERA, Juan Carlos: *Técnicas de recreación*. Ed. Stadium. Bs. As. año 1985.
- DI BASTIANO, GRANDAL, HEINS, MESSINEO. *Reflexiones sobre el vínculo coterapéutico*. Temas grupales por autores argentinos. 1. Ed. Cinea. Bs. As. 1987.
- GOFFMANN, Irving. *Estigma: la identidad deteriorada*. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1980.
- GOFFMANN, Irving. *Internados*. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1970.
- GORTAIS, Monique. *Taller de pintura*. Hospital Paul Brousse. Francia (Mimeo).
- JENNINGS Sue y colaboradores. *Terapia creativa*. Ed. Kapelus. Bs. As. 1979.
- KATZ de Armoza Marcela: *Técnicas corporales para la tercera edad*. Ed. Paidós. Bs. As. 1981.
- MARTINDALE HELGESON E. y CABOT WILLIS, S.: *Handbook of group activities for impaired older adults*. The Harworth Press, N. Y. London 1987.
- MOCCIO FIDEL. *El taller de terapias expresivas*. Ed. Paidós. Barcelona. 1980.
- PICHON RIVIERE, Enrique: *El Proceso Grupal del psicoanálisis a la psicología social*. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1982.



PICHON RIVIERE, Enrique y PAMPLIEGA de QUIROGA Ana: *Psicología de la vida cotidiana*. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1985.

SALVAREZZA, Leopoldo: *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*. Ed. Paidós Bs. As. 1988.

SCHEINES, Graciela (compiladora). *Los juegos en la vida cotidiana*. Ed. Eudeba. Bs. As. 1985.

SCHWARCZ, Alfredo. *La difícil tarea de morir*. 1er Encuentro Nacional de Geront. Médica y Social. Mendoza 1987 (Mimeo).

# Conceitos Errôneos sobre a Terapia Ocupacional Psiquiátrica Institucional

FÁBIO BRUNO DE CARVALHO

Professor do Departamento de Terapia Ocupacional do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

## INTRODUÇÃO

Este trabalho que ora apresento surgiu a partir do recebimento de um convite para fazermos uma palestra sobre a Terapia Ocupacional em instituição Psiquiátrica no I Encontro Multiprofissional de Saúde Mental do Instituto Bairral de Psiquiatria na cidade de Itapira, em São Paulo. Nesta oportunidade procuramos, a partir de uma prática docente-assistencial de 09 anos no Sanatório Dr. Cândido Ferreira, no distrito de Sousas em Campinas, levantar de forma empírica alguns conceitos e imagens generalizadas e errôneas acerca das funções do terapeuta ocupacional em instituição psiquiátrica. E a partir destas idéias concebemos a Terapia Ocupacional vista pela ótica de um terapeuta ocupacional. Procuramos abordar a formação do terapeuta ocupacional em relação a formação de outros profissionais de saúde mental e concluímos sobre a sua especificidade. Além desta proposta mais conceitual, procuramos apresentar no segundo momento do relato parte de nossa experiência prática naquela instituição psiquiátrica, relatando os programas terapêuticos propostos, a relação dentro da equipe técnica, as perspectivas do trabalho institucional e terminamos com a nossa compreensão sobre o problema da assistência ao doente mental no âmbito da Saúde Mental em São Paulo.

## I - DESFAZENDO IDÉIAS

Acreditamos que existam duas imagens gerais que polarizam o perfil do terapeuta ocupacional no âmbito da assistência institucional ao doente mental. A primeira delas é aquela que identifica o terapeuta ocupacional como um sujeito "bonzinho", generoso e compreensivo, às vezes inseguro, mas que não incomoda ninguém na instituição, com uma formação pouco conhecida, que desenvolve seu trabalho de forma isolada, sem intercâmbio e no seio da equipe é acolhido, como se fosse um "irmão caçula" inexperiente e que de certa forma deve ser protegido. O outro lado desta concepção, é a do terapeuta crítico, questionador, confrontativo, engajado em correntes progressistas, identificado como agente de saúde, de formação também pouco conhecida e que quer rever a instituição, os papéis dentro da equipe e é visto como "o irmão rebelde" e às vezes pouco acolhimento encontra.

Embora saibamos que estas imagens sejam um tanto caricaturais, e também determinadas por um sistema de Saúde onde predominam o assistencialismo e a comercialização de saúde, procuraremos tomá-las como balizas para buscar uma imagem síntese destes modelos e que talvez possa corresponder a um perfil mais condizente com a realidade daquilo que imaginamos, que o terapeuta possa oferecer com o seu trabalho prático.

A esta primeira idéia acrescentamos que existem algumas expectativas derivadas da equipe técnica e da instituição como um todo sobre as funções e objetivos que o terapeuta ocupacional deve desenvolver junto ao doente mental institucionalizado. E para facilitar nossa discussão faremos uma listagem de cinco destas funções que pudemos identificar a partir de nossa experiência:

- (1) diminuir a ociosidade ocupando os clientes, fazendo-os trabalhar
- (2) aliviar a angústia e os conflitos dos pátios, através da retirada de grupos de clientes destes mesmos pátios
- (3) animar o ambiente institucional propondo atividades recreativas e organizando festas
- (4) trabalhar com os clientes em estados involutivos e pouco assistidos (crônicos severos, demenciados, deficientes mentais graves)
- (5) garantir recurso financeiro para a instituição, ou para automanutenção do serviço de Terapia Ocupacional, através da produtividade de objetos vendáveis.

Sabemos que poderiam haver outras idéias derivadas do senso comum sobre os objetivos e funções a serem desempenhadas pelo terapeuta ocupacional, entretanto para efeito deste trabalho serão estas suficientes.

Quando avaliamos estas proposições, verificamos que nenhuma delas é da competência específica ou exclusiva do terapeuta ocupacional, exceto se analisarmos historicamente a questão da reprodução das relações de poder, o que não é o caso deste trabalho, mas nos cabe dar as razões do porque negar cada uma destas expectativas.

Para a primeira proposição podemos dizer que o terapeuta ocupacional não deve ser confundido com um encarregado de fábrica, e também não faz mais o tratamento moral da época de Pinel. Os seus recursos terapêuticos, ou seja, a instrumentalização da atividade e de si próprio, deverão ir de encontro às necessidades do sujeito, sejam elas pragmáticas ou não, querendo ele fazer ou não. Não é o estar fazendo que determina uma boa terapia ocupacional. O que deve haver na verdade é o percorrer de um processo de interação entre o paciente, a atividade, o terapeuta, os materiais, o ambiente, etc.

Contra a segunda idéia diríamos que o terapeuta ocupacional não deve ser confundido com um auxiliar. O terapeuta ocupacional não é auxiliar de enfermagem, ou da medicina, ou da psicologia, ou do serviço social e nem da terapia ocupacional. A angústia e os conflitos do pátio de uma instituição psiquiátrica são em sua essência naturais para uma situação de privação, convivência forçada e tentativas de preservação de identidade. O que devemos pensar é em novas estratégias para este problema

no seio de toda equipe técnica. Deve-se investir na contratação de mais profissionais e auxiliares para que se possa fazer um acompanhamento eficaz da abertura dos pátios, do livre transitar das pessoas, além de se poder reconhecer e apoiar as escolhas individuais de cada sujeito.

Quanto a terceira proposição diríamos que o terapeuta ocupacional não é recreacionista, nem animador, nem festeiro, embora por características particulares de sua personalidade possa sê-lo, mas isto não é fundamental para ser terapeuta ocupacional. A promoção de festas é um projeto de responsabilidade institucional, de toda equipe técnica, dos pacientes, dos funcionários e da administração. Estimular, apoiar, dando confiança a clientela e cooperativamente fazer as festas, isto é função do terapeuta ocupacional, entretanto não é função privativa de sua especialidade.

Em relação a quarta proposta contrapomos que o terapeuta ocupacional como qualquer outro profissional, não é onipotente, ou mágico. Há uma carga da incompetência humana que deve ser assumida por todos que trabalham com saúde mental. Entretanto ao negar esta ação não significa propor o abandono desta clientela, mas pelo contrário o que propomos é, a busca de incentivos para o acompanhamento terapêutico que vise retardar os processos involutivos, dentro de uma perspectiva de transformar também a instituição psiquiátrica, em centros de pesquisas para o desenvolvimento de novos métodos de tratamento gerais e junto a esta clientela que se tomou marginal dentro de uma população já muito discriminada.

Finalmente para última proposição diríamos que o terapeuta ocupacional não é formado em administração de empresas, nem é diretor financeiro de qualquer instituição. O resultado da produção dos pacientes é um material simbólico, que tem um significado fundamental para a compreensão da comunicação do sujeito, além disto não é o produto final que se objetiva. É o processo do fazer que nos interessa e ao paciente podendo ele chegar ao fim ou não de uma atividade. Neste sentido, quem deve dar finalidade ao seu produto é o próprio sujeito. Talvez ele necessite jogar fora, guardar, presentear alguém e isto é, que poderá nos dizer, ligado ao aqui-agora, como o sujeito vivencia a si próprio seus desejos, frustrações, sua relação com os outros e com a realidade.

Terminando esta série de contestações uma questão teria que ser colocada afinal. Quais seriam então as funções do terapeuta ocupacional? As funções do terapeuta ocupacional são tratar, prevenir e reabilitar. A esta resposta colocaríamos mais indagações. Como tratar? Como prevenir? Como reabilitar? Isto se dá através da instrumentalização das atividades, que podem ser de toda ordem (artísticas, artesanais, da vida diária, recreacionais, esportivas, etc) e de si próprio com objetivos terapêuticos. Este é o fato que caracteriza e define o perfil do terapeuta ocupacional.

Esta resposta parece que é óbvia porque é genérica, entretanto é definitiva. O que talvez especifique melhor as funções e objetivos do terapeuta ocupacional, é quando falamos de sua formação, de suas teorias e dos seus métodos. A formação do terapeuta ocupacional é quase idêntica a da maioria das graduações dos profissionais de saúde e de outras áreas, ou seja, é precária. O terapeuta ocupacional também é jogado no mercado de trabalho sem grandes possibilidades de afirmação, caso não avance pelos caminhos de uma educação continuada para melhor se habilitar e capacitar. Nesta medida também, os terapeutas ocupacionais têm buscado níveis de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado em áreas correlatas, já que são raros os programas específicos para os terapeutas ocupacionais. Além disto buscam ampliar sua prática, através de supervisões com profissionais mais experientes e do autoconhecimento advindo de suas vivências pessoais em terapia.

Acredito que este panorama idealizado de propostas seja talvez utópico para nossa realidade profissional, entretanto, ao tomá-la como referência é que poderemos avançar no sentido de definir melhor a quem iremos atender, de que forma iremos tratar, desenvolver teorias, encontrar filosofias e enfrentar um mercado de trabalho extremamente competitivo e desfavorável aos terapeutas ocupacionais. Os terapeutas ocupacionais ainda são muito poucos num âmbito geral e menos ainda aqueles com treino e experiência. Embora se eliminarmos a questão da diferença numérica para compararmos proporcionalmente o nível de habilitação com outras profissões de saúde, é nossa hipótese, que iremos encontrar um perfil da maioria dos profissionais de saúde mental, não tão ortodoxo como proponho, mas igualado num nível mediano. Isto é, alguns profissionais têm especialização, outros especialização e supervisão, outros supervisão e terapia e muito poucos têm especialização, mestrado ou doutorado, fazem supervisões e terapia.

Nesta situação de uma hipótese genérica acredito que o terapeuta ocupacional está tão habilitado como qualquer outro profissional a tomar emprestado das diversas correntes do pensamento científico-filosófico, já que a Terapia Ocupacional ainda busca melhor definir seu estatuto como ciência, seus princípios e métodos, colocando-os a serviço do seu instrumento de trabalho, a atividade em benefício de sua clientela. Como exemplos destas apropriações podemos citar: a Terapia Ocupacional que centra seu trabalho num modelo organicista no sentido de acabar com os sintomas patológicos através da atividade. Ou aquela que utiliza as atividades como contingências para punir ou reforçar comportamentos (Behaviorista). A que busca compreender a maneira de ser do sujeito em atividade no mundo (existencialista). E finalmente, entre outros, aquela que busca ampliar o nível de comunicação dos processos psíquicos internos do sujeito, através da atividade, na busca de uma integração entre o id, o ego, o superego e a realidade (psicanalítica).

Desta maneira sem fazer uma discussão curricular ou sobre cursos de graduação, mas certo de ter incluído a Terapia Ocupacional no contexto geral da formação dos profissionais de saúde mental, passaremos ao relato de uma experiência prática de Terapia Ocupacional em instituição psiquiátrica.

## II - EXPERIÊNCIA PRÁTICA

Trabalho como professor no Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Tenho como uma de minhas funções, o ministrar de aulas práticas e fazer supervisão em um hospital psiquiátrico no distrito de Sousas, Campinas. Este trabalho que realizo há nove anos me oferece a oportunidade de trabalhar de duas formas:

- a) como terapeuta em co-terapia com alunos junto a grupos de pacientes psicóticos,
- b) como supervisor de alunos da 4ª série da graduação que estão em prática clínica.

Este trabalho que começou em 1979, me colocava frente ao trabalho de outra terapeuta ocupacional, funcionária da instituição e responsável pelo serviço de Terapia Ocupacional. Esta terapeuta centrava o seu trabalho em três eixos:

- 1) assistencialismo,

2) organização de festas.

3) produção de objetos vendáveis.

Nesta situação a inserção de nosso trabalho, na maioria das vezes, ficou dificultada e com o transcorrer do tempo o que verificávamos na realidade era a existência de dois trabalhos diversos de Terapia Ocupacional. As técnicas, o entendimento das necessidades da clientela eram diferentes, além de haver dificuldades entre o calendário de trabalho da instituição e o calendário de trabalho escolar com consequências negativas para a interação e o ritmo de trabalhos.

Atualmente existe outra terapeuta ocupacional na instituição e que vem introduzindo uma nova abordagem aos trabalhos do setor, ou seja, valoriza as necessidades do sujeito, estimula e respeita sua autodeterminação. E agora há um trabalho mais integrado não só no setor de Terapia Ocupacional como com toda a equipe.

Os programas de tratamento existentes se orientam para:

- mixtos em relação ao sexo e a cronicidade ou agudidade
- Grupos
  - mixtos em relação ao sexo e homogêneo em relação a patologia
- indivíduos em surto agudo
- oficina terapêutica
- atividades externas à instituição
- atividades internas com a participação da comunidade

Além disto estamos iniciando em equipe um grupo de estudos sobre o problema dos crônicos abandonados e dos egressos.

Embora reconheçamos algumas transformações nos trabalhos ainda existe muita resistência a qualquer mudança no sentido de uma proposta mais dinâmica para a instituição. Na Terapia Ocupacional os monitores que foram treinados dentro de um modelo autoritário e paternalista resistem a serem reciclados. A equipe traz ainda um certo conservadorismo e acomodação e as mudanças são incorporadas com lentidão. A administração tem uma preocupação em que privilegia quase sempre a questão financeira e a manutenção da instituição em detrimento das questões terapêuticas.

Neste panorama de dificuldades e lentidão poderíamos concluir que, talvez fosse melhor que propussemos acabar com a instituição psiquiátrica, o que não é o nosso caso. Seria ingênuo pensar que desta forma resolveríamos os problemas de Saúde Mental. Acho que a instituição psiquiátrica deve buscar integrar-se a sua comunidade, saindo do papel de agência de exclusão dos indivíduos não desejados. A instituição deve ter a perspectiva de estar sempre devolvendo o sujeito para comunidade além de integrar-se plenamente aos outros planos de atenção à saúde. E neste sentido poderíamos, ainda, argumentar que nenhum nível de atenção à Saúde Mental, isoladamente, irá melhorar a situação da população necessitada destes serviços.

Se nós tomarmos, por exemplo, a atual situação da saúde mental na região de Campinas e fizermos uma breve avaliação perguntando sobre como está se dando o acompanhamento dos egressos, iremos verificar que, ela vem se dando de forma limitada, visto que os ambulatórios são insuficientes e além disto inexistem hospitais dia e noite. Continuando poderíamos ainda perguntar. E por que esta rede secundária não é suficiente? Entre outras coisas porque existe um vazio entre os processos terapêuticos a nível secundário e os precaríssimos programas de reintegração sócio-profissionais para o sujeito a nível terciário. A consequência é que ao sujeito tratado que não consegue emprego porque ninguém o aceita, e por estar desocupado é pressionado pela família e seu grupo social, somente resta reinternar-se, e o ciclo vicioso se continua.

É nosso pensamento como de outros, que o que devemos fazer é quebrar este ciclo vicioso, ocupando este espaço vazio com a criação de oficinas abrigados, centros psico-sociais, pensões protegidas e outras alternativas, com a finalidade de manter e apoiar o sujeito em sua comunidade o mais possível, até que adquira o máximo de sua autonomia. Esta proposta que não é novidade nenhuma para quem lida com os problemas da saúde mental, e que em outros países, já são programas que estão em fase de avaliação e reavaliação, necessita ser iniciada, desenvolvida e adaptada para nossa realidade, sob pena de não oferecermos outra alternativa ao doente mental que não a internação ou reinternação.

## CONCLUSÃO

Acho que este trabalho é uma tentativa de reafirmar o óbvio para os terapeutas ocupacionais e para quem lida com a Saúde Mental, mas acredito que ele se torna necessário a partir do momento que possamos tê-lo como referência e caminharmos para novos achados e descobertos mais criativos e inovadores.

Para concluir e não perder o ritmo dos objetivos gostaria de afirmar que, de nada valerão desenvolver técnicas terapêuticas e programas de Saúde Mental novos, se não incluirmos nestes projetos uma proposta de educação para a Saúde Mental e, convivência com a doença mental. E para isto precisamos nos articular em práticas políticas determinadas no sentido de pressionar os governantes a adotarem diretrizes mais humanas e menos voltadas para a exploração da saúde como objeto da economia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - BRIGGS, Ann K. e outros. Perguntas e Respostas de Terapia Ocupacional Psicossocial. São Paulo, Ed. Manole. 1987
- 2 - BEZERRA JUNIOR, Benilton e outros - Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil, Petrópolis, Vozes, 1987
- 3 - WILLARD, Helen & SPACKMAN, Clare. Terapêutica Ocupacional, Barcelona, Editorial Jims, 1973

# Terapia Ocupacional; Gimnasia Grupal con Ancianos (Resumen)

*Al demostrar la importancia de la actividad gimnasia grupal, nuestro anhelo es fomentar su aplicación no sólo en la especialidad de geriatría, sino también en los diferentes campos en los que actúa Terapia Ocupacional.*

*Pensamiento: Esta actividad no sólo enriquece a quien lo recibe, sino también a quien lo brinda.*

## **Autoras:**

ALICIA MAUCH DE GARBOZO

Terapista Ocupacional Hogar de Ancianos "SAN JOSE"

DEBORAH YOUNG

SONIA CARRIZO

LAURA ORMEÑO

SILVIA EL ADI

Ex Alumnas de Práctica Clínica en el HOGAR DE ANCIANOS "SAN JOSE"

AVENIDA ALEM - CAPITAL - (LA RIOJA)

## **INDICE**

- I. Introducción
- II. Objetivos generales perseguidos con la actividad
- III. Abordaje terapéutico de la actividad
- IV. Análisis de la actividad
- V. Descripción e implementación de la actividad
- VI. Relación de la actividad con patologías comunes en gerontes. Precauciones y contraindicaciones
- VII. Conclusión

## **INTRODUCCION**

Terapia Ocupacional, tiene un amplio Campo de acción, en las dos etapas de la vejez 3ª y 4ª edad, hago esta diferencia, ya que existe en cada una un estado psicofísico característico, con su correspondiente tratamiento específico, pero las dos tienen objetivos generales en común, para lo que debe tenerse en cuenta también su situación social y económico, y con la premisa de que los ancianos son personas capaces de adaptarse a nuevas situaciones, de aprender nuevas actividades, de adquirir nuevas relaciones, de transmitir experiencias vitales y aún brindar ternura y comprensión, y resumidamente son los siguientes:

- 1º) No exceder su propio ritmo, reconociendo sus posibilidades, -El ritmo es ser concientes de que envejecer es ahorrarse, saber evitar los movimientos y las emociones inútiles. Nuestro comportamiento, está en función de nuestro ritmo, superado con exceso puede conducir al agotamiento, la neurosis o el infarto; mantenerse por debajo de él es vivir tirando. Para esto debemos conocer el estado de:
  - la respiración el trabajo cardíaco
  - el apetito y funciones digestivas
  - el rendimiento intelectual y el sueño
  - la salud física y mental
- 2º) Luchar contra la atrofia de las funciones, estimulándolas mediante el ejercicio, y actividades adecuadas. El ejercicio y actividades que darán progresivamente conciencia de todo lo que se produce al tiempo del esfuerzo, adaptación respiratoria, trabajo mental conjunto de contracciones musculares necesarias que darán una mejor armonización y oxigenación al organismo. Estimular la Participación activa del anciano en instituciones que le demuestren que es un hombre o una mujer socialmente útil.
- 3º) Compartir los factores de deterioro (imágenes negativas, motivaciones desfavorables, actitudes agresivas) que suelen agredirnos con la edad.

A la falta del indudable estimulante que representa el ejercicio de una actividad la inteligencia corre el peligro de deteriorarse rápidamente con la edad si no se hace algo para frenar el proceso. Lo mismo ocurre con la memoria, con la capacidad de aprendizaje, con la facultad de concentración, en una palabra u orientar de manera progresiva el pensamiento a todo lo que es fuente de alegría y de esperanza tender a una serenidad no pasiva sino activa.

Estos objetivos generales son modificables, a las situaciones institucionales, de la comunidad y al criterio de la Terapeuta que los aplica, a su imaginación, creatividad y capacidad de comunicación con los ancianos, teniendo en cuenta que detrás de esa fachada inmutable hay un alma que vive, sufre y goza que piensa y siente. Un anciano se transforma cuando ve que alguien se interesa, de verdad por su vida personal.

El presente trabajo tiene como objetivo demostrar la gran importancia que reúne la actividad gimnasia en el tratamiento realizado en grupo con pacientes geriátricos; entendiéndolo a la misma como el arte de desarrollar, fortalecer y dar flexibilidad al cuerpo mediante el ejercicio.

Nuestro propósito es destacar la amplia gama de posibilidades que brinda esta actividad, ya que la misma permite el desarrollo de gran parte de los objetivos propuestos por Terapia Ocupacional a cumplir con ancianos.

Al demostrar la importancia de la actividad gimnasia grupal nuestro anhelo es fomentar su aplicación no sólo en la especialidad de geriatría, sino también en los diferentes campos en los que actúa Terapia Ocupacional.

Pensamiento: Esta actividad no sólo enriquece a quien lo recibe, sino también a quien lo brinda.

## OBJETIVOS GENERALES PERSEGUIDOS CON LA APLICACION DE GIMNASIA GRUPAL EN ANCIANOS

### AREA MOTORA

#### A — MANTENER UNA ADECUADA CAPACIDAD FISICO FUNCIONAL.

- Mantener estimulando
- Amplitud articular
- Fuerza muscular
- Coordinación gruesa, mano-pié, viso-motriz
- Control postural
- Equilibrio estático y dinámico
- Capacidad respiratoria
- Adecuada circulación general
- Control de la inhibición y la reacción en el movimiento
- Lograr la concientización de la actividad, el movimiento y su importancia

### AREA COGNITIVA

#### A — LOGRAR UN ADECUADO NIVEL DE COMUNICACION

- Estimular comunicación T. O. - Paciente
- Paciente - Paciente.
- Paciente - Actividad.
- Paciente - Grupo.
- Estimular relaciones intergrupales.

#### B — MANTENER LAS FUNCIONES PSICOLOGICAS

- Estimular atención, concentración, memoria, visual, motriz, Comprensión.
- Estimular la creatividad.

### AREA SENSO-PERCEPTUAL

#### A — Mantener la capacidad senso-perceptual.

- Proveer el contacto con elementos que estimulan los distintos sentidos:
- Estimular percepción auditiva, visual, kinestésico táctil.
- Mantener o favorecer la integración del esquema corporal.
- Mantener o lograr una adecuada ubicación témporo espacial.

### AREA INTERPERSONAL

- A — Estimular la participación activa en actividades sociales y recreativas.
- B — Estimular hacia una adecuada integración grupal.
- Favorecer la manifestación de interés y compañerismo.

### AREA INTRAPERSONAL

- A — Lograr o mantener un equilibrio emocional.
- Canalizar agresividad (hostilidad, ansiedad, negativismo).
- Posibilitar la creación de lazos afectivos.
- Favorecer el reconocimiento y la aceptación de las limitaciones.
- Estimular la confianza y seguridad en sí mismo
- Favorecer el descubrimiento de potencialidades propias.

### AREA DE RECREACION

- A — Estimular el interés en actividades recreativas sociales.
- Lograr la realización de la actividad sea un momento de esparcimiento y recreación.
- Lograr que el geronte valore la actividad y su importancia.

## ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA ACTIVIDAD

Para abordar la realización de la actividad, como objetivo inicial, nos centraremos en la estimulación del geronte, debido a que éste ya posee una mentalidad rígida y basada en la inactividad.

Esto implicaría para el Terapeuta Ocupacional, un largo proceso, en el cual, a través del rapport ya conseguido, le comunicará al anciano la importancia de la actividad para su cuerpo y su mente.

El T.O. se valdrá de actividades familiares para el geronte, para que éste tome conciencia, de sus movimientos y de su capacidad para realizar esta nueva actividad.

Son importantes también, para lograr una buena estimulación el diálogo, la afectividad (El afecto), la demostración y la utilización de elementos comunes a la actividad, tales como la música.

Es importante el manejo equilibrado por parte de la T.O. de la persuasión y de la autoridad, para la implementación de la actividad.

Una vez lograda la estimulación, se intentará hacer de la actividad un hábito, cuidando de no entrar en la rutina. Para ello se recurrirá a la utilización de distintos elementos, cambios de música, de lugar y de forma de ejecución. Dicho hábito se logrará estableciendo días fijos, de gimnasia grupal, en la planificación de la T.O., teniendo en cuenta la dinámica de la Institución, y el estado general de los ancianos.

Proponemos fijar como término general, 3 veces a la semana y la duración de cada sesión se graduará desde los 10 minutos, hasta llegar en un último estadio a los 45 minutos; teniendo en cuenta al hacerlo, la edad de los ancianos, sus condiciones físicas y psicológicas, y su grado de fatigabilidad. También se deberá tener en cuenta, para cada sesión, los factores ambientales (temperatura presión atmosférica, humedad, viento) y si algún anciano está medicado, las características de los efectos de esa medicación.

Es conveniente realizar ésta actividad en forma grupal, lo cual ofrece mayores posibilidades, en su aplicación y el cumplimiento de un mayor número de objetivos.

Dentro de cada sesión se hará una división de la actividad:

- A) Ejercicios lentos: Se emplean para el precalentamiento, son de gran amplitud articular, tratando de abarcar todas las articulaciones del cuerpo. Se utilizará preferentemente, música melódica, instrumental.
- B) Ejercicios dinámicos: Son de movimientos rápidos, bruscos energéticos, rítmicos, utilizando música adecuada para ello.

Se intercalan ambas etapas con un período de 10 minutos aproximadamente, culminando con un período de relajación. La razón de esta forma de aplicación se especificará en el punto referente a la descripción de la actividad.

## ANALISIS DE LA ACTIVIDAD GIMNASIA GRUPAL

Al iniciar el análisis se ubica a la actividad en una Clasificación determinada; ésto facilita la recolección de material bibliográfico sobre esa actividad, su organización y la obtención de información. La gimnasia es una actividad recreativa-deportiva pero al realizarlo en forma grupal, y con elementos auxiliares se aumenta sus posibilidades de ser utilizado como actividad recreativa.

Al ser esta actividad, limpia, sedante y estimulante a la vez (de acuerdo al momento analizado), y dependiente (por seguir instrucciones de un guía), se presenta como una actividad adecuada para ser utilizada con ancianos.

El material mínimo necesario, para realizar esta actividad, es en primer lugar el material humano: es imprescindible la presencia del grupo, constituido como mínimo por 3 y como máximo por 15 personas, posibilitando así, tanto la recreación, como el control de la adecuada realización de la gimnasia.

En segundo lugar, es conveniente tener música, como elemento estimulador, para utilizar en ancianos. Ésta será variada: música de ritmo lento, intermedio y movida, para lograr las diferentes etapas de la actividad.

Se pueden emplear diversos elementos auxiliares, como los son: toc-toc, bastones, pelotas, cintas, almohadones, bolsas de arena, aros, siendo éstos de diferentes características: rígido, flexibles, perdurables, livianos, pesados, suaves, rugosos, pudiendo utilizarse para su confección, material de descarte, por lo que su costo es mínimo.

Aparentemente, esta actividad, es inofensiva, pero en ancianos especialmente, puede llegar a ser peligroso, en determinadas efeciones: cardiopatías, asma y enfermedades respiratorias, hipertensión, por lo que hay que tener en cuenta, ciertas precauciones en su realización, teniendo en cuenta además, las condiciones ambientales (temperatura ambiental, presión atmosférica y humedad).

El lugar donde se realiza la actividad, debe estar bien ventilado, permitiendo la permanente renovación del aire y así una adecuada respiración y oxigenación, para facilitar el trabajo muscular. La luz debe ser buena y preferentemente natural, pero puede ser artificial, siempre permitiendo una buena visibilidad.

Esto es importante tener en cuenta, ya que los ancianos con hipoacusia o sordera, se manejan por imitación de los movimientos del guía.

Con respecto al lugar, la gimnasia se puede realizar en diferentes ambientes. Si se realiza al aire libre, existe la ventaja de una mejor ventilación, luz y mayor espacio; factores que tienden a estimular a la actividad física. La desventaja es que facilita la distracción y la actividad está limitada por las condiciones del tiempo. La realización en sala es conveniente, (siempre teniendo en cuenta la luz y ventilación) facilitando un mejor manejo del grupo, y porque permite la creación de un ambiente adecuado, para los ancianos, por medio de la decoración y de la adecuación de la temperatura ambiental.

Lo ideal, es intercalar el empleo de ambos ambientes, para evitar la rutina y aprovechar lo positivo de éstos.

El tiempo en que se realiza la actividad, es indeterminado, pudiéndose realizar por períodos largos o cortos.

La actividad se realiza en 3 etapas: A-Pre calentamiento; B-Ejercicios lentos y dinámicos; C-Relajación. Éstos a su vez, se dividen en varios pasos:

Etapa A	1° Paso:	Ejercicios de pre calentamiento: ejercicios lentos, que afectan la mayoría de las articulaciones preparando el organismo para la actividad posterior.
Etapa B	1° Paso:	Ejercicios dinámicos: Se realizan movimientos bruscos y rápidos, amplios de mayor fuerza y movimientos integrados.
	2° Paso:	Ejercicios lentos: Se realizan movimientos suaves, amplios, de menor esfuerzo.
	3° Paso:	Ejercicios dinámicos; Idem (1° paso).
	4° Paso:	Ejercicios lentos; Idem (2° paso).
Etapa C	1° Paso:	Relajación: Movimientos amplios y lentos, manteniendo posiciones que favorezcan la relajación muscular y realización de respiración profunda.

La forma de ejecución de esta actividad es en grupo, para permitir una interacción grupal que, junto con la guía y el ambiente creado por la T.O., permite un momento de recreación, convirtiendo la gimnasia en una actividad social gratificante.

Se requiere de un grado mínimo de tolerancia física y mental (atención y comprensión), ya que la actividad tiende a aumentar la misma. Hay diferentes grados de resistencia dentro del grupo, cada miembro, realiza la actividad de acuerdo a su capacidad personal, regulando su participación en relación a esto.

Terapia Ocupacional, dentro de la institución, realiza una función preventiva, diagnóstica y terapéutica. La gimnasia permite en los ancianos, la prevención de mayores limitaciones funcionales, ya que muchos de éstos se producen por la inactividad, de diferentes segmentos del cuerpo. Un ejemplo de esto, es la realización de Fx-Ext, lateralización y semirotación de cuello, que evita el desequilibrio muscular y contracturas que producirán un defecto postural y rigideces fibrosas y óseas.

A través de las sesiones de gimnasia, el T.O. cumple la función diagnóstica, pues mediante la observación, evalúa no solo la capacidad funcional, sino también características del área cognitiva, interpersonal, intrapersonal y senso-perceptual. Ej.: se puede evaluar durante la sesión, la atención y comprensión de las indicaciones, amplitud articular, fuerza muscular, grado de resistencia, coordinación, grado de interacción con los miembros del grupo, ubicación témporo espacial y la integración del esquema corporal.

Se utiliza la gimnasia grupal como medio terapéutico, al perseguir a través de ello, el cumplimiento de objetivos tales como: mantener capacidad físico funcional, funciones psicológicas, capacidad senso-perceptual, estimular la comunicación y la integración grupal y posibilitar un momento de recreación, disfrutando de la actividad. Ej.: A través de ejercicios que empleen segmentos del cuerpo, poco utilizados por los ancianos (hombros-pies-cintura), se mantiene la integración de esos segmentos en su esquema corporal, aumentando su funcionalidad.

Por sus características, esta actividad se adapta satisfactoriamente a los ancianos, hasta cualquier edad, ya que es grupal, dinámica y requiere el movimiento corporal y el empleo de las funciones psicológicas.

La actividad se adapta a cualquiera de los dos sexos, por lo que es óptima para el trabajo con grupos heterogeneos en éste aspecto.

Por ser esta actividad, una de las más completas (por abarcar casi todas las áreas de la persona) es aconsejable su aplicación en tratamientos para ancianos, con diversos diagnósticos.

En la gimnasia se establece una comunicación de la T.O. con el grupo, a través de las indicaciones verbales, la estimulación verbal dada por ella y la mímica por parte de los ancianos.

También favorece la comunicación intragrupal, en primer lugar porque los reúne, en segundo lugar porque lo realizan disponiéndose en círculo, de tal forma, que el anciano ve en actividad a los demás miembros del grupo, posibilitando la comunicación por medio de chistes, bromas, indicaciones y críticas.

Teniendo en cuenta en el análisis, las características físico funcionales generales de la actividad, vemos que es conveniente, que la gimnasia realizada por los ancianos, sea en posición sentado, ya que es común en éstos, la presencia de problemas de postura y equilibrio, causada por su debilidad muscular y limitaciones articulares.

Al ejecutar los movimientos, se emplean diversas acciones: por ej.: al realizar flexión máxima de hombro, se emplean las acciones de estirar y llevar el miembro; al hacer Fx-Ext. de dedos, se emplea la acción de abrir y cerrar la mano. Al utilizar elementos auxiliares (bastones- toc-toc) se emplean acciones tales como: tomar soltar, golpear.

Todos los movimientos son integrados, algunos de éstos son unilaterales, por ej.: Fx-Ext. de codo de un miembro: Fx-Ext de rodilla. Bilateral diferenciado, por ej.: lateralización de tronco con una mano apoyada en la cintura, para mantener el equilibrio (asistente) llevando el otro miembro por encima de la cabeza, hacia el lado de la inclinación del tronco (dominante). Se realizan movimientos integrados bilaterales simultáneos, como ej.: Cuando se cruzan y se descruzan ambos miembros superiores (con extensión de codo) por delante del tronco. Un ejemplo de movimiento: bilateral alternado, es la Fx-Ext alternada de rodilla.

Se utilizan prehensiones en ésta actividad, cuando se emplean elementos auxiliares, (cintas - aros - bastones - toc-toc). Estos son: Prehensión palmar a mano llena y prehensión por oposición dígito palmar.

Para realizar los diferentes ejercicios, se requiere un grado mínimo de amplitud articular y fuerza muscular, ya que la actividad está dirigida a mantener dichas funciones y cada anciano trabaja dentro de sus limitaciones.

Se emplean cambios de planos: la cabeza trabaja en plano sagital (Flexión - Extensión - plano frontal) (lateralización) y plano horizontal (semirotación). En miembros superiores, se utiliza el plano sagital (Fx - Ext) frontal (abducción - Add) horizontal (fx - ext y antepulsión de hombro). En tronco se utiliza el plano frontal (lateralización) sagital (Fx-Ext) y horizontal en rotación.

En Miembros Inferiores, se utiliza el plano sagital (Fx-Ext) y horizontal (en entrecruzamiento de piernas con flexión de cadera).



La gimnasia, se realiza en etapas de velocidad moderada y otra de velocidad más acelerada.  
Esta actividad requiere coordinación gruesa, visomotriz y coordinación mano-pié.  
Esta actividad requiere una serie de características psicológicas y sensoriales, entre ellas y refiriéndonos a la capacidad sensorial está la percepción visual y también auditiva, aunque no es imprescindible.  
En cuanto a la capacidad cognitiva, se necesita atención y en algunos casos concentración; memoria inmediata, visual, auditiva y motriz y comprensión.

Esto es necesario para entender y para seguir correctamente las indicaciones.  
La gimnasia es rica en la posibilidad de expresar rasgos de personalidad, por ej.: la iniciativa, la agresividad, características obsesivo - Compulsivo y afecto; aunque para expresarlas no solo se necesita de la actividad, sino un ambiente de libertad y de aceptación.

En cuanto a las características psicológicas y sensoriales vemos que este ejercicio, requiere percepción visual y kinestésico-táctil. También requiere un mínimo de atención, memoria inmediata visual, y motriz y comprensión para seguir la alternancia del ejercicio.

Además, este ejercicio, permite mantener o estimular la orientación espacial (al alternar conscientemente derecha e izquierda al seguir la secuencia de un ritmo) y temporal. A la vez que favorece la integración de las diferentes partes del cuerpo.

No provee muchas posibilidades de rasgos de personalidad; en un grado pequeño posibilita la expresión de agresividad, iniciativa, y rasgos obsesivo - compulsivo.

## IMPLEMENTACION Y DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

### FORMA EN QUE SE LLEVA A CABO EN EL HOGAR DE ANCIANOS "SAN JOSE"

La actividad se lleva a cabo los días Lunes, Miércoles y Viernes de cada semana, en el horario de 9:00 Horas a 9:30 Hs. aprox.

Se eligieron dichos días y horarios teniendo en cuenta el nivel de fatigabilidad de los gerontes.

Se sub-divide la duración de la sesión en seis tiempos:

- 1 — Gimnasia de pre-calentamiento, con música melódica.
- 2 — Gimnasia dinámica con música rítmica.
- 3 — Gimnasia lenta con música instrumental también lenta.
- 4 — Gimnasia dinámica con música rítmica.
- 5 — Gimnasia lenta con música instrumental lenta.
- 6 — Gimnasia de relajación con música melódica.

Se eligió esta secuencia comenzando con gimnasia de pre-calentamiento para lograr en los músculos el tonismo adecuado para realizar la actividad. Se intercala gimnasia dinámica y lenta para evitar la fatiga del anciano y para prevenir cualquier tipo de anomalía respiratoria, cardíaca, articular o muscular.

La duración de cada tipo de gimnasia es de 5 minutos cada uno.

Se persiguen cinco grandes objetivos con esta planificación:

- 1) Lograr el funcionamiento correcto del sistema orgánico.
- 2) Lograr el funcionamiento armónico de los sistemas nervioso y muscular para producir los movimientos deseados.
- 3) Mantener la capacidad de descubrir, explorar, comprender, adquirir conocimientos y hacer juicios de valor.
- 4) Favorecer la adaptación de sí mismo por medio de la integración del individuo al grupo, a la sociedad y a su medio.
- 5) Lograr una reacción saludable ante la actividad física, posibilitando la satisfacción de necesidades básicas.

### Gimnasia de pre-calentamiento:

Posición: Sentado, sobre una silla con respaldo.

- 1 — Se combinan movimientos en forma alternada de llevar la cabeza hacia adelante y luego hacia atrás. (flexi-extensión de cabeza).
- 2 — Llevar la cabeza hacia un costado y luego hacia el otro (lateralización de cabeza).
- 3 — Elevar un hombro hacia el oído y luego elevar el otro. (elevación del homóplato).
- 4 — Llevar la mano hacia el hombro, repetir el mismo movimiento con la mano contraria. (flexión de codo y muñeca con flex. de hombro).
- 5 — Con brazos extendidos, llevar la mano hacia arriba y luego hacia abajo (ext. y flex. de muñeca).
- 6 — Abrir y cerrar la mano, con los brazos extendidos. (flexo-extensión de dedos).
- 7 — Abrir y cerrar los dedos (abducción y aducción de dedos).
- 8 — Tocar un pie con la mano opuesta, volver a la posición inicial y luego tocar el otro pie con la mano contraria. (flex. de tronco y cadera; y flex. y antepulsión de hombro).
- 9 — Con las manos en la cintura, balancearse hacia un lado y luego hacia el otro (lateralización de tronco).
- 10 — Juntar las manos delante del tronco, con codos extendidos y llevarlas hacia un lado del cuerpo y luego hacia el otro (rotación de tronco).
- 11 — Doblar la rodilla y llevarla hacia el abdomen, luego estirar la pierna y apoyar nuevamente el pie en el suelo. (flexión de cadera, rodilla; extensión de rodilla).
- 12 — Abrir y cerrar las piernas en el aire. (aducción y abducción de piernas y cadera con ext. de rodilla y flex. de cadera).

- 13 — Con una pierna cruzada sobre la otra, extender y flexionar la rodilla de la pierna superior (flex. y ext. de rodilla, flex. y abd. de cadera).
- 14 — Con pierna extendida, llevar el pie hacia arriba, luego hacia abajo; hacia los costados y rotarlo. (flexo-ext. de pié, lateralización y rotación).

#### Gimnasia lenta:

Se realiza en posición sentado. Se realizan los mismos ejercicios que para el pre-calentamiento, pero con un ritmo más acelerado y con mayor número de movimientos en cada uno de los ejercicios.

#### Gimnasia dinámica:

Posición: sentado

- 1 — Describir un semicírculo en el aire levantando el brazo hacia arriba y luego bajándolo, utilizando su máxima extensión (flex. máx. y ext. máx.).
- 2 — Tocarse el hombro contrario por delante y luego la espalda por detrás (flex. y add. horizontal de hombro, con flex. de codo; luego rot. int. de hombro).
- 3 — Con las manos en la nuca, abrir y cerrar los codos. (add y abd horizontal de hombro con flex. de codo).
- 4 — Golpear el aire con los puños, extendiendo los brazos hacia arriba, al centro y hacia abajo. (flex. de hombro flexo-extensión de codo: abd y rotación sup. de escápula).
- 5 — Con brazos extendidos delante del cuerpo colocar las palmas hacia arriba y luego hacia abajo (pronación y supinación de antebrazo).
- 6 — Con brazos extendidos delante del cuerpo, cruzarlos y descruzarlos, en distintas alturas (flex., add. horizontal abd, horiz. de hombro con ext. de codo).
- 7 — Levantando la pierna, bajarla y subirla levemente, rebotándola. (flexo-ext. leve de cadera con ext. de rodilla).
- 8 — Extender y flexionar la pierna en forma alternante con la pierna opuesta (flexoextensión de rodilla).
- 9 — Con piernas extendidas, cruzarlas y descruzarlas. (add. y abd. de cadera con ext. de rodilla).

Aquí también se pueden realizar ejercicios de la etapa lenta, pero aumentando su rapidez. También se pueden combinar distintos ejercicios.

Esta gimnasia incluye ejercicios indicados para las distintas patologías existentes en el grupo de gerontes, tales como asma, hemiparesia, enfermedad de Parkinson, artrosis.

A continuación se enumeran ejercicios específicos para algunas de estas patologías. Ejemplificando esto.

#### Asma bronquial

Posición sentado.

Estirar y encoger el cuerpo

El mismo ejercicio anterior, pero con balanceo de brazos y cuerpo. Colocar ambas manos sobre el borde inferior del tórax e inspirar y expirar suavemente.

Estirar al máximo brazos y piernas y expirar suavemente.

Precauciones: Situar en lugar bien ventilado.

Concentrarse en la técnica de respiración.

No realizar presiones excesivas con la musculatura respiratoria.

#### Artrosis

(de cadera, lado derecho).

Posición sentado.

— De forma alternante, flexionar la rodilla y rotarla hacia dentro y hacia fuera.

— Dirigir la mano izq. en dirección a la misma rodilla y viceversa.

— Realizar el mismo ejercicio en sentido diagonal. (de rodilla, lado izq.).

— De forma alternante, extender la rodilla derecha e izq. en prolongación del muslo y balancearla.

— De forma alternante, realizar círculos con el pie, extendiendo a la vez lentamente la rodilla.

— Extender lentamente la rodilla y volverla a flexionar.

Juntar y separar las puntas de los pies mediante giros simultáneos de los mismos.

#### Hemiparesia

Posición sentado.

— Enderezar el tronco apoyando ambas manos a derecha e izq. del cuerpo.

— Con piernas separadas, gravitar el peso del cuerpo hacia adelante, elevándose algo del asiento. Permanecer un momento en esa posición y volver a sentarse lentamente.

— Girar la cintura excapular contra resistencia, con pelvis inmóvil.

Precauciones: Antes de iniciar cualquier tipo de movimiento activo, de esfuerzo, se debe consultar con el Médico.

Contraindicaciones: Los movimientos no deben ser apresurados, sino tranquilos y controlados.

### Síndrome de Parkinson

#### Posición sentado.

- Tomar una maza con ambas manos y con ritmo, de 3/4 ó 4/4 hacerlos chocar a alturas distintas.
- Tomar una cuerda por los extremos y dirigirla por adelante del cuerpo hacia arriba, por detrás de la cabeza, hasta los hombros. Efectuar el trayecto contrario.
- Pasar un balón de una mano a la otra, aumentando de forma progresiva la distancia entre las manos y haciendo que la curva del balón sea cada vez más alta. El balón debe ser seguido con la mirada.

### Enfermedad oclusiva arterial periférica

#### Posición sentado.

- Pierna ligeramente flexionadas, contraer la musculatura glútea y apretar las piernas entre sí.
- Brazos a la altura de los hombros, apretando contra sí las palmas de las manos.
- Espalda apoyada en el respaldo de la silla, impulsar codos hacia atrás, fijando fuertemente los talones en el suelo.
- Ejercicios elásticos (flex. de pies y piernas).

## CONCLUSIÓN

Cuando una persona se decide a desenvolverse comprende hasta que punto se había dejado estar, hasta que punto lo demás lo han hecho y hasta que punto este es un hecho desgraciado. Al reencontrar el uso de los propios miembros, cambia la actitud del individuo, se endereza, se flexibiliza junto con la postura frente a la vida.

A través del presente trabajo hemos expuesto la gimnasia grupal en el Hogar San José, esperando que pueda ser de utilidad a estudiantes y profesionales que valoran el trabajo con gerontes.

ALICIA MAUCH DE GARBOZO

## BIBLIOGRAFIA

"Deportes y ejercicios para discapacitados".

Autores: Adams; Daniels; Kullman.

"Ejercicios de Gimnasia Médica"

Autores: Bárbara Bohm; Brigitte Lück.

# Reflexionando sobre la Atención de Ancianos con Deterioro Mental Severo

SEGUNDO CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
Y PRIMER SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Cohn, Miriam  
Reconquista 485 - Bella Vista - Prov. de Buenos Aires  
Lavallén, Mirta  
Finca 487 "12" - El Palomar - Prov. Buenos Aires  
Oks, Matilde  
Corrientes 4347 3° "10" - Buenos Aires  
Sauré, María Pía  
Bulnes 1929 7° "B" - Buenos Aires  
Institución: Hogar Adolfo Hirsch  
Gaspar Campos 2975 - San Miguel - Prov. Buenos Aires

103

BUENOS AIRES - OCTUBRE DE 1988.

## INTRODUCCIÓN

La cantidad de ancianos con deterioro mental severo se ha incrementado en los últimos años y sus posibilidades de sobrevivir van en aumento.<sup>1, 2</sup>

Nosotras los conocemos, son nuestros pacientes, nos despiertan sentimientos, y es sobre estos sentimientos que queremos reflexionar.

Sentir y pensar sobre la atención de estos ancianos ha formado (y forma) parte de nuestro quehacer como terapeutas ocupacionales.

Una mirada retrospectiva que abarcó la tarea desde sus inicios, nos orientó en la búsqueda de un modelo de atención. Dicho modelo deberá rescatar nuestros aciertos, salvando nuestros errores, pues deseamos continuar la tarea con una mirada nueva, crítica, que nos sirva para aprender, cambiar y volcar todo esto en nuestro trabajo cotidiano, transformándolo.

Esta es una experiencia realizada en una institución cerrada, que alberga alrededor de 200 personas, de las cuales casi el 20% presenta deterioro mental severo.

## Definición

Utilizamos el concepto de deterioro mental de Babcock: "Debilitamiento de las funciones intelectuales y afectivas, sin tomar en cuenta sus causas eventuales, sean éstas psicógenas o fisiógenas; ni su evolución sea ésta temporaria o permanente".

"En general son ancianos con trastornos importantes de la memoria, descuido total de la higiene personal, a menudo doblemente incontinentes. No hacen esfuerzos para alimentarse o cuidarse por sí mismos. Capaces de llevar una conversación superficial e incoherente. Propensos a permanecer largo tiempo en silla o en la cama".<sup>3</sup>

Contábamos para nuestros primeros acercamientos con la preparación básica que nos brinda la profesión y nuestra experiencia en geriatría:

- formación que abarca aspectos somáticos y psicológicos;
- manejo de técnicas no verbales;
- manejo de técnicas de rehabilitación;
- conocimiento de las necesidades psico-físicas para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.);
- entrenamiento en la evaluación de las praxias, facias y gnosias.

En un principio no atendíamos a pacientes con deterioro mental severo, nos ocupábamos solamente de algunos casos leves que nos derivaban o de aquellos cuyo deterioro se acentuaba estando ya en tratamiento.

Con el tiempo, el número de personas con estas características en la institución fue mayor, la población se deterioraba. Comenzamos, de a poco, a acercarnos a ellos desde distintas experiencias, cambiando los objetos intermediarios (actividades).

Fue así que, con una pelota, un globo y mucho entusiasmo comenzamos a "jugar" con un grupo de 17 pacientes, los que, fuera del horario del sueño y las comidas, permanecían en un salón alejado de la activa circulación cotidiana del resto de la institución. Al cabo de tres meses logran que todos los pacientes respondieran a alguno de los estímulos.

No pudimos evaluar sistemáticamente las diferentes respuestas, ni llevar un registro constante de la evolución individual de cada caso. No teníamos diagnósticos ni pronósticos claros y los pacientes respondían de manera diferente cada día al tratamiento.

En el seguimiento de las AVD pudimos observar pequeños cambios, algunos recuperaron ciertas praxias: se llevaron nuevamente la comida a la boca, colaboraron en el vestido e higiene, recuperaron gestos sociales. La atención permanente nos

permitió conocerlos más, diferenciarlos. Algunos ancianos nos sorprendían con sus respuestas, impulsándonos a cambiar el programa o promoverlos a otras actividades.

Tuvimos que reconocer que, aún sin un plan sistemático de evaluación, la actividad nos servía para establecer diagnósticos diferenciales y detectar a aquellos pacientes deprivados sensorialmente por falta de estímulos (los feos, los confusos transitorios) y derivarlos a otros grupos.

Nuestros esfuerzos se justificaban y también nos desgastaban. ¿Por qué? Porque para atender a estos pacientes debemos repetir el estímulo constantemente, y hasta dañamos que, la mayoría de las veces, éste debe ser siempre el mismo.

Descubrir el estímulo clave demanda mucho esfuerzo, no sólo depende de la historia personal y cultural del paciente (historia que, en general, no nos puede relatar), sino de lo que su propio deterioro le permite reconocer (hay pacientes que responden a un estímulo específico: una palabra o un gesto determinado). Si bien la atención grupal es un buen recurso para economizar esfuerzos, son los estímulos personalizados los más efectivos: no sólo para aquellos que sólo pueden responder a una orden específica sino también porque en general no pueden atender a alguien que esté a más de 2 metros de distancia.

Esta permanente necesidad de reiterar el estímulo —monotonía—, la angustia que nos produce el inevitable deterioro, las dificultades para evaluar los resultados, la falta de reconocimiento de la tarea, los pocos logros, el esfuerzo que nos demanda, todo esto provoca en nosotras permanentes contradicciones.

En medio de las contradicciones internas y externas en algo estamos de acuerdo, la tarea nos despierta miedos, angustias que se reflejan en comentarios como estos:

- Si ahora que todavía soy joven tengo miedo a la soledad, ¿qué pasará conmigo cuando sea vieja?
- Si el dicho "se cosecha lo que se sembró" es cierto, ¿qué fue lo que ellos sembraron?
- Cuando busco frente a ellos la imagen de mi futuro pienso, ¿seré peluda como esta? ¿o malhumorada como tal otra?
- Cuando veo a sus familiares me pregunto ¿cómo actuaría yo en esas circunstancias? No quisiera estar en su lugar.
- ¿Por qué a veces siento que es indigno vivir de esa manera?
- ¿Por qué necesito borrar a aquel viejo que fue, más sano con quien compartí otros momentos y establecí un vínculo de mayor intercambio?
- ¿Será que no puedo re-conocerlo en esa nueva situación?
- ¿Será que no puedo tolerar tanto deterioro?
- ¿Será que tengo un límite para "contener" tanta muerte, tantas pérdidas?

Nos despierta temor la incertidumbre de nuestra propia vejez y la de nuestros padres, el rechazo al deterioro, el contacto diario con lo feo, la angustia por la impotencia de no poder cambiar el destino, el temor a contagiarnos, a perder nuestra riqueza intelectual, a empobrecernos.

Nos llevó mucho tiempo darnos cuenta de toda la movilización que nos produce simplemente estar con ellos, acercarnos. Resultaba difícil compartir todas estas sensaciones.

Ahora, como equipo, estamos en una etapa diferente: nos permitimos mostrarnos más, nos acompañamos, reflexionamos sobre cosas que nos pasaron y que nos pasan al vincularnos con personas tan deterioradas. Tenemos momentos en los que la omnipotencia nos impulsa adelante, siempre adelante y comenzamos la tarea con gran ímpetu, pero al poco tiempo, aparece el aburrimiento, el desgano, el desgaste y la sensación de soledad; nos preguntamos si realmente tiene sentido tanto esfuerzo para tan pocos logros y, de ahí al abandono, hay un solo paso.

Trabajamos para encontrar una mayor objetividad al evaluar la tarea, sin caer en la omnipotencia de que los vamos "a salvar" ni en la impotencia de que "nada de lo que hagamos servirá para nada".

Sabemos que es de vital importancia atender a estos pacientes "para evitar el mayor deterioro por la falta de estímulo o la sobreprotección institucional".<sup>4</sup> Cuando persistimos en la estimulación logramos obtener respuestas, hay quienes consideran que la tarea consiste en "llevar vida" para mantener y despertar la de ellos; de manera que nuestro objetivo es encontrar y procurar los medios para "llevarles vida sin desvitalizamos nosotros".

Después de estar trabajando con distintas técnicas, pudimos sistematizar la tarea, organizando programas de atención: según la gravedad de la patología, según el estado del paciente (de leve a severo), trabajamos con:

- a) Actividad artesanal con producto final (objeto propio)
- b) Un paso de la actividad (objeto propio o compartido)
- c) Actividad plástica (con o sin producto final)
- d) Actividad recreativa (sin producto final)

#### Con estimulación grupal y personalizada

- a) Actividad artesanal con producto final (objeto propio)

Indicada para aquellos pacientes que puedan responder y ejecutar consignas simples y automatizarlas.

Según el estado del paciente las consignas se darán verbalmente o con refuerzo gestual para lograr su imitación y, si fuera necesario, guiándole la mano para iniciar el movimiento.

La actividad debe ser simple, repetitiva y de fácil reparación, por ej. juguete de pompones o telar adaptado.

- b) Un paso de la actividad (objeto personal o compartido)

Realización de una actividad en que cada uno es estimulado, según sus posibilidades para llevar a cabo el (o los) pasos que puede: ovillar lana para otros, un paso del panel colectivo, etc.

Para algunos pacientes resulta terapéutico el momento de la actividad y el ambiente que lo rodea, aunque muchas veces no pueda llegar a comprender el proyecto en su totalidad y sólo pueda responder a las consignas.

c) Actividad plástica (según los objetivos se destacará o no un objeto terminado)

Esto es una invitación a "jugar" con formas, colores, texturas. La actividad puede ser un collage colectivo o cualquier otra actividad expresiva. Siempre y cuando la técnica reúna las condiciones de simplicidad, como para no tener que seguir pautas precisas y que "siempre quede bien", gratificando así al paciente.

En general los objetos realizados pueden ser utilizados como orientadores espaciales, así un móvil confeccionado por el paciente con pompones de lana puede ser colgado sobre su cama para lograr la asociación: "Mi móvil - mi cama" (o "mi almohadón - mi silla").

d) Actividad recreativa (no se confeccionan objetos)

Sucedará, sin embargo, que el paciente continuará su declinación y llegará el momento en que su respuesta a la actividad plástica expresiva o a realizar cualquier otra actividad de taller será nula, o tan pobre y demandará tanto esfuerzo, que debamos cambiar el estímulo. En estos casos nos volcamos a actividades grupales en las que implementamos técnicas recreativas. Utilizamos diferentes elementos: pelotas, globos, tules, chupetines, etc., estimulando con texturas, colores, formas, temperaturas, sonidos, para provocar sensaciones táctiles, visuales, auditivas, gustativas, cenestésicas...

El estímulo se repite las veces que sea necesario hasta obtener respuesta, al trabajar en grupo logramos un refuerzo constante para todos los integrantes.

El coordinador frecuentemente actúa como intermediario entre los pacientes, llamando la atención a los integrantes que no estén atentos o les resulte insuficiente el estímulo suministrado por la actividad o los elementos de ésta y necesiten reiteración de la consigna. En algunos casos, para obtener respuesta debemos acercarnos, a veces hay que despertarlos, ponerse cara a cara, tocarlos, acariciarlos hasta lograr atraer su atención.

Así, a través del contacto físico directo indicamos y reforzamos la consigna. Cuanto más severo es el deterioro, más velozmente se diluye el estímulo, en estos casos, los apareamos o agrupamos de a 3 para intentar la persistencia del estímulo entre ellos.

Haciendo un intento de describir el trabajo que realizamos nos dimos cuenta que hay tareas en contacto directo con el paciente y otras que lo benefician indirectamente.

El entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria (AVD) rara vez lo hacemos directamente con el paciente. En general, es más operativo trabajar en forma conjunta con la asistente geriátrica (A.G.), quien practicará el entrenamiento en forma diaria y en el momento natural.

El trabajo indirecto con el personal lo desarrollamos incluyéndonos en el curso anual que la Institución organiza para las A.G., mucamas y encargadas. Y a través de un sistema de Fichas de AVD que se colocan en la habitación de cada anciano para ser consultada por el personal que lo atiende. Está elaborada entre la TO y las asistentes geriátricas de los distintos turnos, en ella se detallan el tipo y grado de ayuda que cada anciano necesita para su autocuidado.

Otro trabajo indirecto desde nuestro rol es la implementación de la terapia ambiental (toda acción dirigida a cambiar el entorno en beneficio del bienestar del anciano). Evaluamos la necesidad de colocar adaptaciones, orientadores temporales (relojes, calendarios, etc.) y espaciales (cartel con el Nro. de habitación, nombre del anciano que la habita, objetos personales, fotos que faciliten el reconocimiento del lugar propio).

Asesoramos sobre decoración funcional: que los muebles sean confortables, privilegiando la seguridad sobre la estética, que todos los elementos del hábitat contribuyan al bienestar y autonomía del anciano tanto en las AVD como en la orientación tiempo-espacial. Si cada habitación tiene un toque personal será más fácil reconocerla como propia. Si los pasillos se diferencian por distintos colores de pintura será más fácil identificar el sector en que vive, y el personal podrá dar indicaciones más sencillas ("siga hasta el pasillo amarillo").

En el caso de construcciones nuevas o remodelaciones asesoramos sobre requerimientos mínimos indispensables para el mejor desenvolvimiento del anciano.

Todas estas tareas que consideramos propias de la terapia ocupacional pueden ser acciones puntuales para resolver un problema específico o globales si están insertas en un plan totalizador.

Lo ideal es tener un plan global estructurado que sea reflejo de la ideología terapéutica, de la forma de mirar y considerar la tarea del servicio. Este plan se cumplirá paulatinamente según las posibilidades materiales, técnicas, humanas, de tiempo y de contexto institucional. Debe desarrollarse en etapas, algunas simultáneas, otras se postergan, a veces indefinidamente. Un programa global brinda coherencia de modo que las acciones puntuales se insertan fácilmente y se implementan de manera que tienen un efecto multiplicador.

## RECOMENDACIONES

La decisión de hacerse cargo de la atención de esta franja de población en un hogar de ancianos está íntimamente ligada a la propia ideología sobre la vida, la muerte y la dignidad de vida.

Para poder llevarla a cabo consideramos de importancia tener presente los siguientes puntos:

- Brindarles atención especializada produce un efecto multiplicador: el resto del personal, los familiares y sus pares pueden reconocerlos en otra situación donde se tienen presentes sus aspectos personales promoviendo cambios en la actitud hacia ellos.

- Debemos tener presentes nuestras etapas vitales, reconocer que no siempre estamos en condiciones de hacernos cargo de este tipo de atención.
- En lo posible no trabajemos en forma individual. No tiene sentido hacerlo en contra de la ideología de la institución. Es conveniente realizarla en co-coordinación y comprometer al equipo para compartir la responsabilidad. La tarea es muy movilizadora y debemos procurarnos buenas redes de contención para asegurar su continuidad.
- Debemos encontrar una forma de evaluar el proceso terapéutico o, por lo menos, asentar sesión por sesión, para que no quede todo supeditado a nuestra memoria y estado de ánimo. Es necesario buscar incentivos, investigar respuestas. Organizar módulos de trabajo que mantengan despierto nuestro interés. Contar con grupos alternativos donde reinsertar a los pacientes según su evolución.
- Trabajar no sólo con los pacientes en atención directa, sino también con el personal a cargo para que los pequeños logros obtenidos en sesión tengan continuidad durante el resto del día. Trabajar con la A.G. los aspectos de las AVD, y su conservación dentro de lo factible.
- Trabajar con la familia, para aliviarla y ayudarla a encontrar una vía de comunicación adecuada.
- Motivar al paciente a través de la gratificación. Los gratifican la aprobación, las alabanzas, el contacto personal. Brindémosle generosamente estos estímulos.
- ¿Y nosotras? ¿Por qué no encontramos gratificante esta tarea?: porque no tenemos devolución, no obtenemos el reconocimiento de los pacientes. Porque nos exigen un gran gasto de energía, no hay retroalimentación y sentimos que "damos" permanentemente. La actividad no tiene producto final y son muy pocos los cambios en la conducta de los ancianos. Sentimos que es una tarea "sin fin". Un producto final ¿nos gratificaría?. Creímos que sí. Escribir sobre este tema nos permitió teorizar la experiencia concretando así nuestro propio producto final, revalorizando esta tarea tan difícil al poder verla y compartirla con Uds.

## CITAS

1. Brocklehurst y Hanley, "Geriatría Fundamental", pág. 72: "La confusión mental (...) representa algo menos de la mitad de los ingresos en los servicios geriátricos".
2. Caballero García y Colbs, "Fallo mental en el anciano: La Demencia Senil Tipo Alzheimer" en Rev. Arg. Ger. y Ger. 8:13, 1988:  
"De seguir aumentando la esperanza de vida y las cotas de longevidad, es muy probable que la demencia pase a ocupar el primer lugar entre las patologías geriátricas".
3. Brocklehurst y Hanle "Geriatría Fundamental", Tabla 7-2.
4. Strejilevich, M., "Aspecto Psiquiátrico de la Demencia Senil", Encicl. de Psiq.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANDRES, HAYDEE: Deterioro y demencia. Diagnóstico diferencial y una técnica de abordaje terapéutico. Rev. Medic. de la 3ª edad N° 3, Año 6, 1987.
- ANDRES, HAYDEE: Intervención psiquiátrica en el Síndrome confusional. Rev. Arg. de Ger. y Ger. 7:217, 1987.
- BERNE, ERIC: Juegos en que participamos. Editorial Diana, México, 1979.
- BROEKLEHURST, J.C. y HANLE, T.: Geriatría fundamental. Ediciones Toray S.A. Barcelona, 1979.
- BURNS, ISAAC y GRODIE: Enfermería geriátrica. Edic. Morala. Madrid, 1980.
- CABALLERO GARCIA y COLBS: Fallo mental en el anciano: La demencia Senil Tipo Alzheimer. En Rev. Arg. Geriátrica y Gerontológica 8:13, 1988.
- COHN, MIRIAM: Barreras arquitectónicas en hogares de ancianos. Rev. Medicina de la 3ª edad, Bs. As., 1985, Año 4, N° 1.
- DOOSE, URSULA: Erleichterung der Orientierung. En Altenheim 8/81.
- GOLDSTEIN, NESTOR: Envejecimiento, demencia y neuroquímica. Rev. Medicina de la 3ª edad, Bs. As., 1984, Año 3, N° 1.
- LAVALLEN M., OKS M., VEYRA M.: La importancia de la actividad en Seminario: El anciano Institucionalizado. 1981 (mimeo).
- LAVALLEN M., OKS M.: Integración de T.O. en una institución geriátrica. 1ª Reunión Nac. de T.O., Bs. As. 1981 (mimeo).
- LISCHETI, M.: Manual de antropología. Eudeba, Bs. As. 1987.
- MARTINDALE HELGESON, E. y CABOT WILLIS, S.: Handbook of group activities for impaired older adults. The Haworth Press, N.Y. London 1987.
- MONK, ABRAHAM: Barreras arquitectónicas. Rev. Medicina de la 3ª edad, año 3, N° 6, 1984, Bs. As.
- MULLER, CH. y WERTHEIMER, J.: Psychogeriatric. Ed. Masson.
- PERES, L.: Muerte y neurosis. Edit. Paidós, Bs. As. 1965.
- PEREYRA KAFER, J. y POCH, G.I.: Neurología. López libreros editores. Bs. As., 1977.
- PERLADO, F.: Geriatría. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1980.
- REICHEL, WILLIAM: Los aspectos clínicos del envejecimiento. Bs. As., El Ateneo, 1981.
- STREJILEVICH, MARIO: Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la vejez. Tratamiento médico en geronto-psiquiatría. Orientación médica, N° 920, vol. 14, Bs. As., 1970.
- STREJILEVICH, MARIO: Vejez. En enciclopedia de psiquiatría, editado por Vidal, Bleichmar y Usardivaras. Edit. El Ateneo, 1977.

# Ejercicios Terapéuticos Programados

NO

Dra. Diana Mirta Scharovsky (Laprida 4560)  
Dra. María Rosa García (La Rioja 2563).  
Claudia Corti, Asistente Social (Catamarca 711 - 7º B).  
Ana V. Díaz, Kinesióloga (Ayacucho 3625 - 2º G).  
Ana González, Terapista Ocupacional (Lavalle 4255).  
Claudia Marini, Prof. Educación Física (Laprida 1383).  
Mónica Pinelli, Yoga (Sabino Arana y Goiri 5762).  
Dora Romero, Prof. Educación Física (Belgrano 2684 - 1º A).  
Claudia Miranda, Terapista Ocupacional (Uruguay 584).

Servicio: ATENCIÓN TERCERA EDAD  
HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD  
Córdoba 4545  
7600 - Mar del Plata, Argentina  
Julio 1988

## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos quince años se ha visto una importante declinación en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares. Este cambio, y el subsecuente aumento en la expectativa de vida, es un avance para la salud pública que rivaliza en importancia con el hito marcado por la introducción de los antibióticos en el control de las enfermedades infecciosas.

Esta sustancial declinación ha sido atribuida a la prevención primaria y secundaria de las enfermedades. El mejor conocimiento de los factores de riesgo de las distintas patologías ha permitido intervenir sobre ellos, en el caso de la prevención primaria, y así cambiar favorablemente el curso de una enfermedad. El control de la hipertensión arterial, de las dislipemias, del tabaquismo, de la diabetes, de la obesidad del sedentarismo, del estrés, del tipo de alimentación entre otros, ha sido uno de los pilares de este avance en salud.

Se sabe además, que hay cambios biológicos que acompañan inevitablemente a la inactividad y a la atrofia por desuso. "Use-lo o piérdalo" es un viejo aforismo que se puede aplicar tanto a las funciones orgánicas como síquicas de cualquier individuo. Así es como la ciencia médica se adhiere, cada vez más, a la visión de la actividad física como otro arma terapéutico, y profundas investigaciones sobre la fisiología del ejercicio y su aplicación en la prevención y tratamiento de distintas enfermedades están confirmando esta tendencia.

El envejecimiento presenta cambios involutivos, algunos de los cuales pueden ser evitados o retrasados con un correcto plan de ejercicios terapéuticos, ya que se sabe que la edad avanzada no impide una actividad física regular.

Este trabajo pretende demostrar cómo un programa de ejercicios dinámicos, adecuados en grado y duración, cumple un importante rol en el mantenimiento de la salud psicofísica del geronte.

## EJERCICIOS TERAPÉUTICOS PROGRAMADOS (E.T.P.)

Esta actividad, que fue iniciada en noviembre de 1981, consiste en un programa de marcha aeróbica submáxima y ejercicios isotónicos programados y progresivos cuyo objetivo es la prevención primaria (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), secundaria (tratamiento), terciaria (rehabilitación) y cuaternaria (docencia e investigación).

La tarea es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, profesores de Educación Física, yoguistas, Psicólogos y Asistente Social. Estos profesionales interpretan que un plan terapéutico debe ser necesariamente dinámico, es por ello que el programa inicial de E.T.P. es modificado y/o adaptado en la medida que los nuevos conocimientos y la experiencia demuestran esta necesidad.

El comienzo de la actividad fue realmente muy laborioso, ya que aún hoy hay tendencia a desestimar las energías del paciente añoso y de esta manera se limitan las posibilidades de desarrollar y/o mantener una mejor calidad de vida en el anciano. Hubo que luchar contra el prejuicio de otros médicos ("esto no es medicina"), de los familiares del paciente ("¿no es mejor el reposo



Del puntaje obtenido en estos tests, surge la división de los pacientes en tres grupos: independientes, semidependientes y dependientes (para esta actividad). Los dos primeros grupos cumplen sus prácticas en las instalaciones del Campo de Deportes de la Ciudad de Mar del Plata, Argentina, el último grupo las realiza en el S.A.T.E.

Durante los primeros 4 meses de cumplimiento del programa, los pacientes son evaluados mensualmente por el médico. Luego estos controles son cuatrimestrales, coincidiendo con la finalización de cada nivel de tratamiento (ver descripción de niveles). Esto permite al equipo establecer lo obtenido por cada paciente y proceder de acuerdo a ello. Se puede ver por ejemplo:

- Aumento o mantenimiento del estado de salud.
- Mejoría de la discapacidad inicial (si es significativa permite el cambio de grupo en el caso del paciente semidependiente o dependiente).
- Discapacidad inicial estable (no se obtiene mejoría, pero tampoco hay progresión de la enfermedad; el paciente permanece en el mismo grupo).
- Progresión de la discapacidad inicial, enfermedad intercurrente e involución asociada a la edad (el paciente dependiente permanece en su grupo, el independiente o semidependiente es ingresado al grupo más tutelado).

A cada paciente se le entrega una tarjeta identificatoria donde figura su nombre y apellido, las patologías de las cuales es portador en forma de códigos (esta codificación es conocida por todos los integrantes del equipo, pero no por los pacientes); su frecuencia cardíaca submáxima, calculada previamente según la fórmula de Robinson ( $220 - \text{edad} = \text{frecuencia cardíaca máxima}$   $\times 0,85 = \text{frecuencia cardíaca submáxima}$ ); si usa alguna medicación que puede alterar el rendimiento cardíaco (betabloqueantes, digital, etc.) y finalmente con una inicial, su grado de independencia.

## GRUPO DE PACIENTES INDEPENDIENTES Y SEMIDEPENDIENTES

Estos dos grupos cumplen el programa en el Campo de Deportes de la Ciudad de Mar del Plata, la diferencia entre ambos no es en cuanto a objetivos de tratamiento, sino en la forma de abordaje, en el tiempo de permanencia en cada nivel y en el número de pacientes que lo componen.

Se trabaja en forma trisemanal y la actividad consta de dos partes:

- **Marcha aeróbica:** ésta es submáxima y progresiva y a través de ella se busca la adaptación cardiovascular, respiratoria y musculoesquelética. Después de un precalentamiento de 5 minutos se comienza a caminar rítmicamente con un metraje inicial de hasta 1600 mts. (puede ser menos según tolerancia del paciente). Inmediatamente después de finalizada la marcha el médico monitorea el pulso radial de cada paciente y lo compara con la frecuencia cardíaca submáxima, de esta manera sabe cuándo se debe aumentar, mantener o disminuir el metraje y cuándo debe aumentar, mantener o disminuir la intensidad de la marcha. Nunca se varían ambos parámetros al mismo tiempo (si se aumenta el metraje se mantiene la intensidad y viceversa). Por regla general, cada tres semanas se aumentan 800 mts. y a los seis meses, un paciente con buena evolución, debe estar realizando 6.400 mts. en 1 hora con una intensidad de ritmo para lograr alcanzar la frecuencia cardíaca submáxima. Se le enseña a relacionar el ciclo respiratorio con la marcha, el correcto balance de los brazos y la postura del tronco durante la caminata. En algunos casos que la patología de base lo contraindica, la marcha no se realiza.

- **Ejercicios isotónicos programados:** son llevados a cabo en cuatro niveles. El primer nivel se realiza a través de técnicas de yoga adaptadas y son sus objetivos lograr movilidad mioarticular, relajación, respiración diafragmática y cambios posturales. La duración de este nivel es de cuatro meses (puede variar en el semidependiente).

El segundo nivel es llevado a cabo por la terapeuta ocupacional y son sus objetivos lograr cambios de conducta que permitan establecer nuevas o mejores formas de relaciones personales y objetales; contribuir al fortalecimiento del yo; estimular las funciones psicológicas (atención, memoria, etc.); favorecer y/o mantener la ubicación tempore espacial; favorecer la estimulación sensorio perceptiva y la consolidación del esquema corporal; favorecer y/o desarrollar la expresión corporal. Este nivel dura cuatro meses (puede variar en semidependientes). El tercer nivel es de reciente creación e implementación en el programa de ETP. La evolución clínica del envejecimiento normal está asociada a decrementos de la función sensorio perceptiva (audición, agudeza visual, percepción de espacio y profundidad, discriminación de colores y formas), de la posición y de la marcha, existiendo una marcada tendencia a las caídas y al enlentecimiento de la respuesta motora. Todo esto provoca en el anciano un deterioro de la autoestima con un aumento de la ansiedad, tensión y depresión. Este nivel, coordinado por una profesora de Educación Física, pretende entrenar a los pacientes en diferentes tipos de obstáculos que puedan simular situaciones de la vida diaria (desniveles en el piso, escalones altos, falta de iluminación, velocidad de marcha en el cruce de calles con o sin semáforos, velocidad de respuesta ante una orden dada, etc.). El objetivo es lograr una mejor adaptación ante los estímulos estresantes, tratando de superarlos a pesar de sus propias barreras biológicas y de las barreras arquitectónicas y urbanísticas. La duración de este nivel es de cuatro meses (puede variar en el semidependiente). Se cree que es de fundamental importancia actuar en forma conjunta con las entidades competentes, a fin de obtener las modificaciones adecuadas en los diseños urbanísticos y arquitectónicos de una ciudad que se pretende sea para todos. El cuarto nivel funciona como integrador de los objetivos de los niveles anteriores, con lo cual se logra afianzar y/o mejorar lo obtenido a través de este progresivo entrenamiento. Se incorporan esquemas más complejos para acentuar la mejoría sicomotriz y el desarrollo de la masa muscular. Su duración es de doce meses y su coordinación está a cargo de una profesora de Educación Física. La kinesióloga y el médico actúan como observadores permanentes, efectuando tareas de acción directa con aquellos pacientes que presentan dificultades durante la práctica.

## GRUPO DE PACIENTES DEPENDIENTES

Los distintos niveles del programa son cumplimentados conforme a las discapacidades relevantes de este grupo, siendo aquí el parámetro tiempo de cada nivel más elástico. Las prácticas son efectuadas en forma trimestral y los objetivos son comunes para los grupos anteriores tratando que a través de ellos, se logre un nivel de autovalidez compatible con la mayor independencia posible.

Cabe acotar que en el desarrollo del tercer nivel de este grupo se incluye el entrenamiento en las actividades de la vida diaria

fuera del hogar para posibilitar el desenvolvimiento adecuado según su discapacidad (supermercados, medios de transporte, desplazamientos viales, manejo de dinero, etc.).

De acuerdo a la evolución del paciente podrá ser incorporado en los grupos anteriores. Aquí la kinesióloga trabaja activamente con el profesional a cargo del nivel que se esté desarrollando.

## INFORMACIÓN BÁSICA DE AUTOAYUDA

Esta se lleva a cabo a través de charlas regulares de temas médicos generales y específicos para cumplimentar con la prevención primaria, y al mismo tiempo de informar al paciente, crear en él un agente de Salud para su familia y su medio social, multiplicando la información dada. Algunos de los temas que se dictan son: autoexamen de mama, sangrado postmenopáusico, hipertensión arterial, diabetes, dieta y salud; factores de riesgo de la enfermedad aterosclerótica, artrosis, osteoporosis, etc.

Marcha aeróbica	
Grupo Independiente y Semidependiente	Ejercicios Isotónicos
	1) Yoga 2) Terapia ocupacional 3) Gimnasia (Barreras) 4) Gimnasia (Integración)
Ejercicios Terapéuticos Programados	
Información Básica de Autoayuda	
Grupo Dependiente	Ejercicios Isotónicos
	1) Yoga 2) Terapia ocupacional 3) Gimnasia (Barreras) 4) Gimnasia (Integración)

## OBJETIVOS GENERALES DE E.T.P.

Han sido mencionados los objetivos específicos de cada nivel de actividad de los Ejercicios Terapéuticos Programados. Aquí se presentarán los objetivos generales sobre los cuales se delineó este programa.

Se los divide en: A) Objetivos generales a largo término o mediatos.

B) Objetivos generales a corto término o inmediatos.

A) A largo término: es objetivo del equipo modificar favorablemente los factores de riesgo de la enfermedad aterosclerótica y el desarrollo subsecuente de enfermedades coronarias y cerebrovasculares. Tomando como base los trabajos de Framingham y de Sepúlveda Greco, se puede fundamentar lo expuesto de la siguiente manera:

- El ejercicio regular puede aumentar el colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL-C). Este aumento de HDL-C ejerce un efecto protector en relación a futuros eventos coronarios.

- La actividad física resulta útil en el tratamiento de la hipertensión arterial suave o moderada, no complicada. El ejercicio puede ejercer su efecto hipotensor a través de mecanismos hemodinámicos o indirectamente por cambios en la conducta, en la dieta y/o en la disminución de peso.

- El ejercicio regular ayuda al tratamiento de la diabetes por mejorar la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina. El deterioro de curva de tolerancia a la glucosa, atribuida habitualmente al envejecimiento, puede ser verdad para el anciano sedentario, pero no para aquellos que mantienen un entrenamiento regular durante años.

- Los fumadores incluidos en un programa de ejercicios físicos, algunas veces disminuyen o suspenden espontáneamente este hábito. Si no lo hacen, de cualquier modo, tienen menos riesgo de evento coronario que los sedentarios.

- El ejercicio regular ayuda a bajar de peso por aumento de la energía requerida y por ajuste del apetito.

- Hay recientes estudios que señalan cambios positivos en el patrón de conducta tipo A. Este tipo de personalidad tiene propensión a sufrir enfermedad coronaria. Lo que no se sabe es cuánto duran estos cambios.

B) A corto término: estos son objetivos que se evidencian en forma más o menos breve en relación al comienzo del ejercicio:

- Mejorar la ventilación pulmonar, tratando de corregir patrones erróneos de respiración.

- Mantener la mejor funcionalidad posible del sistema osteo articular muscular.

- Mantener y/o mejorar las funciones cognitivas (inteligencia, atención, memoria) y la sicomotricidad.

- Favorecer el normal funcionamiento de las glándulas endócrinas (eje pituitario-adrenal) sobre todo teniendo en cuenta que el anciano por el estrés que le generan las distintas situaciones del diario vivir puede ser definido como un hiper-adrenérgico crónico.

- Mejorar el ajuste sicosocial a través de la mejoría de la propia imagen.

- Miscelánea: lograr mejoría de síntomas aislados que son expresión de trastornos funcionales (insomnio, dispepsia, constipación, etc.).

## CONTRAINDICACIONES DE E.T.P.

No son admitidos en el programa de E.T.P. aquellos pacientes que presentan alguna de las siguientes patologías:

1) Angina de pecho progresiva o AML

2) Insuficiencia cardíaca descompensada

3) Extrasistolia ventricular polifocal y múltiple.

- 4) Aneurisma ventricular.
- 5) Bloqueo A-V de 2º grado o completo.
- 6) Hipertensión arterial severa o incontrolable.
- 7) Tromboembolismo pulmonar reciente.
- 8) Tromboflebitis.
- 9) Enfermedades metabólicas o controladas.
- 10) Enfermedades infecciosas agudas.
- 11) Enfermedades neurológicas (o sus secuelas) invalidantes.
- 12) Otras enfermedades clínicas significativamente complicantes.

## PRECAUCIONES

Se suspende el ejercicio si el paciente presenta síntomas de isquemia cardíaca, cerebral o gastrointestinal y se lo deriva al consultorio o a la sala de emergencia según el caso.

Si el paciente presenta fatiga, se disminuye la intensidad y duración de la práctica. A la hora de haber terminado, debe estar completamente recuperado; de no ser así, se debe disminuir aun más la intensidad controlando semanalmente al paciente.

Si hay condiciones ambientales desfavorables, como lluvia, extremo calor (+30°C) y humedad o extremo frío (-3°C) se suspende la actividad.

Los días fríos deben llevar bufanda para precalentar el aire inspirado, guantes y gorro que preferentemente cubra las orejas.

Se les aconseja que usen ropa interior que absorba la humedad. Tanto la ropa interior como la deportiva no debe tener elásticos que ajusten demasiado. Las prendas deben permitir el libre movimiento.

El calzado debe ser cómodo y estabilizar bien el pie, sobre todo la zona del talón.

La última comida debe ser ingerida por lo menos tres horas antes de la actividad (sobre este tema se dan indicaciones especiales al paciente diabético).

Han sido reportados en la literatura mundial episodios de muerte súbita o fallo cardíaco en relación al ejercicio. En todo el tiempo que el programa de E.T.P. ha funcionado, no se ha presentado durante o inmediatamente después ninguna complicación grave. Las lesiones más comunes son de tipo muscular, y se previene con adecuados períodos de precalentamiento y enfriamiento.

## SÍNTESIS

Los Ejercicios Terapéuticos Programados son una nueva posibilidad en el tratamiento preventivo y curativo del paciente de la tercera edad.

El equipo interdisciplinario, a través de sus niveles de entrenamiento (yoga, terapia ocupacional, educación física) y con el control kinésico y médico brinda al geronte la posibilidad de integrarse en un plan de ejercicios físicos, que disminuyan los riesgos de un número determinado de enfermedades y mejore su calidad de vida, eliminando los efectos desadaptativos de la vida sedentaria.

Mediante un ejercicio regular isotónico se puede desarrollar y/o mantener la movilidad articular, la fuerza muscular, la estabilidad y la coordinación: todos éstos, críticos, para poder participar en las actividades del diario vivir.

Los ejercicios aeróbicos también dan positivos cambios psíquicos, disminuyendo la ansiedad y la depresión y aumentando la propia confianza y autoestima. El riesgo de eventos graves (falla cardíaca, arritmias, muerte súbita) puede ser minimizado a través de una cuidadosa selección de los pacientes que ingresan a Ejercicios Terapéuticos Programados. Con correctos planes de trabajo se evitan las complicaciones comunes, como por ejemplo las injurias musculares.

## ACTIVIDADES PARALELAS QUE DESEMPEÑA EL EQUIPO DE PROFESIONALES

### - Reuniones de evaluación:

Semanalmente se lleva a cabo una reunión de equipo con la presencia de todos los profesionales en la cual se evalúa el trabajo desarrollado hasta el momento, y de ser necesario se implementan modificaciones. Además se plantean y se intentan resolver problemas especiales de pacientes, que así lo requieran.

### - Capacitación:

El equipo también dedica tiempo semanal para la formación teórica y práctica de todos los aspectos relacionados con la tarea.

### - Grupo Balint:

Una vez por mes, los integrantes del equipo se reúnen para participar de un grupo Balint, coordinado por un psiquiatra. El objetivo es analizar los vínculos entre los profesionales y los pacientes. Así como también trabajar sobre las relaciones interpersonales dentro del equipo.

### - Docencia e Investigación:

El equipo realiza la planificación, evaluación y ejecución de programas de clases teórico-prácticos que se implementan en los cursos de orientación gerontológica para profesionales y estudiantes de Educación Física y Terapia Ocupacional.

Formación de biblioteca propia.

Elaboración de trabajos de investigación sobre el tema.

### - Centros Periféricos:

Luego de finalizado un período de 2 años desde que los pacientes ingresan a E.T.P., tiempo establecido por el equipo como duración del tratamiento, los pacientes son derivados, previa evaluación final, a los denominados "Centros Periféricos". La función de los mismos es la continuidad de los objetivos propuestos en la tarea, a través de una proyección comunitaria. Esta se realiza en clubs, sociedades de fomento, Institutos, y es llevado a cabo por profesionales que han participado de los cursos de orientación gerontológica. Este trabajo es planificado, evaluado y coordinado por el equipo interdisciplinario. Quien además realiza, visitas de control mensuales a los mencionados lugares.

## ROL DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

T.O.: desarrolla las siguientes funciones:

- Coordina los grupos de pacientes que transitan el 2º nivel de E.T.P.
- Observa y evalúa junto con otros profesionales del equipo las evoluciones de los pacientes y, realiza derivación a tratamiento específico si así lo requieren.
- Participa en actividades interdisciplinarias destinadas al planeamiento, elaboración e implementación de nuevas técnicas de evaluación y tratamiento.
- Participa en la elaboración y dictado de charlas de "Información Básica de Autoayuda".
- Interviene en el dictado de clases correspondientes a los cursos teórico-prácticos de Orientación gerontológica para estudiantes y profesionales de T.O. y P.E.F.

## DESARROLLO DEL PROGRAMA QUE REALIZA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA 2ª ETAPA DE E.T.P.

Desde terapia ocupacional abordamos al paciente a través de un enfoque global, atendiendo a los aspectos físicos y psicosociales del mismo.

Nuestro objetivo en este 2º nivel es el siguiente:

- Lograr cambios de conducta que posibiliten establecer nuevas o mejores formas de relación interpersonal y objetal, así como contribuir al fortalecimiento del yo. Ello conducirá a una nueva revalorización del rol dentro de la sociedad.

Les ayudará a asumir esta nueva y difícil etapa de la vida con las modificaciones que ella implica: biológicas, psicológicas y sociales.

Para lograr estos objetivos empleamos como medio terapéutico:

- La actividad corporal: a través de ejercicios sensorio-perceptibles y expresión corporal.
- La comunicación verbal y no verbal, y el manejo de las relaciones interpersonales.

Los objetivos mencionados se implementaron en base a una graduación correspondiente a la complejidad de los mismos.

En primer término y considerando la reciente experiencia de los pacientes en el primer nivel de E.T.P. con la yoguista se comienza trabajando con la estimulación sensorio-perceptiva del esquema corporal, que permitirá el encuentro con el propio cuerpo, centrándose nuevamente en una tarea interior por la cual se logra favorecer el autoconocimiento y la autorelajación.

A través de la estimulación propioceptiva y enteroceptiva, se toma conciencia de:

- El estado del tono muscular de las diferentes partes del organismo.
- De la actitud postural y de los puntos de apoyo del cuerpo en contacto con distintas superficies.
- De los huesos y articulaciones que conforman al mismo.
- De la ubicación de los segmentos corporales en el espacio sin utilizar la visión o el tacto.
- De la disociación segmentaria y de la integración corporal.
- De la respiración.

También se favorecen las percepciones visuales, auditivas, olfativas, táctiles, incorporando diferentes elementos de distintas texturas, temperaturas y sonoridad.

Este primer momento nos lleva al siguiente paso que es el manejo del cuerpo en relación al espacio circundante y con los otros, experimentando la noción rítmica y el descubrimiento del propio ritmo, así como la estimulación de la coordinación general.

Utilizando diversos ejercicios, como por ejemplo:

- La estimulación de la vivencia corporal del espacio. Experimentando primero la noción de arriba; abajo, lejos, cerca, dentro del propio cuerpo y luego fuera de él.

Empleando para reconocer el espacio circundante los sentidos de la vista, tacto, olfato, oído y posteriormente, creando con su propio cuerpo distintas figuras en el mismo, como líneas curvas, rectas, diagonales, círculos, etc.

Luego se desarrollan los demás objetivos dando lugar al acto creativo de la expresión corporal, con consignas cada vez menos estructuradas que posibilitan la participación más activa de los pacientes, favoreciendo la expresión de sentimientos y emociones.

Se trabaja también con dramatizaciones y juegos corporales.

Además se favorecen y/o mejoran las funciones psíquicas.

El contenido de las actividades antes mencionados, permite trabajar paralelamente este aspecto y son lo suficientemente plásticas como para posibilitar una graduación ajustable a la respuesta del grupo.

Diferentes estímulos, visuales, auditivos, convocan la atención del paciente durante la actividad. En ella memoria, razonamiento y pensamiento son estimulados y requeridos a través de las consignas verbales impartidas por el T.O.

Todas las actividades se realizan en base al manejo de las relaciones interpersonales y a la dinámica grupal.

Es decir, se trabajará en los grupos implementando las actividades antes nombradas, de acuerdo a los lineamientos del tera-

peuta y atendiendo a las necesidades y respuestas de los integrantes para permitir que sea el propio grupo quien configure el encuadre.

En un comienzo la participación en las actividades es mayormente pasiva, limitándose a cumplir las consignas impartidas por el terapeuta. Como por ejemplo ejercicios sensorio-perceptivos de autorelajación.

Luego, al transcurrir las sesiones, van adquiriendo mayor confianza individual e interpersonal de modo que cada miembro se compromete en forma activa y se siente capaz de tomar decisiones.

Es en este momento en el que se comienza a trabajar específicamente con ejercicios que incluyan consignas menos estructuradas, como por ejemplo ejercicios de expresión corporal y juegos corporales.

Trabajando en varios sub-grupos de acuerdo a la cantidad de integrantes, debiendo algunos pacientes asumir el rol de coordinadores de dichos subgrupos organizando y dirigiendo ellos los juegos. La elección de los mismos se realiza en forma libre o espontánea.

En esta etapa el T.O. está atento a la respuesta del grupo ya que al tratarse de ejercicios que requieren una intervención activa, exigiendo además un principio de organización y de mutua participación, despierta una suma de ansiedades entre sus integrantes.

Cuando éstas aparecen se ayuda a la elaboración de las mismas para poder realizar adecuadamente la tarea.

También se tiene en cuenta la aparición de los distintos roles que van surgiendo y que determinan cambios en la dinámica grupal. Es importante manejarlos adecuadamente con el fin de orientarlos para el cumplimiento de los objetivos fijados y que no se convierten en obstáculos. Es decir que si se estereotipan determinados roles se trata de que sea el mismo grupo quien ponga los límites y sienta deseos de modificar la dinámica de trabajo.

Luego de algunas sesiones cuando se concluyen una serie de ejercicios, se destina un tiempo para dar lugar exclusivamente a la expresión de la palabra. Comentando las sensaciones y vivencias individuales y grupales que experimentaron. Asimismo se va explicando sencillamente por qué se realizan determinados trabajos y cuáles son los objetivos que se persiguen.

Una vez por semana la sesión se lleva a cabo entre dos T.O. actuando en cooterapia: una como coordinadora y otra observadora, a veces coordinando al mismo tiempo, mientras una dirige la otra actúa como yo auxiliar asistiendo a las necesidades que surgen en determinados pacientes.

Durante el desarrollo de esta segunda etapa de E.T.P. también se deja espacio para la evaluación de los encuentros, sugiriendo a los pacientes que expresen su conformidad o disconformidad con lo realizado hasta el momento, que señalen sus críticas y propongan modificaciones. Toda la tarea está supeditada a cambios o reformas, en relación a la necesidad y a la demanda que en cada grupo surja.

# Hospital de Día para Niños con Discapacidades Múltiples

T.O. Ma. Cristina Crivelli

T.O. Elisa Hirai

T.O. Patricia Cieri

El Centro de Rehabilitación de General Sarmiento, puso en funcionamiento el Hospital de Día, para la atención de niños que presentan discapacidades múltiples, con deficiencia mental de tipo moderado, severo y profundo, importante compromiso motor, sensorial, y trastorno de conducta, cuyas edades cronológicas oscilan entre tres y doce años.

Esta modalidad de trabajo, surge como respuesta a una necesidad que no encontraba soluciones en nuestra zona, dado que, estos pacientes, por sus características no respondían al tratamiento convencional, ni tienen posibilidades, en su mayoría, de ingreso escolar, ni de acceso a ningún tipo de actividad con pares. Por lo cual se consideró que este abordaje de trabajo era el más adecuado, dado que, el estímulo diario y continuo, como así también, la posibilidad de compartir grupalmente una actividad, podría beneficiar a estos niños.

El grupo se encuentra a cargo de dos Terapistas Ocupacionales y una asistente. La presencia de Terapistas Ocupacionales durante todo el día, para la atención de los pacientes es conveniente, debido a que sintetiza varias de las áreas a trabajar. La asistente, se encarga de impartir cuidados generales, tales como, el traslado del niño a otros servicios, cambiarlos e higienizarlos, asistir en tareas de alimentación, etc. El resto del equipo del Centro de Rehabilitación, apoya la tarea, y es importante la evaluación para el ingreso, controles periódicos, indicaciones formales en lo que se refiere a posturas, indicaciones para el desarrollo de la alimentación, comunicación, etc., y eventuales tratamientos individuales.

El Hospital de Día, funciona con una frecuencia diaria, de 9 a 17 horas. Los niños comparten el desayuno almuerzo y merienda, actividades terapéuticas grupales, tratamientos individuales, existiendo también, un horario para la relajación y el descanso.

Los objetivos de tratamiento son los siguientes:

En primer lugar se trabaja la adaptación del niño. Durante la primer semana, si es necesario, la madre, el padre, ambos, o la persona encargada de traerlo, puede permanecer dentro del ámbito del Hospital de Día. En este primer período, el objetivo es, lograr un buen vínculo del niño con sus pares, los terapeutas y el ambiente. Esto se logra a través de actividades lúdicas, realizadas en forma libre, lo cual permite observar la conducta del niño interactuando con el resto del grupo.

En algunos casos, el niño ingresa con horario completo, y en otros casos medio turno, según lo determine el equipo, luego de realizadas las evaluaciones.

Una vez adaptado, se comienza a dar la integración con el grupo a través de:

a — actividades compartidas e individuales,

b — reconocimiento de los otros.

a — La actividad compartida se puede dar de dos maneras, por un lado, los niños comparten una misma actividad, como es el juego con pelota, juego organizado, etc., y por otro lado, cada uno realizando actividades diferentes compartiendo el lugar físico y momento de trabajo.

b — El reconocimiento de sus pares y terapeutas, se trabaja a través del contacto directo con cada uno de ellos, teniendo especial importancia los juegos corporales, de la identificación de sus pertenencias, reconocimiento de los otros a través de fotos y de las funciones que desempeña cada uno.

Por otro lado, la socialización se da mediante el compartir los momentos del desayuno, almuerzo y merienda, festejo de cumpleaños, realización de paseos, etc.

En cuanto a las posturas, a través de una evaluación funcional, se determina cuáles son aquellas que facilitarán la actividad del niño en comida, juego, actividades visomotoras, vestido, higiene, etc. Son utilizados para esto, elementos del equipo convencional, tales como: puff, rodillo, plano inclinado, silla de postura, mesa con escotadura, etc.

El espacio físico que se utiliza, está dividido en dos sectores: uno, acolchado y alfombrado tanto el piso como las paredes hasta un metro de altura, y otro no alfombrado, en donde se encuentran la mesa con escotadura, armario, etc.

Con respecto a los hábitos de autoalimentación, dada la severidad de la discapacidad de estos niños, no se puede hablar de independencia personal, por lo cual se optó por el término "hábitos de autoalimentación". Estos son estimulados en forma constante, a través de imitación de acciones, ya sea por gestos, juego organizado y por la actividad concreta. En los casos más severos, dando indicaciones a los padres para un mejor manejo del niño en el hogar.

En todo momento se estimula, favorece y mantiene la conexión y la comunicación del niño con su entorno, ya sea en forma individual o grupal, a través de actividades lúdicas, visomotoras, sensoperceptivas, música y canciones.

Desde Fonoaudiología, se trabaja, en la primer etapa, a través de la sonrisa, mirada, gestos o esencialmente con el cuerpo mismo; luego, a medida que aumenta el grado de madurez, se trabaja más específicamente, en el enriquecimiento del lenguaje. Todo esto favorece a que los niños aprendan a hacerse entender y también a comprender lo que el otro quiere decir.

Dado que, por sus características, estos niños tienden a tener conductas de aislamiento, se orienta a los padres para que puedan estimular la conexión a través de la utilización correcta de los objetos, en diferentes esquemas de acción. Muchas veces, estas conductas son favorecidas por alteraciones en la relación de los padres con sus hijos. En algunos casos, se realizan señalamientos sobre acciones concretas, y en los casos más severos, se trabaja conjuntamente con el servicio de Psicología.

La integración del niño con su grupo familiar, se trabaja mediante la revalorización del rol de éste en la familia.

Se pudo observar cómo a través de un festejo de cumpleaños, confección de tarjetas para días especiales por parte de los niños, la familia pudo aprender a revalorizar y vivenciar el rol protagónico que, en este ámbito ocupa el niño y transferirlo a cualquier experiencia cotidiana que se produzca en el núcleo familiar.

Se realizó una experiencia con los hermanos de los niños, con el objetivo de fortalecer el vínculo entre ellos, utilizando para esto, la preparación de festejos navideños. Los resultados fueron positivos, ya que produjo una importante movilización familiar.

Referido a la estimulación y desarrollo de sus capacidades en las diferentes áreas, se trabaja con los niños a través de diversas actividades: lúdicas, plásticas, recreativas, juego con arena y agua, musicales, material didáctico, estimulando las siguientes áreas: motricidad gruesa y fina, control postural, coordinación visomotriz, coordinación dinámica, sensopercepción, reeducación práctica, comunicación, socialización, hábitos de autoalimentación, trabajando cada una acorde al nivel de desarrollo de cada niño. Estas áreas se estimulan simultáneamente. Además se establece un plan de tratamiento en Terapia Ocupacional, proponiendo objetivos específicos, por ejemplo: estimulación de pautas madurativas, conductas manipulativas, prehensiones correctas y funcionales, estimulación sensoperceptual, trabajando nociones espacio-temporales, esquema corporal, colores, formas y tamaños, atención, concentración y memoria, entre otros.

Al ingresar los niños al Hospital de Día, se realiza una entrevista con los padres, en la cual queda establecido, la modalidad de trabajo y el compromiso que deberán asumir, respetando las normas e indicaciones dadas (horarios, elementos personales que deberán traer, asistencia a las reuniones programadas). También se exige la participación de las madres en los momentos del desayuno y la merienda, con el objetivo de lograr un rol más activo y el fortalecimiento del vínculo madre-hijo.

El mejorar la calidad de vida, es nuestro objetivo último y principal, en el cual confluyen todos los anteriormente mencionados.

Dadas las características del grupo, lo que se quiere lograr es que, a través de la consecución de los objetivos propuestos, se consiga mejorar la calidad de sus vidas, partiendo, por un lado, de la revalorización de su rol en la familia; y por otro lado, tratando de que el niño obtenga gratificaciones, haciendo hincapié en el vínculo afectivo.

### **Observaciones durante el primer año de actividades**

De la actividad del primer año, hemos conseguido sacar las siguientes conclusiones:

- a — Esta modalidad de trabajo, permite lograr, con niños discapacitados múltiples, conductas no conseguidas en tratamiento individual a lo largo de varios años, debido esto, al estímulo diario y continuo.
- b — La cantidad de tiempo que los niños permanecen en el Hospital de Día, permite una evaluación constante de los mis-

# Collarete Elástico de Configuración Variable para el Control de Cabeza en Niños con Alteraciones de Tono Muscular

por

T.O. Cecilia Signorini de Prieto  
Terapista Ocupacional - Bahía Blanca

y

Ing. Laureano C. Nava (CONICET)  
Jefe Area Bioingeniería (IMA-CONICET)

INSTITUTO DE MECANICA APLICADA  
(CONICET-GENID)  
8111-BASE NAVAL PUERTO BELGRANO

PUBLICACION IMA 87-52

## Sumario

En la presente publicación se indican las principales características y los resultados de las primeras evaluaciones de un Collarete Elástico de Configuración Variable desarrollado y construido en el Instituto de Mecánica Aplicada, para el control de cabeza en niños con alteraciones del tono muscular.

Este desarrollo es auspiciado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Proyecto de Investigación y Desarrollo PID 3009300).

Contenido	pág.
Introducción .....	1
Descripción .....	1
Fig. 1 Collarete, plegado .....	4
Fig. 2 Collarete, materiales constitutivos .....	5
Fig. 3 Collarete, etapas constructivas .....	6
Evaluaciones .....	7
Conclusiones .....	9
Planes Futuros .....	9
Fig. 4 Paciente N° 1. Antes de usar el collarete .....	10
Fig. 5 Paciente N° 1. Con el collarete colocado .....	11
Fig. 6. Paciente N° 1. En posición sentada .....	12
Fig. 7 Paciente N°. En posición decúbito-prono .....	13
Agradecimientos .....	14

## Introducción

El Collarete Elástico de Configuración Variable, cuyas vistas superior y lateral se muestran en la Fig. 1, está destinado al control de cabeza en niños de corta edad, con alteraciones del tono muscular. Su concepción se generó en las necesidades particulares de una niña de 30 meses de edad afectada de diplegia espásmicodistónica, y en el hecho de que en nuestro medio solo es posible obtener comercialmente, collaretes rígidos para adultos.

Sus principales características la constituyen, la simplicidad constructiva, la superficie exterior de configuración variable que permite



- El tramo vertical central, que una vez plegado como se muestra en la vista lateral de la Fig. 1 constituye el apoyo pectoral y el elemento dosificador de la elevación o descenso del mentón.
- El tramo inferior de eje curvo, que luego de plegado, como se muestra en la vista superior de la Fig. 1, constituye el apoyo mentoniano.

Las características de "Elástico" que presenta el collarate están dadas por la doble capa de espuma de poliuretano que se pueden observar en las zonas intermedia y periférica de la Fig. 2.

La zona intermedia es de espuma de poliuretano de peso específico medio, de 2 cm. de espesor y va pegado al núcleo de aluminio.

La zona periférica la constituye una capa de espuma de poliuretano de peso específico bajo, de 1 cm de espesor recubierta por ambas caras, la cara interior recubierta con fina malla sintética, y la cara exterior recubierta con suave pana sintética.

Esta última capa de 1 cm. de espesor rodea firmemente a la capa anterior de 2 cm de espesor, y va cosida por sus extremos.

Una vez obtenido el collarate elástico de configuración variable sin plegar que se indica en la Fig. 3 (abajo), se procede al plegado manual del mismo, de acuerdo a los requerimientos de las características del paciente, hasta obtener una configuración similar a la que se muestra en la Fig. 1.

## Evaluaciones

Paciente Nº 1 (A.S.): Gemela prematura de 30 meses de edad.

Diagnóstico: diplegia espasticodistónica, con presencia de reflejos tonicocervicales y laberínticos.

Los cambios de distribución del tono provocan trastornos de equilibrio. No adopta ni mantiene posturas. El control de su cabeza es muy inestable, permanece casi constantemente en flexión, como se aprecia en la Fig. 4. No se desplaza. No lleva las manos a línea media. No tiene lenguaje expresivo. Comprende órdenes simples. Toma y suelta objetos en forma voluntaria.

Paciente Nº 2 (C.T.): varón de 22 meses de edad.

Diagnóstico: similar al de la paciente Nº 1, con características semejantes. Mejor conectado. Tratamiento para ambos pacientes:

Se sugirió el uso del collarate elástico de configuración variable para control de cabeza en línea media, dado que había respuesta a los estímulos e interés por parte de ambos niños. Se buscó integrarlos mejor al medio familiar, posibilitar posiciones y lograr el uso de sus manos. (Fig. 5).

Para ambos pacientes el período de uso del collarate fué de aproximadamente tres meses, en forma sistemática intermitente, en los momentos de las comidas y en los períodos de juegos, sin dejar de estimular la actividad voluntaria.

## Resultados:

Paciente Nº 1 (A.S.): Se observó un mejoramiento global de la postura, aumento de la amplitud de movimientos de la cabeza y aumento de la resistencia de los músculos del cuello. Se integró al medio y exige participar, (Fig. 5 y Fig. 6). Continúa usando el collarate en igual forma.

Paciente Nº 2 (C.R.): Se obtuvieron mejores resultados que con el paciente Nº 1. Logró el control de cabeza y no necesita usar más el collarate. Actualmente se está usando el collarate con el paciente Nº 3 (J.S.) un niño de 24 meses de edad que nunca recibió tratamiento específico de estimulación. Dominado por alteraciones del tono y reflejos de inmadurez. Se está logrando mayor participación del niño en su medio familiar y ha comenzado a usar las manos.

## Conclusiones

Se considera positivo el uso del Collarate Elástico de Configuración Variable en niños con nivel mental para:

- mejorar su integración al medio familiar
- mejorar su postura
- favorecer el uso de sus manos.

## Planes Futuros

Se continuarán las evaluaciones con mayor cantidad de pacientes.

Los resultados obtenidos serán presentados para Setiembre de 1988 en Buenos Aires en el II Congreso Nacional Argentino de Terapia Ocupacional y I Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional.

## Agradecimientos

El presente desarrollo correspondiente al Área de Bioingeniería (Ingeniería de Rehabilitación), ha sido posible gracias al apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Proyecto de Investigación y Desarrollo PID 3009300).

# Ejercitador Electromecánico Rotativo Pasivo-Activo (ERPA-IMA I) para Rehabilitación de Miembros Superiores e Inferiores de Niños Discapacitados

ING. LAUREANO C. NAVA (CONICET)  
Jefe Area Bioingeniería IMA - CONICET  
Dr Antonio García García  
Especialista en Psiquiatría Infantil. Viedma - R.N.  
Téc. Salvador La Malfa (CONICET)  
Jefe Taller Electrónica IMA - CONICET  
T.O. Cecilia Singnorini de Prieto  
Terapista Ocupacional. Bahía Blanca. Argentina.

INSTITUTO DE MECANICA APLICADA  
(CONICET-SENID)  
8111-BASE NAVAL PUERTO BELGRANO

PUBLICACION IMA 87-28

## Sumario

En la presente publicación preliminar se indican, las principales características de un prototipo de Ejercitador Rotativo Pasivo - Activo desarrollado y construido en el Instituto de Mecánica Aplicada para ser usado en programa de rehabilitación de extremidades inferiores y superiores en niños discapacitados.

Se destaca en especial el sistema electromecánico de rotación pasiva, mediante el cual los miembros inferiores o superiores del paciente son obligados a realizar el movimiento de rotación.

El presente desarrollo es auspiciado por el CONICET (Proyecto de Investigación y Desarrollo PID 3009300 - Ingeniería en Rehabilitación).

Se considera que el presente sistema es esencialmente original, en lo que concierne al sistema de ejercitación pasiva mediante un método electromecánico ya que no ha sido posible hallar antecedente de equipos similares ni en la literatura técnico - científica ni en catálogos o manuales de fabricantes de equipos de rehabilitación de países altamente industrializados.

Contenido	Página
Introducción .....	1
Descripción - Sistemas .....	2
Funcionamiento .....	5
Características .....	6
Análisis Funcional .....	7
Resultados de las Primeras Evaluaciones .....	9
Conclusiones .....	10
Planes .....	10
Agradecimientos .....	11
Informe de Terapia Ocupacional .....	12
Fig. 1 Ejercitador Rotativo-Vista lateral .....	13
Fig. 2 Ejercitador Rotativo-Vista frontal.....	14
Fig. 3 Ejercitador Rotativo-En posición de transporte .....	15
Fig. 4 Ejercitador Rotativo en funcionamiento .....	16

## Introducción

El Ejercitador Electromecánico Rotativo Pasivo Activo para rehabilitación de miembros superiores y cintura escapular, y de miembros inferiores y cintura pélvica, posibilita los movimientos flexores y extensores de una gran cantidad de músculos.

El presente ejercitador facilita la tarea de los terapeutas ocupacionales y kinesiólogos, quienes por métodos manuales tardarían mucho mayor tiempo en movilizar la misma cantidad de músculos que moviliza el ejercitador.

Por otra parte se ha observado, en las pruebas preliminares realizadas, que el equipo en cuestión resulta atractivo para los pacientes y los motiva positivamente\*.

Se espera que el ejercitador rotativo pasivo activo sea un elemento importante como factor neurofisiológico de compensación de funciones, ayudando a evitar atrofiás por falta de función en pacientes con secuelas de lesión cerebral, mielomeningocele, artritis reumatoidea, hemiparesias, miopatías, parálisis obstétrica, lesiones de la médula espinal, lesiones traumáticas periféricas y quemaduras.

\* Este hecho es especialmente importante en niños.

## Descripción

El ejercitador rotativo que se muestra en la Fig. 1 está compuesto por los siguientes sistemas:

### 1— Sistema de Rotación Pasiva

Consta de un motor de C.C. 12 V y de un embrague a disco ubicados en la carcasa del ejercitador y de un transformador 220/12 V y un puente rectificador localizados en la base del ejercitador. Además comprende la palanquita de inversión de marcha, situada en la base del ejercitador, la de selección de velocidades, en el tablero y la perilla de accionamiento del embrague a la izquierda del tablero.

### 2— Sistema de Rotación Activa

Está constituido por un mecanismo de resistencia regulada por fricción\*, consistente en un cilindro de aluminio sobre el cual actúan dos zapatas en arco deformable, de teflón grafitado. Este freno especialmente diseñado para éste ejercitador permite un amplio rango de regulación y se encuentra ubicado dentro de las carcasas. La perilla de accionamiento del freno se encuentra a la derecha del tablero.

\* Freno, desde el punto de vista de ingeniería mecánica.

### 3— Sistema de Seguridad

Este sistema de seguridad, para el paciente lo constituye fundamentalmente el embrague, que al ser llevado en cada caso a la posición mínima de la escala, capaz de arrastrar a los miembros del paciente, deja de transmitir la rotación ante cualquier perturbación. Además la base del ejercitador está construida íntegramente con material aislante.

### 4— Sistema de Protección

El sistema de protección para el ejercitador, está formado básicamente por un microswitch situado debajo del tablero, que impide que el motor gire al ser activado, estando el freno fuera del cero de la escala. En estas condiciones la luz roja del tablero estará encendida y solo se apagará cuando el freno sea llevado a la posición cero.

### 5— Sistema de Sujeción

El sistema de sujeción del paciente para el caso de ejercitación de miembros superiores que se puede observar en la Fig. 4 está formado por el apoyo pectoral, orientable y desplazable, con su correspondiente cinturón y el dispositivo de sujeción de manos. La sujeción de manos se logró forrando con junta tipo abrojo o velcro las empuñaduras y las zonas palmares de los guantes. El sistema de sujeción de miembros inferiores no está indicado, y consiste en fijar sobre los pedales una sandalia de plástico donde entra el pie calzado del paciente.

### 6— Sistema de Fijación

El sistema de fijación del ejercitador, a una mesa, para el caso de ejercitación de miembros superiores, lo constituye una prensa ubicada en la base del ejercitador como se aprecia en la Fig. 1. Para el caso de ejercitación de miembros inferiores el sistema de fijación del ejercitador a una silla, no está indicado y consiste en un conjunto de barras y dos prensas, ubicadas en el mismo alojamiento del apoyo pectoral.

### 7— Sistema de Transporte

Se puede apreciar en la Fig. 3, consiste en un par de rueditas situadas en la parte inferior del ejercitador y de una barra telescópica con empuñadura, localizada en la parte superior.

## FUNCIONAMIENTO

### Consideraciones generales:

- a— Las ubicaciones de las perillas de accionamiento del embrague y del freno son análogas a las de los pedales de un automóvil, es decir, embrague en la izquierda y freno en la derecha.
- b— La rotación en sentido horario de las perillas de accionamiento de embrague y de freno significa incremento de arrastre de los miembros del paciente o de su resistencia a la rotación, respectivamente.
- c— Al iniciar cualquier tipo de ejercitación los indicadores de escala de embrague y freno deberán estar en la posición de cero común.
- d— Las escalas de embrague (0-5) y de freno (0-3) no indican magnitudes, sólo posiciones relativas.

### ROTACION PASIVA (ver el tablero en la Fig. 2)

- 1) Posición inicial de los indicadores de escala:  
Embrague en 0 - Freno en 0.
- 2) Se conecta el sistema eléctrico.
- 3) Se ubica y sujeta al paciente.
- 4) Se coloca la palanquita de selección de velocidades en posición mínima.
- 5) Se va girando la perilla de embrague en sentido horario hasta que los pedales comiencen a arrastrar los miembros del paciente.

- 6) Se puede pasar a la posición de velocidad máxima en los casos que se juzgue conveniente.

### ROTACION ACTIVA (ver el tablero en la Fig. 2).

- 1) Posición inicial de los indicadores de escala, embrague en 0 Freno en 0.
- 2) Se desconecta el sistema eléctrico.
- 3) Se ubica y sujeta al paciente.
- 4) Se gira la perilla de freno en sentido horario hasta obtener la resistencia a la rotación deseada.

### CARACTERISTICAS

— Velocidad Mínima (rpm) .....	12
— Velocidad Máxima (rpm) .....	35
— Variación Radial de Pedales (cm) .....	13-14,5-16-17,5-19-20,5
— Altura (cm) .....	50
— Ancho (cm) .....	44
— Largo (cm) .....	36
— Peso Aproximado (Kg) .....	16

### ANALISIS FUNCIONAL

del ejercitador rotativo pasivo - activo (ERPA-IMA I)

#### — ROTACION PASIVA

En rotación pasiva, se movilizan los músculos flexo - extensores.

#### — ROTACION ACTIVA

##### 1— Paciente en posición de sentado frente al ERPA

Mantienen la posición erecta de cabeza y columna los músculos extensores, 21 músculos.

Al realizar la flexo - extensión del hombro y codo actúan 9 músculos de la escápula, 15 del hombro, 12 del codo, 8 de la mano para mantenerla en forma activa (pasivamente por medio del guante esos músculos no actúan) y 8 del tórax y respiración en total 52 músculos, 71% del total. Estabilizan muñeca, que no actúa, 7 músculos flexores.

**NOTA:** Se pueden tomar las manivelas en supinación, buscando otro efecto. A medida que subimos el plano de apoyo del ERPA o accionamos el freno, aumentamos la resistencia, la fuerza que se necesita es mayor y trabajan todos los músculos accesorios de los distintos movimientos.

##### 2— Paciente en posición de parado frente al ERPA

Trabajan los mismos músculos que en I, pero se suman todos los extensores de columna, 29, más los flexores de cadera, para estabilizar la pelvis.

##### 3— Paciente en posición de acostado en forma paralela al ERPA

a) Con codo extendido: trabajan todos los músculos de escápula y hombro del codo en sinergia estabilizando en extensión, lo mismo la muñeca, la mano igual que en I, depende si es activa o no.

b) Con codo flexionado y mano en la manivela perpendicular al paciente: Se puede accionar hacia adelante y hacia atrás. Trabajan los músculos de la escápula, hombro, codo y mano activamente (de la mano los flexores), la muñeca estabiliza en posición anatómica.

##### 4— Paciente en posición de sentado en forma paralela al ERPA

a) Con codo extendido, trabajan los mismos músculos que en 3a, más los estabilizadores de cabeza y columna.

b) Con codo flexionado y mano en la manivela perpendicular al paciente: trabajan los mismos músculos que en 3b, más los estabilizadores de cabeza y columna.

##### 5— Paciente en posición de sentado en forma perpendicular al ERPA

Trabajan los músculos de escápula, hombro activamente y mano: (los flexores), estabilizan los músculos de codo, muñeca, cabeza y columna.

**NOTA:** en todos los casos al aumentar la resistencia los músculos trabajan con más potencia y entran en acción todos los accesorios de cada patrón de movimiento.

En el caso de los miembros inferiores se realizará el mismo análisis.

### Resultados de las Primeras Evaluaciones

Estas primeras evaluaciones fueron hechas en rotación pasiva buscando elongación de la extensión de codo coordinada en sinergia con las articulaciones del miembro superior, previo a actividades voluntarias y específicas de Terapia Ocupacional, en dos niñas con hemiparesia, secuela de lesión cerebral congénitas, una niña de 5 años de edad con hemiparesia derecha y otra niña de 8 años de edad con hemiparesia derecha y otra niña de 8 años con hemiparesia izquierda.

El Ejercitador Rotativo fue utilizado también por un niño de 9 años de edad, que padece una secuela de traumatismo de cráneo de 3 años de evolución.

## CONCLUSIONES

- Especialmente en el niño de 9 años de edad, cuya principal característica es la incoordinación, se observó una marcada motivación con el ejercitador por el hecho de poder manejarlo solo y por la velocidad.
- Se considera positivo el uso del ejercitador en rotación pasiva como complemento del tratamiento específico de niños con alteraciones de la motricidad.

## PLANES

- Actualmente se sigue con las evaluaciones en rotación activa.
- Restan efectuar en el futuro evaluaciones análogas a las ya realizadas, pero en miembros inferiores.
- Se prevé incorporar al sistema desarrollado ciertos subsistemas que generen sentimientos de entretenimiento, alegría, etc. en el niño, y además ciertos accesorios que posibiliten realizar movimientos de circunducción para extremidades superiores. También se piensa incluir un cuentavuelvas electrónico con "display" de dígitos de tamaño grande, convenientemente ubicado como para que resulte un elemento de motivación para el niño.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la valiosa colaboración y directivas dadas por el Sr. Director del Instituto de Mecánica Aplicada, Dr. Patricio A.A. Laura durante el desarrollo del presente proyecto.

Además agradecen a los técnicos del IMA Sres. Ricardo Gil y Víctor Hugo Palluzzi la colaboración prestada en la construcción de elementos del ejercitador.

El presente desarrollo correspondiente al Área de Bioingeniería ha sido posible gracias al apoyo del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Proyecto de Investigación y Desarrollo 3009300).

## INFORME DE TERAPIA OCUPACIONAL

El aparato fue probado buscando elongación de la extensión de codo coordinada en sinergia con las articulaciones del miembro superior, previo a actividades voluntarias y específicas de Terapia Ocupacional; en dos niñas con hemiparesia, secuela de lesión cerebral congénita: Melania Apolinaire: hemiparesia izquierda, 8 años y Noelia Hernández, hemiparesia derecha, 5 años.

Fue utilizado también por el niño Mauro César Schettini, 9 años, quien padece una secuela de traumatismo de cráneo de tres años de evolución. En este caso el niño se motiva por el hecho de poder manejarlo solo y por la velocidad, ya que su principal característica es la incoordinación.

Se considera positivo su uso como complemento del tratamiento específico de niños con alteraciones de la motricidad.

Cecilia Signorini de Prieto  
Terapeuta Ocupacional  
Mat. Prov. 229.962

# Terapia Ocupacional y Sordera

51  
11/10

Entendemos por sordera a la incapacidad de comprender el habla sólo mediante la audición; ahora bien, explicar que un niño sordo es como los otros excepto que no puede oír, es simplificar demasiado su problemática y parcializar el enfoque, ya que es una incapacidad importante y afecta, en diferente medida, las distintas áreas del desarrollo infantil.

Científicamente se determina el porcentaje de disminución auditiva, edad en que sobrevino la misma y alteraciones asociadas para determinar el grado de severidad del caso y de ahí su pronóstico.

Ahora bien, pasemos al quehacer de la Terapia Ocupacional en el mundo del sordo: Terapia Ocupacional es una disciplina destinada a la recuperación funcional, integración o reintegración a la sociedad, de individuos con afecciones psicofísicas, sensoriales y/o socioambientales, que utiliza como medios, para lograr los fines terapéuticos, actividades científicamente aplicadas en un determinado contexto.

El objetivo cardinal en el manejo de un niño con impedimento auditivo es la **BUSQUEDA Y CONSERVACION DE TODA COMUNICACION POSIBLE**. La meta principal es la **SOCIALIZACION**, pues con ella puede preservarse el crecimiento óptimo de la personalidad. Esto implica la necesidad de la oralización del niño sordo, siempre y cuando se entienda que esto solo es una función del desarrollo global del niño.

De ahí que el tratamiento en Terapia Ocupacional se inicia en edad temprana, en algunos casos con la detección precoz, partiendo de una evaluación diagnóstica y en base a ella se fijan los objetivos del tratamiento que pasaremos a enumerar:

- Establecer canales de comunicación satisfactorios:
  - estimular comprensión
  - estimular oralización
- Estimular pautas psicomotrices y psicosociales acordes a su desarrollo evolutivo:
  - **Area motriz:** control postural, equilibrio dinámico y estático, coordinación dinámica general y manual.  
Función respiratoria.
  - **Area sensorceptiva:** percepción visual, táctil, gustativa, olfativa, rítmica, vibratoria, témporo-espacial.  
Internalización de su esquema corporal.  
Afianzamiento de la lateralidad.
  - **Area psicológica:** procesos psicológicos: atención, memoria, concentración, juicio, razonamiento.  
Afirmación de capacidades.  
Aceptación de discapacidad o limitaciones.
  - **Area social:** hábitos adecuados e independencia en actividades de la vida diaria; alimentación, vestido e higiene.  
Integración al grupo primario.  
Integración a grupos secundarios.
- Orientar vocacionalmente en la formación y ubicación profesional.  
Cada uno de los objetivos enunciados anteriormente se cumplen a través de actividades terapéuticas estrictamente analizadas, que permiten determinados niveles de comunicación, en distintos ámbitos de la integración social así por ejemplo: en una actividad de natación podemos estimular la comunicación corporal niño-terapeuta, control de inspiración-espирación, soplo, independencia en vestido, colaborar con el grupo de pares fomentando la participación solidaridad, asunción de roles, etc.
- estimulando hábitos de higiene, vestido y alimentación, favorecemos la independencia personal del niño, comunicación madre-hijo, afirmación de sus capacidades, aumento de autoestima.
- estimulando la actividad esencial en todo niño, favorecemos su atención concentración, la simbolización que da luego lugar a la oralización, integración al grupo de pares, concientización del esquema corporal, etc.
- estimulando la integración con normoafectivos favorecemos identificación con la normalidad, concientización de capacidades y discapacidades, su integración social, detección de intereses, aptitudes, necesarios para una posterior orientación laboral.
- cumplimentando su formación laboral en lugares de la comunidad, con el aprendizaje de un oficio y la conducta laboral que éste requiere en situación de aprendiz o en escuelas medias para su posterior ubicación laboral.

En nuestro país la rehabilitación del sordo tiene como objetivo prioritario la oralización, condición que por sí sola, comprobamos, no integra al individuo a su medio familiar y social. Por ello, creemos, que la condición básica de la rehabilitación del sordo debe pasar por su INTEGRACION FAMILIAR Y SOCIAL, lo más tempranamente posible para posteriormente cumplimentar una integración socio-laboral.

Por último, vemos que el tratamiento de Terapia Ocupacional no está contemplado en esta discapacidad, al menos desde la edad temprana y niñez; ya que la mayoría de los casos llegan para cumplimentar la última parte del tratamiento, -orientación, formación y ubicación laboral-, que se ve sumamente restringida debido a la falta de estimulación de los objetivos anteriores.

Por ello proponemos que la Terapia Ocupacional forme parte del equipo transdisciplinario para el abordaje del niño sordo remarcando:

“...la no integración socio-laboral del discapacitado auditivo, es producto de la no integración del niño sordo, es decir, un niño aislado genera un adulto aislado...”

## BIBLIOGRAFIA

ATRIAGUERRA, REGO. LOPEZ-ZEA. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray Masson, 3ª Edición, 1976.

- ALPINER, AMON, GIBSON, SHEEHY. "Háblame". Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. 1980.
- GESELL AMATRUDA. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño.  
Edición actualizada por H. Knoblock y Pasamanick. Editorial Paidós. Barcelona. Buenos Aires. 1981.
- KOTTKEF, STILLWELL, LEHMANN, KRUSEN. Medicina Física y Rehabilitación. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1985.
- LOWE-ARMIN. Estimulación Temprana del bebé sordo. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1982.
- MASPETIOL, SOULL, GUILLEMAUT, y otros. La educación del niño sordo. Publicación Médica Panamericana. Buenos Aires. 1981
- MORGON, AIRMARD, DAUDET. Educación Precóz del Niño Sordo. Editorial Toray Masson.
- PERELLO, TORTOSA. Sordomudez. Tercera Edición. Editorial Científico Médica. Barcelona. 1978.
- SCHMID-GIOVANNINI. "Habla Conmigo". Editorial Kapelusz. S.A. Buenos Aires. 1980.
- SURIA M. Guía para padres de niños sordos. Editorial Herder. Barcelona 1982.

María Cristina Grill  
Terapeuta Ocupacional  
M.N. N° 268  
M.P. N° 45

Mónica B. Pissarro  
Terapeuta Ocupacional  
M.P. N° 250

# Inclusión del Tiempo Libre en los Tratamientos de Terapia Ocupacional

T.O. Lucila Moreno

El marco teórico con el que trabajo en entrenamiento y orientación en el uso del tiempo libre es el modelo de ocupación humana. El modelo de ocupación humana ha sido desarrollado por el T.O. G. Kielhofner (1) y colaboradores desde fines de los años 70 en los Estados Unidos, y se deriva de aplicar a T.O. conceptos de la Teoría General de los Sistemas.

Según el modelo de ocupación humana, el campo de estudio del T.O. es el rol ocupacional, que está compuesto por 3 subsistemas: cuidados personales, trabajo y tiempo libre. Así, las unidades de estudio parciales como amplitud articular, fuerza muscular, ansiedad, reflejos, mecanismos de defensa, y otros que habitualmente se usaban en T.O., ahora se organizan en función de lograr un desempeño y equilibrio adecuado entre cuidados personales, trabajo y tiempo libre. (2)

Si repasamos el desarrollo del rol ocupacional desde la niñez hasta la vejez, vemos como actividades de tiempo libre y trabajo están íntimamente relacionadas a lo largo de las distintas etapas vitales.

El rol ocupacional comienza en la niñez con cuidados personales y el juego (3). El juego infantil, motivado por la curiosidad, le permite al niño adquirir gran cantidad de información sobre los objetos y las personas, y a través del juego el niño va desarrollando habilidades e intereses, al mismo tiempo que ensaya roles ocupacionales adultos a través del juego.

En la adolescencia se suman al repertorio la participación en deportes, estudios, coros, arte y artesanías, trabajos de tiempo reducido, y actividades de promoción social entre otros. La elección ocupacional se da en 3 etapas: fantasía, tentativo y realista. El periodo de fantasía tiene lugar durante la latencia, el individuo elige ocupaciones por el placer momentáneo que involucran. En el periodo tentativo las elecciones se hacen en función de factores subjetivos más estables: intereses, valores y conciencia de capacidades personales. En el periodo realista, de la adultez joven la elección tiene en cuenta los deseos personales y las limitaciones y oportunidades del ambiente. (4)

La adultez está organizada alrededor de los roles de procreación y/o producción. A través del trabajo la persona obtiene la mayor cantidad de satisfacciones personales, y le permite al adulto emplear y aumentar sus habilidades e intereses. En este periodo, las actividades de tiempo libre recrean y regeneran la energía necesaria para trabajar. La exploración a través de actividades de tiempo libre sirve para generar cambios en el adulto. La satisfacción laboral está ligada a la habilidad de equilibrar trabajo y actividades de tiempo libre. (5)

El adulto se prepara para la vejez desarrollando intereses y destrezas que podrá usar cuando se jubile para mantener la participación social a través de hobbies y voluntariados.

Entonces, como clínicos nuestro interés principal consiste en evaluar el desempeño y equilibrio en cuidados personales, trabajo y tiempo libre.

De estas 3 categorías que configuran el rol ocupacional de una persona, tiempo libre ha sido de la que menos nos hemos ocupado habitualmente. En general se le ha dado mayor jerarquía a la actividad laboral, considerando que el tiempo libre había que "ocuparlo" para divertirse, sin conceder a estas actividades mayor importancia. La experiencia mostró que el tiempo libre en vez de "ocuparse" puede "aprovecharse" para promover el crecimiento personal. Las actividades de tiempo libre incluyen todas aquellas que se realizan libremente, sin obligación: actividades sociales como salir con amigos, actividades de voluntariado, actividades del grupo religioso, actividad política o de promoción social; actividades que promueven capacidades e intereses como cursos, participación en arte y artesanías, deportes, actividades al aire libre, deportes, la lectura y la reflexión entre otras.

En un nivel preventivo, la inclusión en actividades de tiempo libre permite a la persona conocerse a sí misma, interactuar con grupo de pares, desarrollar intereses y habilidades.

En rehabilitación, la participación en actividades de tiempo libre utiliza destrezas que han sido entrenadas en la terapia, como manejo del dinero, del transporte público, organización temporal, socialización, reconocimiento de recursos personales y de la comunidad, capacidad de comunicarse e interactuar, desarrollo de actividades específicas y capacidad organizativa. Por otro lado muchos discapacitados las únicas actividades que pueden realizar son actividades de tiempo libre en tanto no se puede concretar la reinserción laboral.

Algunos aspectos a tener en cuenta en el entrenamiento en el uso del tiempo libre son los siguientes:

- 1) **Conciencia del tiempo libre:** tomar conciencia del tiempo libre implica por un lado discriminar cual es el tiempo ocupado por obligaciones y cual es tiempo libre; entender la importancia de un equilibrio entre trabajo y tiempo libre; y fijar objetivos para el tiempo libre en función de los propios valores e intereses.
- 2) **Conciencia de sí mismo:** si consideramos que el tiempo libre nos da la oportunidad de crecer, desarrollar intereses y habilidades, es importante poder identificar y clarificar los intereses, las capacidades, expectativas y objetivos de tiempo libre para tomar decisiones acordes y provechosas.
- 3) **Toma de decisiones:** una de las características que definen el tiempo libre es que es un tiempo desestructurado, que nos permite y nos obliga a tomar decisiones. Muchas personas se enfrentan a una gran dificultad al no tener rutinas que los organicen.
- 4) **Interacción social:** la falta de capacidad para interactuar con otras personas, manejar situaciones sociales o mantener amistades se considera un punto débil en la habilidad de usar el tiempo libre. Las personas con dificultades físicas, psíquicas o sociales muchas veces consideran que la falta de amigos con quienes realizar las actividades es una barrera en el logro de actividades de tiempo libre. (6)

Mi experiencia respecto a las orientación y entrenamiento en el uso del tiempo libre la desarrollé en los consultorios de Adolescencia del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Estos consultorios atienden consulta externa, y están compuestos



por un equipo interdisciplinario de clínicos, psicólogos, asistentes social, psicopedagogos, psiquiatras y T.O.. Las consultas que llegan de una población entre 10 y 20 años abarca la amplia gama de salud, consultas para control del crecimiento, hasta enfermedades psiquiátricas como psicosis infantil, debilidad mental, o trastornos sociales como adicciones o callejeo.

Aparece muchas veces en la consulta la preocupación de los padres respecto al uso del tiempo de sus hijos púberes y adolescentes, y dada la importancia que tiene en esta etapa el contacto con pares, la progresiva independencia de la familia, y la participación en actividades en las que el adolescente desarrolla y practica habilidades para elegir el rol ocupacional futuro, teniendo en cuenta la respuesta del medio que lo ayuda a reconocer sus capacidades y a formarse valores y objetivos de vida; implementamos un programa de trabajo que orienta la participación del adolescente en actividades de tiempo libre.

Mis intervenciones respecto al tiempo libre son de 3 tipos:

- 1) Evaluación a través de entrevistas familiares e individuales de la participación en actividades de tiempo libre. Comienzo la evaluación con "el pastel de la vida" que consiste en un círculo dividido en 24 porciones correspondientes a las 24 hs. del día, en el que debe colorearse con azul las horas dedicadas al sueño, con rojo las de estudio (o trabajo en el caso de los adultos), con amarillo las dedicadas a A.V.D. y con verde las de tiempo libre. La mancha de color es claramente demostrativa del equilibrio entre estas actividades para el adolescente y para el T.O. (7)  
La evaluación verbal incluye la historia de participación en actividades de tiempo libre, qué ha dejado de hacer y por qué, qué le gustaría realizar, cuales son las dificultades para concretar esas actividades, y el relato de alguna situación en la que se haya divertido, y como festeja la familia fechas como cumpleaños, Navidad. (8)  
En función de la evaluación las recomendaciones terapéuticas son: continuar con entrevistas de orientación, la derivación a talleres de plástica o teatro dentro del hospital o la derivación a los grupos de orientación en el uso del tiempo libre.
- 2) Organización de talleres de plástica y teatro. Estos talleres están coordinados por voluntarios. A estos talleres son derivados chicos que por sus características de personalidad no pueden acercarse a clubes u otras organizaciones, y los consideramos un paso intermedio hacia la socialización en un clima de contención hospitalario. Los talleres no funcionan como grupo terapéutico aunque la actividad es terapéutica en si misma ya que promueve la socialización, contención, evita el callejeo, y permite el desarrollo de intereses y habilidades. El T.O. funciona como nexo y coordinador entre el equipo de adolescencia y los talleristas adecuando las necesidades y objetivos de unos y otros, y manteniendo al equipo informado acerca de la participación de los chicos en los talleres.
- 3) Coordinación junto a la Asistente Social de los grupos de orientación en el uso del tiempo libre. Estos grupos son cortos, de 8 reuniones con una secuencia de una vez por semana 1 hs. y media de duración. Cada encuentro está previamente planificado por nosotras y tiene un objetivo específico. Teniendo en cuenta los 4 aspectos del entrenamiento en el tiempo libre que antes mencioné, utilizamos distintas técnicas en los grupos, desde juegos y salidas, interrogatorio sobre historia de la participación en actividades de tiempo libre y debate sobre la posible inclusión en diferentes actividades. Tanto el interrogatorio como el debate funcionan como organizadores, ayudando a discriminar y analizar las opciones y a tomar decisiones compatibles con la realidad del adolescente. Utilizamos teatralizaciones sobre los trámites que hay que hacer para ingresar a un club, como acercarse a gente que no conocen, qué decir, qué preguntar, qué programa pueden hacer con un amigo, sugerimos programas de menos a más comprometidos en el caso de chicos con problemas de relación, por ej. ir al cine para llegar gradualmente a actividades en las cuales el compromiso interpersonal es mayor. Los hacemos averiguar sobre clubes, actividad parroquial, cursos, etc. cerca de la casa y les informamos de todas las actividades gratis que organiza la Municipalidad; y finalmente el grupo organiza una salida teniendo en cuenta que transporte nos lleva, cuánto dinero se necesita, qué se puede hacer en ese lugar, cómo ir vestido, etc. Terminamos los grupos con las conclusiones y despedida. (9)

Conclusión: en este momento en que los planes de salud hacen tanto hincapié en la prevención primaria, que la Municipalidad de Bs. As. organiza actividades alternativas en salud, deportes para todos, y actividades para la prevención de adicciones, los T.O. deberíamos desarrollar una teoría y una técnica sobre la orientación y entrenamiento en la participación en actividades de tiempo libre ya que es un área que nos corresponde, y si dejamos este espacio vacío, será desarrollado por otros profesionales. (10, 11)

Quiero comentar que desde que empecé a trabajar con tiempo libre, la derivación a T.O. en los consultorios de adolescencia aumentó un 37%.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kielhofner, G. A Model of Human Occupation. Part I. Conceptual Framework and Content. A.J.O.T. Sep. 1980 Vol. 34 N° 9.
2. Kielhofner, G. General Systems Theory: Implications for Theory and Action in O.T. A.J.O.T. Vol. 32 N. 10 Nov. 1978
3. Rogers Joan, Eleanor Clarke Slagle Lectureship. 1983 Clinical Reasoning, The Ethics, Science and Art. A.J.O.T. Vol 37 N° 9.
4. Kielhofner, G. A Model of Human Occupation. Part II. Ontogenesis from the Perspective of Temporal Adaptation. A.J.O.T. Vol. 34 N. 10 Oc. 1980.  
Kielhofner, G. A Model of Human Occupation. Part III. Benign and Vicious Cycles. A.J.O.T. Nov. 1980 Vol. 34 N° 11.
5. Kielhofner, G. A Model Of Human Occupation. Part IV. Assessment and Intervention. A.J.O.T. Dec. 1980 Vol 34 N° 12.
6. Beck-Ford, Veda. Leisure Training and Rehabilitation. Illinois U.S.A. 1984.
7. The Occupational Behavior Model - A Summarized Overview - O.T. Clinics. University Hospitals Of Cleveland. Ohio U.S.A.

8. Florey, L. Occupational Role History: A Screening Tool for Psychiatric Occupational Therapy. A.J.O.T. May 1982 Vol. 36 N° 5.
9. Leavitt Karen J. An Independant Living Skills Curriculum. Services for Independant Living. Cleveland, Ohio, Dec. 1984.
10. Moreno, I. Verano en Familia. Revista Uno Mismo.
11. Nechaesky Mónica. Implementación de la Utilización del T.L. en la Adolescencia en un Centro Hospitalario. Arch. Arg. Pediatría 1986, 84, 370-373.

# Educación por el Arte, una Tentativa de Abordaje

105

T.O. Cristina Nirino  
T.O. Hemilse Saint Paul  
Coord. Alicia Giotto

## MODALIDAD EN LA PRESENTACION DEL TRABAJO

- 1) Lectura del trabajo
  - a) Introducción: Alicia Giotto
  - b) Presentación 1º caso: T.O. Cristina Nirino
  - c) " 2º caso: T.O.H. Saint Paul
- 2) Discusión del trabajo con el auditorio.

## INTRODUCCION

A través de Educación por el Arte, se nos planteó la necesidad y la alternativa de la composición o construcción de un hecho o realidad nueva.

En la Gestalt se plantea al sujeto, el problema de completar el lado que le falta a una construcción geométrica. Por ejemplo:

Le queda al sujeto experiencial, la alternativa de crear ese concepto.

Lo que implica estructurar un todo, comprensible globalmente; útil para actuar por asociación, en la resolución de otras realidades.

Hemos recorrido como grupo, la reelaboración de nuevas conductas, para el logro de nuestros fines.

Hemos logrado obtener resultados concretos, útiles a nuestra vida.

Lo creativo, nos plantea y muestra una lectura de la realidad para vincularnos con otros, desde el hacer concreto.

El arte desestructura y estructura nuevas construcciones. Nos propone un quehacer siempre. Nos propone un quehacer original acorde con nuestra identidad, dándonos una cantidad de placer apreciable. Es útil a nuestro trabajo la utilización del juego, ya sea a través de la plástica, la palabra, el sonido, o el trabajo expresivo corporal.

Reordenamos nuestro código expresivo, convirtiéndolo en una manera de operar con otros.

A través de ese trabajo de elaboración, vencemos y reelaboramos nuestras dificultades y logramos motivación para nuestra propia tarea dentro del círculo donde actuamos.

Por eso hemos integrado un grupo de estudio para profundizar nuestro conocimiento, para aumentar nuestro caudal operativo. Trabajamos reunidos la resolución de distintos casos referidos a cada una de nuestras actividades.

El grupo está constituido por dos terapeutas ocupacionales, una pispopedagoga un estudiante de psicología y la coordinadora, profesional en arte.

Con este trabajo intentamos mostrar una forma de operar desde la creatividad.

No desde un planteo individual, sino grupal.

Desde el abordaje y en la conceptualización, comprendiendo que cada problema humano es un problema de relación con otras personas, con las que está interactuando.

Hemos desde al experimentación y la fundamentación de nuestras hipótesis, desarrollado un trabajo de conjunto, del que vamos a mostrarles lo obtenido como resultado.

Siempre aplicando técnicas desde la creatividad.

Le damos mucha importancia al valor epistemológico de los hechos producidos.

El juego y la experimentación con elementos expresivos nos hizo redefinir y resignificar muchas realidades que trajimos a nuestra tarea grupal.

Esta experiencia nos ha enriquecido enormemente para enfrentarnos a nuestras actividades actuales. Más perceptivos, más operantes en nuestro quehacer.

Coordinadora: Alicia N. Giotto

## CASO Nº 1

### PRESENTACION

#### • Objetivos Generales

Presentar un caso y la modalidad de abordaje desde Terapia Ocupacional.

#### • Supuestos teóricos

Comprobar la eficacia de Terapia Ocupacional como modalidad de abordaje terapéutico.

Derivan de esto, dos aspectos, que considero de gran valor operativo terapéutico.

#### 1. La posibilidad en la etapa de observación de:

- Conocer el simbolismo inconciente, proyectado en el material elegido, la actividad y el objeto terminado, de las conflictivas del paciente.
- Conocer el tipo de conducta utilizada para manejarse en el mundo real (objetos - vínculos):
  - Divalente: generadora de ansiedades.
  - Ambivalente: canalizando y estructurando la ansiedad.

#### 2. Luego de la etapa de observación, el tratamiento estará destinado a producir cambios en el manejo concreto de estas conflictivas proyectadas, de esta construcción subjetiva y parcial de la realidad, dando connotaciones precisas sobre la posibilidad de modificar estas estructuras aprendidas.

### INFORME (Datos relevantes)

Se trata de una adolescente, de 19 años, Johanna, que ingresa a un centro privado de investigaciones y salud (que funciona como comunidad terapéutica).

Su médico tratante transcribe en la historia clínica los siguientes síntomas:

Trastornos de conducta, consumo de drogas, excitación psicomotriz, promiscuidad sexual hasta una posible perversión (homosexualidad?), delirio sistematizado, ánimo inestable, ambivalencia afectiva, falta de valores, rasgos psicopáticos.

Establece un diagnóstico presuntivo de síndrome Esquizofrénico y personalidad Borderline.

### HISTORIA FAMILIAR

- Padre: ex-alcohólico. Nacionalidad: Suizo. Vive.
- Madre: esquizofrénica, por psicosis puerperal, luego del nacimiento de su primer hijo. Siete u ocho internaciones. Fallece en 1985 en una clínica psiquiátrica en Río de Janeiro. Nacionalidad: Uruguaya.
- Alexander: 22 años, hermano de Johanna, drogadicto, homosexual, sin tratamiento en la actualidad.

### HISTORIA PERSONAL

Johanna es abandonada por su madre a los 3 años. Vive con sus abuelos en Suiza, luego alternativamente con su madre, con su padre o sus abuelos en Suiza, Uruguay y Argentina.

Comienza la conflictiva de Johanna hace tres años (coincidente con el fallecimiento de su madre).

En ese momento, vivía con su padre y su segunda esposa y los dos hijos de ese matrimonio.

Permanece sin tratamiento durante un año y medio. Luego inicia una psicoterapia psicoanalítica hasta agosto de 1987, época en que realiza un brote psicótico.

Comienza a ser atendida por un médico psiquiatra, en forma domiciliaria. Queda solo una secuela delirante. Es trasladada a una clínica en Entre Ríos, donde inicia un tratamiento de desintoxicación. Es expulsada de la misma, porque su hermano y un amigo le llevaban marihuana.

Luego es internada en una clínica psiquiátrica, en la Cap. Fed., donde comienza cierta mejoría, pero el ambiente promiscuo de la institución le es muy contraproducente. Presenta abandono en su higiene personal. Se decide entonces, el traslado al Centro de Investigaciones y Salud.

### TRATAMIENTO: Momentos

Observación y vínculo: esta etapa está referida a las conductas, emociones y capacidades que expresa Johanna, en el salón de Terapia Ocupacional y fuera de él, y los estímulos ofrecidos para favorecer el vínculo y el tratamiento:

#### Conductas y emociones

- Sueño prolongado y desgano

- Tristeza - bronca

Rigidez

Confusión

Desprotección

Capacidad creativa

Buen Nivel Intelectual

#### Estímulos

- Ir a despertarla.
- Tomar mate con ella.
- Ir a caminar.
- Presentación de distintos materiales, contacto con los mismos.
- Libre elección del material y el objeto a realizar.

En esta primera etapa, le doy primordial importancia a la posibilidad de expresión de sus necesidades. Johanna elige el cuero como material, con el que comienza a realizar objetos pequeños; pulseras, servilleteros, corazones, finalizando con la realización de dos bolsos: uno para ella y otro para regalar. Comienza entonces a dar, a permitirse el vínculo con el otro. Ya no está sola, inmersa en su conflictiva. Deja entonces la actividad más estructurada, más pautada, para elegir la arcilla. El primer objeto que realiza es un cenicero con la técnica del modelado.

Esto no requiere pautas de adaptación estricta hacia el material. Puede hacer y deshacer hasta lograr lo que necesita.

Durante este periodo, Johanna comienza a ser visitada por su padre y la esposa del mismo.

Se proyectan entrevistas desde psicología, junto con el médico tratante, con la intención de conocer la red vincular entre los miembros de esta nueva familia, y las perspectivas que se le ofrecen a Johanna luego del alta: vivir con ellos o en un departamento aparte con una acompañante terapéutica.

Paralelamente a esto se observa un cambio en Johanna: comienza a estar agresiva, ansiosa (se observa claramente durante las comidas), aumentan nuevamente sus horas de sueño.

Desde Terapia Ocupacional se plantea trabajar esta temática que le preocupa. Ella acepta.

Verbalizo que el objetivo estará orientado a ayudarla a encontrar soluciones, a responderse preguntas:

1ª sesión:

Consignas:

- a) Dibujar a su familia, cuando vivía su mamá.
  - b) Dibujar a su familia, cuando su madre no vivía.
- Escribir con 1 ó 2 palabras lo que siente frente a cada dibujo.

Respuestas: a) Soledad.

b) Tristeza. Búsqueda de apoyo.

c) Dibujo de una figura protectora.

d) Dibujo de como se ve ahora.

e) Dibujo de como quiere verse.

Escribir con pocas palabras, que expresa cada dibujo para ella.

c)

d) Indiferencia, agresión, culpa.

e) Se ve inteligente, hipersensible, con ganas de estar en la casa, estudiar, hacer gimnasia y dejar de fumar.

Comienza a verbalizar su preocupación por las entrevistas con su padre y su necesidad de saber si él la quiere. Comienza a llorar, cada vez con mayor intensidad. Le doy un trozo de arcilla, comienza a hundir los dedos en él, lo rompe, lo golpea sobre la mesa. Luego de un lapso, deja de llorar, se la ve más tranquila, le propongo que construya algo con ese trozo de arcilla.

Realiza una canoa, la observa; se sorprende.

Le pregunto de quién es, si lleva a alguien.

Dice que es de ella, realiza una muñequita, con formas redondeadas, la coloca adentro de la canoa. La observa y le coloca pelo largo. Verbaliza que la ve rígida y triste, mientras yo le coloco un muñequito, y lo siento enfrente de su muñeca. Johanna se sorprende, se sonríe. Verbaliza que le parece muy simpático. Le hace un sombrero y se lo coloca. Mira su muñequita, verbaliza que la ve muy gorda y le saca un poco de arcilla, dándole una forma más estilizada. Entonces dice que así le gusta más, más delgada.

Leo esta sucesión de momentos: Johanna construye una canoa, su nuevo lugar para este viaje de encuentro con ella misma. Descubre al otro, existe un mundo real diferente, esto le da alegría. Necesita, darle, entonces al otro. Necesita completar esa imagen. La coloca un sombrero, la protección. Este otro la modifica, la devuelve una imagen, mejora su muñeca.

Finalizo la sesión, introduciendo pautas en relación a su trabajo:

• La arcilla es un material frágil, al que hay que cuidar para que no se rompa. Elección de un lugar, donde la pieza esté protegida.

• Propuesta de terminación: lijar, pintar y barnizar su trabajo:

Durante la segunda sesión Johanna fija la canoa, y decide pintarla. Elige varios colores, contrastantes y la pinta a rayas. Leo esto como una falta de noción sobre cómo manejar esta nueva realidad. Le propongo entonces que elija un solo color, que exprese lo que ella siente realmente frente a su creación.

Elige el color blanco, para la canoa, el verde para el muñeco y el rosa para la muñeca. Los pinta. Observa el trabajo. Se la ve sonriente, relajada.

A partir de este momento, hasta su alta, se continúan trabajando nuevas pautas de conducta, de elección de lo que ella desea, manteniendo como referente su nueva realidad, que ella construye.

Se habla sobre los pasos a seguir para concretar sus proyectos: qué va a estudiar, dónde, cuánto tiempo le va a dedicar.

• Cómo va a decorar su departamento. Se trabajan los miedos que surgen, si siente miedo a la noche, que puede hacer, etc. En la actualidad Johanna vive en su departamento, con una acompañante terapéutica.

Estudia diseño y decoración.

Está adquiriendo paulatinamente conductas adultas en las distintas áreas de su vida.

Continúa con el tratamiento con su médico psiquiatra, sale con su madrastra, van a yoga juntas.

No ha vuelto a drogarse.

T.O. Cristina Nirino

## CASO Nº 2

### PRESENTACION

Nombre de la paciente: Eva  
Edad de la paciente: 14 años

### GRUPO FAMILIAR

Hna.	<u>Padre</u>	Hno.	EVA	Hna.	<u>Madre</u>	Hno.
	Mayores				Menores	
	Retardo mental				Retardo Mental	
	Leve				Leve	

Familia de bajos recursos económicos.

### HISTORIA PERSONAL

Según el relato de la madre:

- parto: normal
- 1ª infancia: normal

Fue normal hasta los 4 años. Cuando nace su hermana comienza a tomar mamadera, y con enuresis y ecopreis. Intenta asfixiar a su hermana recién nacida.

A los 7 años la internan en el Tobar García (un año de internación y un año de tratamiento ambulatorio), porque llevaba un cuchillo en el portafolio, y amenazaba a sus compañeros de escuela.

De los 9 a los 11 años la internan en la Clínica San Justo, luego concurre 3 meses al Hospital de día (1985) en la Clínica Claude Bernard.

Desde 1985 hasta noviembre de 1987 concurre al Hospital de día de la Clínica Maraón.

Eva llega derivada a la Institución por un cuadro de excitación psicomotriz, sin diagnóstico preciso.

- Los diagnósticos presuntivos eran:
- psicosis infantil.
  - trastornos de conducta grave.

### TRATAMIENTOS

#### 1º Momento: Observación y establecimiento del vínculo.

Se observa en Eva gran actividad, sin conciencia de límites: atropella todo, se lleva objetos y personas por delante.

Sin límites emocionales: oscila entre la agresividad y la afectuosidad pegajosa.

Su agresividad se vuelca hacia los demás y hacia ella misma: muerde, pega, rompe vidrios con las manos, pateo puertas y se golpea contra ellas.

No acepta límites, se fuga.

Cuando comienzo a trabajar con Eva, observo gran capacidad para experimentar. Trabaja con distintos materiales y juegos, y en todos se observa creatividad para implementar nuevas conductas y resolver problemas.

Es muy exigente en cuanto a su rendimiento.

En un primer momento la experimentación se da, tanto con los materiales como con la terapeuta ocupacional (me manipulaba como parte de ella: toca mi ropa, mi pelo, mis cosas).

Se hace difícil poner límites, yo le explico en cada ocasión que tiene permiso de experimentar siempre que no se lastime ni lastime a otros; y que me cuente que sentía y que le parecía.

En este período logra establecer un vínculo con límites claros. Le explico: yo soy yo, ella es ella; ella elige sus conductas y yo las mías.

#### 2º Momento:

Comienzo a trabajar:

- Cambiar el sentido de las conductas.
- Revalorizar la confianza básica en sí misma y la posibilidad de lograr cambios.

Trabajamos sobre un cuento: un sapo que se convierte en princesa porque lo elige.

Eva internaliza rápidamente esto. Me comunica que ha decidido ser princesa. Yo le digo, que para mí ella es una princesa inteligente, ingeniosa, afectuosa.

Trabajamos con el tema de ser sano (actitudes, gestos, etc.) dramatizando; y de ser princesa. Por ejemplo ella elige no lastimarse, aprender a leer y escribir, adelgazar. Así como analizamos y explicitamos sus actitudes, ella lo hace con las mías, como por ejemplo, fumar.

Esto lo trabajamos, no como bueno - malo, sino como la elección de la valorización de ella misma.

A partir de aquí Eva comienza a expresarse de manera diferente:

- mejora su aspecto personal, se baña, se peina.
- elige hacer objetos para estar más linda (aros, pulseras).

- quiere trabajar con lecto - escritura.
- trabajamos con música y el cuerpo.

### 7º Momento:

- Eva ha dejado la agresividad hacia ella misma (no se golpea, etc.) y en cierta forma con los demás.
- Ha creado un vínculo de tipo paternalista con un enfermero (elige un nuevo modelo de figura parental) que pone límites desde lo afectivo.  
Desde Terapia Ocupacional y desde su terapeuta se refuerza este nuevo vínculo, dándole permiso de paseos con el enfermero y su familia.
- Se comienza a trabajar sobre temas como su sexualidad: sus fantasías acerca de la menarca y las relaciones sexuales.  
Eva me integra como figura permisiva que dá afecto, pero que también le pide que elija, que piense.
- Ante la imposibilidad de que su familia se haga cargo afectivamente de Eva, se busca a través del Servicio Social la posibilidad de trasladarla a una institución con escolaridad y aprendizaje de oficios, o la posibilidad de una familia sustituta.  
Ya que sus diagnósticos presuntivos no se corroboran, tanto desde su médico tratante y Terapia Ocupacional.

T.O. Hemilse Saint Paul

# Terapia Ocupacional en educación especial. Una nueva propuesta

## TEMARIO

1. Introducción
2. Objetivos
3. Areas de contenido
  - 3.1. Aprendizaje temprano
  - 3.2. Gabinete de Terapia Ocupacional
  - 3.3. Terapia Ocupacional grupal: - Orientación Manual  
- Pre-Talleres
4. Conclusiones

## 1. INTRODUCCION

Esta propuesta surge como necesidad de los T.O que trabajan en Educación Especial, en la difícil tarea de hacer conocer la especialidad, incumbencias profesionales y alcances, basado en la preparación Académica Universitaria, de experimentación científica en el área, para que sea estudiada por quienes tienen la responsabilidad de evaluar, organizar, elaborar las currículas y dirigir la conducción del proceso enseñanza-aprendizaje, como así también ampliar las plantas funcionales.

Es de destacar la tarea que desde hace varios años realizan los TERAPISTAS OCUPACIONALES desempeñándose en los cargos de: Estimuladora en aprendizaje temprano; Maestros de Orientación Manual; Maestros de Pre-talleres y en Escuelas de Capacitación Laboral en el Partido de General Pueyrredón y en otros partidos de la Pcia. de Bs. As.

El trabajo se basa en dar a conocer experiencias con niños débiles mentales leves y moderados, con problemas sociales, con trastornos sensoriales, emocionales, con el objetivo de prevenir precozmente disfunciones y/o asistir falencias en el desarrollo, teniendo en cuenta sus limitaciones en el proceso educativo debido a las dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura y poniendo énfasis en la adquisición de movimientos básicos para lograr un desarrollo personal-social que les permita el aprendizaje de un oficio futuro e insertarse a la sociedad, objetivo primordial del proceso de Rehabilitación.

Como señalan las Circulares Técnicas Generales N° 9/84; N° 4/80; N° 14/85 de la Dirección de Educación Especial, se pretende que el trabajo escolar sea unificado, orientado hacia un objetivo común, para lo cual estamos académicamente formadas; a fin de desarrollar en el educando especial, habilidades psicomotoras con una metodología en la selección de actividades desglosadas, seleccionadas y graduadas que surgan de:

- Evaluaciones funcionales
- Psicomotoras
- Sensoperceptivas
- Autovalimiento personal
- Conductas adaptativas sociolaborales
- Capacidades de aprendizaje laboral

Nuestra función específica es colaborar con el equipo transdisciplinario en las prevenciones primaria, secundaria y terciaria en la labor de ADMISIÓN: diagnóstica y pronóstico pre-ocupacional; TRATAMIENTO y UBICACIÓN LABORAL del discapacitado.

Utilizando para ello los siguientes instrumentos:

- Entrevista al alumno
- Entrevista a los padres
- Evaluación para detectar tempranamente disfunciones psicomotoras funcionales y sensoperceptivas asociadas a la discapacidad predominante
- Tratamiento específico individual
- Tratamiento grupal pre-ocupacional - O. Manual
- Registro de conductas - O. Manual
- Orientación laboral - Pre-Talleres
- Aplicación de Muestras de Trabajo - Pre-Talleres y Talleres
- Orientación al equipo escolar
- Orientación al grupo familiar
- Detección de intereses, capacidades, habilidades y destrezas para la orientación pre-ocupacional y laboral, formando los grupos de trabajo en O. Manual y Pre-Talleres.
- Prevención de dificultades psicomotoras, vicios posturales en el desarrollo
- Confección de adaptaciones a herramientas, entrenamiento de las mismas

Teniendo en cuenta las funciones que desarrolla la T. Ocupacional pedimos se contemple la siguiente solicitud:

1. Crear el cargo de T. Ocupacional para el trabajo en Gabinete en Escuelas con Retardo Mental Leves.
2. Que el cargo de Estimulador en Aprendizaje Temprano en las áreas de Irregulares Físicos mentales y sensoriales y de niños de alto riesgo ambiental, sea ocupado por T. Ocupacionales.
3. Los cargos de Maestras de Orientación Manual sea ocupado por T. Ocupacionales en atención grupal.
4. Los cargos de Maestros de Pre-Talleres se cubran prioritariamente con T. Ocupacionales.



5. Unificar el puntaje otorgado al Título para ocupar los cargos antedichos.

## 2. OBJETIVOS

El campo educacional es una de las áreas de aplicación de la Terapia Ocupacional que se ocupa de la atención de lactantes, niños, púberes y adolescentes con diversos trastornos a nivel mental, sensorial motor y/o social.

La sucesión de disciplinas "nuevas", en el campo educativo, entre ellas la T. Ocupacional podría inducir la existencia de una progresión lineal dentro del conocimiento científico, el cual pasaría de una fase pre-científica a una fase científica.

En consecuencia nos hallamos en una situación pluridisciplinaria o "trans" disciplinaria (Piaget, 1972) proveniente de progresos de otras ciencias en el campo de investigación de fenómenos educativos.

Se parte de la premisa de un trabajo en equipo (Circular Técnica Gral. N° 9/84) para enfocar no sólo los problemas intelectuales sino también el déficit del rendimiento motor producidos por la carencia de estimulación en estadios primarios, originados o no en el medio familiar: núcleo primario, produciendo en el niño retraimiento, inseguridad frente a situaciones nuevas, un alejamiento de la realidad por temor a establecer nuevos vínculos afectivos.

Si se considera al movimiento como forma de adaptación al mundo exterior, el objeto de estudio para la T. Ocupacional no es solamente el movimiento en relación con las bases neurofisiológicas, sino el papel del movimiento en la organización psicológica general, según Freud el YO es ante todo un YO corporal.

El desarrollo psicomotor de niños sin trastornos de base orgánica aparente, se caracteriza por la lentitud del proceso adquisitivo o la irregularidad de las formas de comportamiento que permiten convivir modos de conducta que corresponden a edades motrices diferentes.

La terapia ocupacional se basa en los aprendizajes humanos y la implicancia que pueden tener en los diferentes aspectos de la educación o terapia psicomotriz.

La psicomotricidad puede aplicarse con criterio educativo en niños con desarrollo normal y con criterio terapéutico en niños con desarrollo patológico, en estos casos hay patrones de desarrollo diferentes a los "normales". Los niños débiles mentales leves siguen patrones "diferentes"; el conocimiento por parte del terapeuta de los procesos neurofisiológicos y fisiopatológicos se consideran esenciales para la correcta elaboración y aplicación del plan terapéutico psicomotor que incluya un apropiado manejo de los desarrollos postural, motor, conductual y los aprendizajes senso-perceptivos.

El niño percibe, tiene conocimiento de que sus demandas no son atendidas con intensidad dado el elevado número de alumnos existentes por grupo pedagógico y de Orientación Manual, indicando ya el origen de un desequilibrio, el inicio de un círculo de inadaptación entre el niño y su entorno.

Por ello, la principal acción del T. Ocupacional será la de romper este círculo vicioso de desequilibrio con el fin de lograr una labor educativa más provechosa que consiste en programar ejercitaciones psicomotrices acorde a la currícula escolar y lograr independencia en la vida diaria según las demandas del niño.

También ha de influir en el proceso educativo las situaciones del entorno familiar y social, su interacción con el grupo de pares, su desarrollo afectivo, su estado de salud física y mental.

Desde el punto de vista educativo donde se valoran los resultados, el rendimiento, la producción intelectual que evalúan los conocimientos del niño y la rigidez a determinados niveles, el tratamiento de los ítems que apunta la atención en gabinete de T.O. es afianzar los períodos madurativos; tendiendo principalmente a la educación preventiva, cuando ésta resulta insuficiente por la existencia de otros componentes patológicos, se realiza una educación especializada, correctiva o compensatoria.

### PERÍODOS MADURATIVOS

APRENDIZAJE TEMPRANO  
DE 0 A 3

PERÍODO SENSO-PERCEPTIVO-  
MOTOR de 3 y 4/5a. E.M.

PERÍODO PRE-OPERATORIO  
de 4/5 y 7a. de E.M.

PERÍODO OPERACIONES CONCRETAS  
entre 7 y 10 años de E.M.

Para atender a los alumnos en dichos períodos madurativos, los niveles de atención en Terapia Ocupacional se realizaría de la siguiente manera:

#### 1. GABINETE DE TERAPIA OCUPACIONAL

Tipo de atención: INDIVIDUAL

1.1. Aprendizaje Temprano de 0 a 3 años

FUNCIÓN: Evaluación - Planificación del abordaje terapéutico

1.2. Período Senso-perceptivo-motor de 3 y 4/5 años de E.M.

FUNCIÓN: Evaluación - Tratamiento específico

1.3. Período Pre-Operatorio de 4/5 a 7 años de E.M.

**FUNCIÓN:** Evaluación - Tratamiento  
 Ubicación en los grupos de O. Manual  
 Orientación y asesoramiento al Maestro O. Manual

**2. ESTIMULADORA EN APRENDIZAJE TEMPRANO**

Tipo de atención: INDIVIDUAL

**FUNCIÓN:** Estimuladora

**3. MAESTROS ORIENTACIÓN MANUAL - PRE-TALLERES**

Tipo de atención: INDIVIDUAL - GRUPAL

- Período pre-operatorio 4/5 años y 7 a. de E.M. donde los alumnos recibirán simultáneamente tratamiento específico en Gabinete de T.O. a fin de atender disfunciones y formarán parte de los grupos de Orientación Manual los que a nuestro entender tendrían que denominarse TALLER VIVENCIAL.

**4. MAESTROS DE PRE-TALLER**

Tipo de atención: GRUPAL

- Período operaciones concretas entre 7 y 10 años de E.M.

En síntesis, las funciones del Terapeuta Ocupacional en Escuelas de Educación Especial con Retardo Mental Leve, Moderado, como así también todo tipo de caracterización son las siguientes:

NIVEL PRIMARIO	GABINETE DE T.O. -atención individual	EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcional Psicomotor</li> <li>- Perceptivo</li> <li>- Conductual</li> <li>- de Actividades de la Vida Diaria</li> <li>- Pre-ocupacional: para formar los grupos de O. Manual y ubicación en los Pre-talleres</li> </ul>
		TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Específico según discapacidades</li> <li>- Para el desarrollo funcional sensorio-perceptivo-motor</li> <li>- De integración social: trabajando con las familias</li> <li>- Entrenamiento en Actividades de la vida diaria</li> </ul>
	ESTIMULADOR EN APRENDIZAJE TEMPRANO -atenc. individual	ESTIMULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación Preventiva: para evitar desviaciones en el desarrollo motor, cognitivo y afectivo.</li> <li>- Educ. Reeducadora: activación de restos funcionales o potenciales</li> <li>- Educación Correctiva: reemplazar aprend. erróneos por un aprend. que modifique conductas estereot.</li> </ul>
		ORIENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento específico</li> <li>- Charlas para padres</li> </ul>
NIVEL POST-PRIMARIO	PRE-OCUPACIONAL atención grupal	O. MANUAL	La estructura quedaría igual a lo desarrollado hasta el momento. Cambiando el nombre por el de TALLER VIVENCIAL.
		PRE-TALLERES	La estructura quedaría igual a la implementada hasta el momento
		1. ORIENTAC. LABORAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- al alumno</li> <li>- al maestro de Taller</li> <li>- a la familia</li> </ul>
	GABINETE DE T.O. en Escuelas de Formación Profesional	2. EVALUACIÓN	- Aplicación de Muestras de Trabajo: de iniciación, promoción y finalización.
		3. ADAPTACIÓN Y READAPTA.	Ejecución y entrenamiento de adaptaciones y del puesto

CIÓN de trabajo

4. UBICACIÓN SELECTIVA - en trabajo competitivo  
- en trabajo protegido

Proponemos la modificación de la Circular Técnica General N° 9 de Educación Especial de 1985, a fin de integrar las funciones del Terapeuta Ocupacional con sus diferentes niveles de atención.

Qué hace	Cómo lo hace	Con qué lo hace	Qué logra
T	-Estudio exploratorio -Orientación a la familia -Orientación al alumno	-Pruebas psicomotrices -Entrevistas  -Muestras de Trabajo	-Prevenir disfunciones -Diagnóstico de funcionalidad -Pronóstico ocupacional
E	ESTIMULADOR EN APREND. TEMPRANO -Educación preventiva	-Interpretando tendencias de desarrollo	-Prevenir discapacidades en el desarrollo motor, cognitivo y afectivo.
R	Prevenición Primaria	-Técnicas especiales para activar restos funcionales deficientes	-Desarrollar capacidades residuales
A	-Educación correctiva	-Técnicas especiales para reemplazar aprendizajes erróneos por funcionales	-Modificar conductas estereotipadas.
P	-Asesoramiento temprano a flia.	-Reuniones de padres	-Orientar, guiar para lograr buena relación madre-hijo.
I	GABINETE -Evaluación funcional -Evaluación de conductas motrices básicas -Evaluación de capacidades de Aprendizaje Pre-Ocupacional	-Pruebas específicas  -Análisis Ocupacional	-Conocer capacidades y discapacidades  -Conocer aptitudes e intereses del alumno
S	Prevenición Secundaria o Terapéutica -Tratamiento individual -Orientación al: • equipo escolar • maestro O.M. • maestro pre-faller	-Abordaje mediante técnicas específicas  -Asesorar	-Reeduca discapacidades  -Correcto uso y adecuado gesto profesional de herramientas según discapacidad física/mental.
T	GRUPO -O. Manual o TALLER VIVENCIAL -Pre-Talleres	-Registro de conductas -Rotación por talleres	-Desarrollar habilidades y capacidades -Conocer aptitudes e intereses ocupacionales.
A	-Orientación	-Pruebas específicas -Muestras de Trabajo	-Conocer aptitudes e intereses ocupacionales
O	Prevenición -Adaptación y Readaptación	-Herramientas y maquinarias	-Readaptar el puesto de Trabajo a la disca-

N	Terciaria o Laboral	-Ubicación Selectiva	-Análisis Ocupacional	pacidad de alumno. -Trabajo Protegido
A			-Estudio del Puesto de Trabajo	-Trabajo Competitivo
L		-Seguimiento	-Estudio del Mercado Laboral	-Ubicación Laboral

### 3. ÁREAS DE CONTENIDO

#### 3.1. APRENDIZAJE TEMPRANO:

- Contenidos

#### 3.2. GABINETE DE TERAPIA OCUPACIONAL

##### 3.2.1. PERÍODO SENSO-PERCEPTIVO-MOTOR

###### I. Desarrollo de las Funciones Mentales Básicas:

- Contenidos de Trabajo en T.O.

- Evaluación

###### II. Desarrollo del Lenguaje

###### III. Desarrollo Personal - Social:

- Contenidos

- Evaluación

###### IV. Técnicas de Expresión:

- Contenidos

##### 3.2.2. PERÍODO MADURATIVO PRE-OPERATORIO

###### I. Actividades Mentales:

- Contenidos

###### II. Formación Personal - Social

###### III. Actividades de Expresión:

- Propuesta de cambio: TALLER VIVENCIAL

###### I. Fundamentos

###### II. Lugar de Trabajo

###### III. Condiciones del aula-taller

###### IV. Actividad a desarrollar

###### V. Perfil del Educador

###### VI. Número de alumnos

###### VII. Evaluación

##### 3.2.3. PERÍODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS

#### 3.1. APRENDIZAJE TEMPRANO

Tipo de atención: INDIVIDUAL

Caracterización: 0 a 3 años de Edad Cronológica

Función del T.O.: ESTIMULADORA

Entendemos por aprendizajes humanos al logro de la simbolización en la actividad simbólica. Distintos autores reconocen aprendizajes:

**Primarios:** son los que permiten la adaptación y la sobrevivencia, facilitando la continuidad de la especie en el tiempo, todos los animales y los niños pequeños incorporan este aprendizaje.

**Secundarios:** permiten el uso de los conocimientos generacionales, ya que el aprendizaje proviene no sólo del medio ambiente, sino también de las experiencias con muchos otros miembros de la especie.

**Terciarios:** implican el uso de símbolos, esto permite la transmisión y recepción de conocimientos a través de sucesivas generaciones. Sólo los seres humanos poseen este potencial.

**Cuaternarios:** implican la capacidad para pensar en símbolos y fórmulas o crear patrones simbólicos diversos o nuevos.

Para abordar esta problemática, nos ha servido como base el encuadre teórico de autores rusos, que han introducido las nociones de:

a) **Sistema funcional:** reconociéndola como tal, cuando una función se hace evidente sólo por ayuda ambiental humana, por ej. "oir" es una función, "escuchar" un sistema funcional. Para escuchar necesitamos una correcta audición perceptual y muchos materiales sonoros.

b) **Maduración estructural:** se refiere a externalizaciones humanas específicas relacionadas con la adquisición de algunas funciones que son básicas para esos logros, por ej. la capacidad de usar manos y los brazos permitirá dominar operaciones como alcanzar objetos.

La maduración del niño depende no sólo lo que trae consigo al nacer, sino lo que el medio le brinda.

"Cada ser humano está dotado desde su nacimiento de un potencial heredado, el grado hasta el cual este potencial se logra depende del ambiente y de las oportunidades que éste provea" (Hunt, 1961).

Un ambiente enriquecido puede compensar en forma considerable, por el contrario cuando las deficiencias ambientales son excesivas y ocurren a una edad temprana surgen serias dificultades para lograr un máximo potencial.

Para lograr el óptimo desarrollo de la capacidad potencial de cada niño es necesario que se establezca una interrelación dinámica de éste con su medio ambiente en un contexto situacional complejo, variado y oportuno que despierte en el niño cierto grado de interés y actividad desde los primeros momentos de vida (Circ. Dirección Especial 1985, Centros de Estimulación y Aprendiz. Temprano).

El T.O. que trabaja en estimulación, conoce las etapas evolutivas del niño normal y los períodos vulnerables del desarrollo en las diferentes discapacidades, siendo las bases del conocimiento para su abordaje.

El binomio madre-hijo se enfrenta con dificultades para establecer un sistema de comunicación interactiva recíproca. En este sentido el T.O. da directivas educativas a los padres para acrecentar dicho sistema.

Los niños discapacitados, se comunican con su medio por su aparato muscular, táctil, sinestésico, olfativo y visual. Oyen, ven, gustan y huelen, reciben impresiones por medio del tacto y también se mueven. Estas facultades pueden estar más o menos desarrolladas de acuerdo a la maduración y a la receptividad del niño, pero también dependen de las circunstancias y oportunidades que se le ofrecen.

Todas estas discapacidades no interfieren en el crecimiento físico pero sí retarda la adquisición de habilidades físicas, el niño comienza a caminar más tarde que el niño "normal", carecen de motivaciones que lo incitan a moverse; el T.O. debe motivarlos, estimular esquemas de movimientos haciéndoselos conocer.

Estas restricciones de los movimientos produce limitaciones no sólo en el conocimiento del ambiente sino también en el desarrollo intelectual. Sus procesos madurativos son atípicos.

### CONTENIDOS DE TRABAJO EN T.O.

1. Facilitación de actividades reflejas: reflejos arcaicos.
2. Estimulación de los esquemas de acción: succión y búsqueda; mano-boca; prensión; rotación cefálica; apoyo-enderezamiento y marcha, etc.

### 3.2. GABINETE DE TERAPIA OCUPACIONAL

#### 3.2.1. PERÍODO SENSO-PERCEPTIVO-MOTOR

Tipo de atención: INDIVIDUAL

Caracterización: 3 y 4/5 años de Edad Mental

Función del T.O.: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

En este período se encontrarían los alumnos de las Escuelas Especiales con Retardo Mental Moderado -Plan B- y del Plan A. con Retardo Mental leve de Período Básico y algunos de primera etapa.

En el CUADRO I, se pretende abarcar los aspectos y contenidos con los que se trabajaría en Gabinete el T.O., unificado al equipo escolar, cualquiera sea su caracterización, con el objetivo de intervenir en el desarrollo global del niño.

No es nuestra intención que al ejemplificar esquemáticamente, se viera como compartimentos estancos o separados en los cuales la superposición de aspectos a tratar no existen; sino que el objetivo es sugerir una orientación sobre la tarea del T.O. de acuerdo a las características atendidas.

#### I. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES MENTALES BÁSICAS

Los primeros actos motores de carácter exploratorio del niño, como las reacciones motoras o musculares, a través del cual comienza a adquirir información acerca de sí mismo y del mundo que lo rodea, son producto de un largo proceso de desarrollo y aprendizaje.

Consideramos que las bases del progreso escolar son originadas en el desarrollo ordenado psicomotor, cuyas estructuras mentales son indispensables para el desarrollo de las funciones básicas.

Las conductas neuro-motrices: equilibrio estático y dinámico; coordinación dinámica general y manual; tono muscular y fuerza; esquema corporal y orientación témporo-espacial, incluyen la coordinación activa de percepciones propioceptivas, cinestésicas y esteroceptivas.

### CONTENIDOS DEL TRABAJO EN T.O.

1. Desarrollo de las realizaciones motoras iniciales
  - 1.1. Imagen Corporal: del cuerpo, búsqueda de gestos, contracciones musculares

#### CUADRO I

		PERÍODO SENSO-PERCEPTIVO Y MOTOR Aproximadamente de 3 a 4/5 años E.M.				
DESARROLLO DE LAS FUNCIONES MENTALES BÁSICAS		DESARROLLO DEL LENGUAJE		DESARROLLO PERSONAL-SOCIAL	TÉCNICAS DE EXPRESIÓN	
REALIZACIONES MOTORAS INICIALES	DESARROLLO PERCEPTIVO MOTOR	FASE PRE-VERBAL	FASE VERBAL	AUTONOMÍA PERSONAL Y SOCIAL	EXPRESIÓN PLÁSTICA	EXPRESIÓN ORAL Y CORPORAL

- 1.2. Coordinación dinámica general: movimientos globales de brazos, muñecas, manos y dedos; independencia de los miembros; patrones de movimientos coordinados
- 1.3. Control postural o equilibrio:
- mantener el equilibrio
  - coordinación de patrones posturales
  - reconocimiento de segmentos corporales
  - destreza
2. Desarrollo perceptivo - motor:
- 2.1. Esquema Corporal:
- reconocimiento segmentarios en colchonetas
  - identificación en diferentes planos y decúbitos
  - juegos corporales
- 2.2. Lateralidad:
- definición de la preferencia mano-ojo-pie
  - proyección en el espacio
  - movimientos bilaterales simultáneos simétricos y asimétricos en diferentes planos
- 2.3. En el mundo de los objetos
- relación objetal: por descubrimiento por utilización
  - cualidades de los objetos: reconocimiento de las mismas por medio de experiencias-táctiles, gustativas, visuales, olfativas, kinestésicas.
- 2.4. Construcción del espacio
- exploratorio
  - nociones espaciales
- 2.4. Organización de las relaciones en el tiempo
- juegos rítmicos del cuerpo
  - de objetos con intervención de segmentos corporales
  - ordenamiento de historietas.

## EVALUACIÓN

Con el fin de detectar alteraciones o disfunciones y contribuir con el equipo transdisciplinario, la T.O. utiliza las evaluaciones o pruebas de motricidad dinámica y estática de Ozerestski-Guilmain, Gessel y otras para establecer un perfil psicomotor y el grado de atraso madurativo e inferir los trastornos que pueden interferir los aprendizajes en cuanto a la adquisición de conocimientos pre-ocupacionales.

Con el objeto de conocer la habilidad manual y establecer propuestas de acciones a corto y mediano plazo con miras a un aprendizaje laboral y/o formar los grupos de O. Manual y pre-talleres, utiliza las siguientes pruebas:

- Estructuras rítmicas
- Habilidad Manual:
  - Punteado - Prueba de rapidez
  - Recorte - Prueba de precisión
  - Construcción de Torres
- Lateralidad: Zazzo; Gnosias Digitales de Galifret-Granjon, etc.

## II. DESARROLLO DEL LENGUAJE

Si bien la función del lenguaje es privativo del Reeducador Fonético, del maestro; el T.O. contribuye al lenguaje como proceso y medio de regular el comportamiento, como medio de expresión no-verbal, gestual, mímico; a través de actividades que le permitan al educando comunicarse a nivel corporal.

## III. DESARROLLO PERSONAL - SOCIAL

Las actividades de la vida diaria constituyen uno de los puntos básicos de tratamiento en T.O., luego de haberse evaluado al alumno en cuanto a posibilidades de logros o dificultades; para lo cual se lo entrena y ejercita utilizando métodos y técnicas de enseñanza específicas, tendientes a la capacitación de habilidades para lograr un aprovechamiento racional que surgan de las necesidades humanas.

La función del T.O. estaría dirigida a orientar a la familia para que conozcan las posibilidades alcanzadas por el alumno evitando así ayuda innecesaria o sobreprotección.

## CONTENIDOS

1. Ayuda a sí mismo
2. Autonomía en su ambiente

1. En cuanto a dichas actividades el objetivo es conseguir habilidades que les permitan valerse independientemente en vestido, higiene personal y alimentación.

Es de destacar que sería más rápida la adquisición de estos hábitos si recibieran una atención individual en Gabinete. Este tipo de adiestramiento puede ser planificado desde el gabinete y orientado a la familia en la que se...

## EVALUACIÓN

Ficha de A.V.D. (Actividades de la Vida Diaria) ya utilizada en Educación Especial.  
P.A.C. fórmula 1

## IV. TÉCNICAS DE EXPRESIÓN

En este sentido en el Gabinete se trataría de un programa bipersonal para que el niño afiance sus capacidades y posibilidades de expresarse libremente para que luego lo pueda hacer en forma grupal, ya que la expresión es la característica esencial del ser humano.

Tiene la expresión, gran importancia en el orden pedagógico, ya que contiene una doble vertiente: la de la propia forma de comunicación que nos permite proyectarnos y darnos a los demás, y la que nos capacita para percibir el mundo exterior, fuente inagotable de experiencias enriquecedoras.

En estas técnicas de expresión, nuestro objetivo ha de ser despertar las aptitudes que todo niño tiene, aún con deficiencia, impulsarlo a expresarse y favorecer la construcción de sus imágenes; hacerle apto para el diálogo, el intercambio y la comunicación con los demás.

El niño deficiente, con problemas asociados a su retardo mental, la mayoría de las veces, el lenguaje hablado u oral, le hace sentirse retraído frente a este tipo de comunicación, otras técnicas como el dibujo, gestos, mímica, dramatización, etc. realizadas en un ambiente de libertad y expansión, le harán ser mucho más sincero, espontáneo y expresivo.

## CONTENIDOS

1. Expresión plástica:
  - dibujo y pintura
  - recorte y plegado etc.
2. Expresión oral y corporal:
  - juegos dramáticos
  - juegos de imaginación, imitación, etc.

### 3.2.2. PERÍODO MADURATIVO PRE-OPERATORIO

Tipo de atención: INDIVIDUAL - GRUPAL

Caracterización: 4/5 a 7 años de Edad Mental

Función del T.O.: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Las estructuras cognoscitivas, íntimamente unidas al desarrollo de la afectividad y de la socialización van progresando.

Sería un error grave limitar la educación de los niños con R. Mental leve, a un nivel de acciones intuitivas, por pensar que tienen escasa capacidad de pensamiento abstracto.

A medida que se desarrolla la imitación y representación, el niño puede realizar los llamados actos "simbólicos". Es capaz de integrar un objeto cualquiera en su esquema de acción como sustituto de otro objeto. La implicación social del niño, va en aumento e impulsará el desarrollo de sus procesos intelectuales.

En este caso la T.O. atenderá en Gabinete y O. Manual o Taller Vivencial simultáneamente, sirviendo de apoyo para aquellos niños que habiendo superado la 1ª Etapa aún no han superado ciertas pautas madurativas del período sensorio-perceptivo.

## I. ACTIVIDADES MENTALES

La T.O. atenderá específicamente los casos problemas en Gabinete, poniendo a disposición del alumno todos los recursos técnicos y humanos para la superación de su problemática. Como así también hará las evaluaciones correspondientes para la organización de los grupos de O. Manual o Taller Vivencial, agrupándolos por falencias en función diagnóstico individual y grupal.

Considerando que en los grupos de O. Manual no pueden ser tratados en forma individual y menos aun en los grupos pedagógicos debido a que en la realidad son muy numerosos.

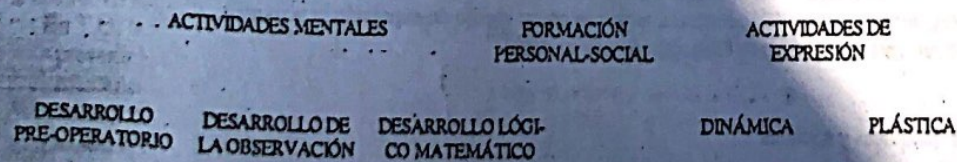
Esto son los alumnos que comúnmente llamamos "problemas", son repitentes y con edades cronológicas avanzadas, que no han superado las pautas básicas para ser promovidos a pre-talleres.

## CONTENIDOS

### 1. Desarrollo pre-operatorio

#### 1.1. Revisión de desarrollo de las funciones mentales básicas: Psicomotoras y sensorio-perceptivas

PERÍODO PRE-OPERATORIO  
Aproxim. 4/5 a 7 años de E.M.



- 1.2. Desarrollo pre-operatorio:
  - Reproducción de estructuras de formas
  - Transcripción de estructuras espacio-temporales

## 2. Desarrollo lógico matemático: clasificación, apareamiento y diferenciación.

Estas ejercitaciones se realizarían en los diferentes planos del espacio, vertical, horizontal y oblicuos utilizando desarrollo de movimientos amplios con distintos materiales, por ejemplo en hojas de diario en el suelo, en atriles oblicuos; pintando libremente con los dedos, sellando diferentes técnicas para ejercitar patrones integrados de movimientos, coordinación, presión y precisión, etc.

Las mismas apuntarán a desarrollar el nivel de formas superiores del comportamiento a raíz del aprendizaje motor del cual derivan, considerando la "función postural" como patrón básico del que provienen todos los demás, como el segundo patrón donde situaríamos "la capacidad perceptiva".

En este período observarían las semejanzas y diferencias, utilizando elementos de fácil manipulación: como clavijas sobre tableros para construir formas, manipulación de naipes, clasificación, actividades con movimientos asimétricos y simétricos, concéntricos y divergentes para lograr la percepción en el espacio del propio cuerpo y los patrones en diferente dirección; relaciones espaciales con objetos, relaciones temporales; seriaciones.

## II. FORMACIÓN PERSONAL-SOCIAL

En la personalidad humana, como unidad orgánica y funcional, todo influye en todo y todo necesita de todo; dada la implicación de las fases que integran la conducta del ser humano, interdependientes entre sí, la disfunción o perturbación de una de ellas se deja sentir en todo el conjunto.

Los contenidos que incluyen la madurez personal y la capacidad de relación social, serían tratados o abordados desde el grupo de O. Manual o Taller Vivencial.

## III. ACTIVIDADES DE EXPRESIÓN

Dentro de las actividades expresivas incluimos las Dinámicas y las Plásticas, para las cuales se sugiere la siguiente propuesta en TALLERES VIVENCIALES.

## FUNDAMENTO DEL CAMBIO DE DENOMINACIÓN DE ORIENTACIÓN MANUAL POR EL DE TALLER VIVENCIAL

El nombre de TALLER proviene del francés: atelier o sea lugar donde se hace un trabajo manual; VIVENCIAL significa vivencias, entendida como hecho de experiencia que se incorpora a la personalidad del sujeto, que se vive o experimenta en la conciencia o en el físico como hecho actual.

Integrando ambos conceptos, nuestro entender en el área pre-ocupacional significaría:

**TALLER VIVENCIAL:** lugar donde los educandos vivenciarían trabajos manuales, incorporando las vivencias a la personalidad del sujeto con el fin de lograr habilidades y desarrollar capacidades psicofuncionales y seonsoperceptivas derivadas de las familias ocupacionales.

Pedagógicamente sería el modo de abordar el conocimiento a partir de la realización de tareas concretas que permitirían su vivencia, produciendo una actitud de búsqueda y de confrontación con la realidad en la que actúa el educando.

Esto se basa en la idea de una pedagogía terapéutica o reeducadora donde el T.O. adecuará las actividades de acuerdo a la edad, discapacidades del alumno y del grupo.

Ofrece así al educador un caudal de investigación y libre creatividad en el desarrollo de su trabajo dentro del marco de una Educación Vivenciada.

La labor del T.O. o del Maestro de O. Manual (si ya lo hubiera) estaría integrado a los núcleos pedagógicos donde hay una serie de elementos vivenciales que responderían a este planeamiento, donde la tarea específica se desarrollaría como apoyo pedagógico al maestro, respondiendo por su simplicidad a la motivación iniciada desde la etapa pedagógica a la que pertenece, utilizando así todos los recursos de aprendizaje que el educando especial necesita desarrollar, cualquiera sea su discapacidad.

El término de TALLER VIVENCIAL se basa fundamentalmente en el concepto de Pedagogía Vivenciada que nace de la acción vivida, compartida e integrada entre educador-educando, teniendo como medio de expresión la actividad.

En T.O. la actividad es el instrumento o el elemento esencial que utiliza para:

- prevenir la discapacidad
- mantener la salud
- valorar disfunciones físicas, psíquicas y sociales
- adiestrar para su aprendizaje



La actividad puede ser abordada por el T.O. desde varios puntos de vista:

1. Como medio de expresión: a través de materiales y herramientas que utiliza y de la que el educando pone de sí para realizarla, expresando momentos vitales de su experiencia personal y de la incidencia de ellos en su vida actual; es decir que expresa lo inconsciente al volcar lo que siente frente al objeto realizado.

El producto realizado por el alumno, es la suma de su vida psíquica, signos, símbolos e imágenes que han penetrado en el subconsciente, a partir de esa realización el educando comienza a sentir una situación de placer, dejando de lado lo estético.

La expresión de lo que siente el alumno frente a una determinada actividad debe conocerla el maestro del Taller Vivencial o T.O., ya que creatividad, espontaneidad, abstracción, impulsos no controlados es el medio por el cual se comunica con él, a partir del cual T.O.-alumno construyen nuevas expresiones, nuevas vivencias y experiencias.

2. Como medio de comunicación: según Cirigliano y Villaverde "comunicación" es participar algo en común, significando ello no la acción mecánica o externa de realizar una tarea conjuntamente con otros, sino el percibir el mismo grado de conmoción interna emocional que el otro (con-sentir).

Fidler y Fidler ubican a la actividad en una línea de interacción, de comunicación y ubican a la actividad en el centro entre T.O. y educando, donde el alumno y actividad EMITEN Y RECIBEN permanentes mensajes.

T.O. \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD \_\_\_\_\_ EDUCANDO

Entienden a la actividad como CÓDIGO DE DEMANDAS y oportunidades propias, modificada por las variables; estas variables dependen de:

1. las necesidades
2. capacidades individuales potenciales, entendiéndose por capacidad la potencia actuante física y psíquica.

Al hablar de variables nos referimos a los materiales y herramientas que utilizamos en las diferentes actividades, de acuerdo a las posibilidades de cada alumno, para lo cual empleamos el Análisis Ocupacional a fin de conocer, en qué momento se aplican.

3. Como medio terapéutico: abordando la actividad como objeto de análisis por considerarla un elemento específico de nuestra identidad profesional dentro de lo que se denomina proceso terapéutico.

Cuando se hace referencia a una actividad analizada, seleccionada y graduada, se está respetando los esquemas psicomotores funcionales y los aspectos diagnósticos psicofísicos.

Los aspectos que se tienen en cuenta en la organización motriz son:

- a) el desarrollo del eje corporal: céfalo-caudal y próximo-distal.
- b) el desarrollo de la prensión o sea en el comportamiento manual el logro de precisión, rapidez y fuerza muscular, coordinación bimanual producto de un proceso de aprendizaje en etapas de maduración neuromuscular.

4. Como medio de aprendizaje: los métodos de instrucción utilizados en T.O. son: Descripción y Demostración. Se debe explicar qué es lo que debe hacer y por qué debe hacerlo, pero para que los resultados obtenidos sean satisfactorios debe demostrarse cómo debe hacerlo; combinando así ambos métodos en sus cuatro fases fundamentales: 1) la preparación del alumno o motivación; 2) la presentación de la actividad; 3) la realización del ensayo y 4) la práctica.

## IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER VIVENCIAL

### I. FUNDAMENTOS

El grupo trabajaría a modo de centros de interés, con UNIDADES DE TRABAJO donde el principio rector es que se debe dar Educación Normal tanto como sea posible y Educación Especial tanto como sea necesario.

Nunca debe olvidarse que también para el niño discapacitado prevalece las prerrogativas de su condición de niño, el derecho a la actividad y a su ocupación personal, sin ser molestado sin finalidad, así como también el derecho a negarse a la tarea planificada cuando no está motivado para efectuarla.

El mobiliario queda en un plano secundario. El elemento principal de este sistema de trabajo es el NIÑO, es "su cuerpo en relación", es la vivencia profunda de una serie de situaciones educativas.

Lo que se pretende es proporcionar al niño material y posibilidad de relación con él.

Se convertirá también en ocasiones, en emisor y receptor de componentes emocionales, será, en una palabra, un vehículo a través del que le sea posible al niño, la superación progresiva de los distintos niveles evolutivos.

### II. PROPUESTA DEL LUGAR DE TRABAJO Y RECURSOS

AULA  
TALLER

1

2

5

4

3

1. Elementos de trabajo con madera:
  - trozos de maderas diferentes tamaños, formas y espesores.
  - varillas o molduras
  - figuras de madera
  - tablero de herramientas simples a la vista
2. Elementos de trabajo papeles - pintura
  - papeles afiche diferentes colores
  - papel glacé, diarios y revistas
  - pajitas, corchos y palillos
  - pinceles diferentes tamaños
  - témperas, pinturas sintéticas
  - cajas diferentes tamaños
  - tijeras, lápices, reglas, etc.
3. Elementos de trabajo modelado
  - diferentes pastas, masas y plastilinas
  - tierra, arena y agua
  - espátulas y otras herramientas para imprimir
4. Elementos de trabajo terapéuticos -lúdicos
  - elementos de jardinería: vasos de plástico y herramientas simples
  - cubos diferentes tamaños
  - juegos de encajes y ensarte
  - seriaciones
  - cuentas para enhebrado diferentes tamaños y colores
  - telares de marco y lanas-hilos-fibras
5. Mesa de trabajo grupal

### III. CONDICIONES DEL AULA-TALLER

- Dejar un espacio libre de muebles
- Crear un ambiente de interés -MOTIVACIÓN- hacia la elección del proyecto
- Proponer alternativas para la elección del material
- Permitir explorar los materiales, manipulación de los mismos
- Formar grupos de discusión para la organización del proyecto

### IV. ACTIVIDAD A DESARROLLAR

Si la UNIDAD PEDAGÓGICA en la que se trabaja es:

- EL BARRIO
- LA ESCUELA
- LA COMUNIDAD

Se le propone al alumno:

1. Elegir el proyecto
2. Discutir su realización
3. Trabajar con todos los materiales posibles.

### EJEMPLO:

- Con las cajas optar por forrarlas, pintarlas; construir casas, edificios públicos, etc.; adornarlos con detalles de puertas y ventanas, banderas; construir autos, camiones con ruedas de corchos.
- Con maderas construir camiones, árboles, trenes, vías, barreras, etc. los que luego pueden o no pintar.
- Con las masas y plastilinas modelar calles, puentes, hacer muñecos, animales, etc.

Si la UNIDAD PEDAGÓGICA a trabajar es:

- LA GRANJA
- EL CAMPO
- Con las cajas hacer carros, galpones, bebederos, tanques, etc. forradas y/o pintadas, con accesorios a elección del alumno.
- Con las maderas construir vehículos, tranqueras, alambrados, puentes, etc.
- Hacer plantitas en vasitos, o colocar a las ramas diferentes adornos de elementos naturales como hojas secas; hacer flores de papel, etc.
- Con masa construir las verduras y todo tipo de frutos que puedan observar de una experiencia concreta.

### V. PERFIL DEL EDUCADOR

- Generar un clima de confianza y amistad tendiente a producir situaciones de comunicación, estimulando la participación de los alumnos.
- Coordinar la tarea pero siendo copartícipes del proceso.

- Identificar el potencial del aprendizaje, enseñando las técnicas correctas para el uso de materiales y herramientas.
- Orientar y asesorar en los casos que crea conveniente o si es solicitado por el niño.
- Evaluar sistemática y permanentemente los procesos, los resultados, mediante la observación y corrección de errores.

## VI. NÚMERO DE ALUMNOS POR GRUPO

En los grupos numerosos la participación no es plena. El número ideal es de 8 a 10 alumnos por grupo pudiendo los mismos ser agrupados por falencias o dificultades (Cir. Tec. 14/84).

En las escuelas donde la Maestra de O. Manual no sea una T.O., la T.O. del Gabinete tendría la función de formar los grupos y la de orientar al M.O. Manual para tratar a niños con dificultades específicas o problemas de conducta.

En cuanto a deficiencias específicas en caso de lesionados físicos, la función de la T.O. será la de confeccionar algún tipo de adaptación a las herramientas, para que con su asesoramiento al M.O.M. el alumno pueda realizar las actividades, controlando el uso correcto.

## VII. EVALUACIÓN

El sistema de evaluación se hará en base a conductas logradas.

### 3.2.3. PERÍODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS

Tipo de atención: INDIVIDUAL-GRUPAL

Caracterización: 7 a 10 años de E.M.

Función del T.O.: EVALUACIÓN - ORIENTACIÓN - ADAPTACIÓN/READAPTACIÓN - UBICACIÓN SELECTIVA

Los educandos que corresponderían a este período madurativo son los que en las Escuelas Especiales, realizan tareas en Pre-Taller última etapa, los que están próximos a egresar; y los que pertenecen a las Escuelas de Capacitación. De más está ampliar los conceptos correctamente vertidos en todas las circulares de Educ. Especial.

### 3.3. TERAPIA OCUPACIONAL GRUPAL - PERÍODO OPERACIONES CONCRETAS

3.3.1. Tipo de atención: GRUPAL

Caracterización: 7 a 10 años de Edad Mental

Función de la T.O.: TRATAMIENTO GRUPAL

Dentro de este período madurativo, un gran número de educandos forman parte de los grupos de O. Manual o TALLER VIVENCIAL, cuyo objetivo es desarrollar habilidades y destrezas para incluirlos según sus capacidades, en un grupo de pre-taller.

3.3.2. Tipo de atención: GRUPAL

Caracterización: 7 a 10 años de E.M.

Función del T.O.: ORIENTADORA

Dentro de este período madurativo, también encontramos alumnos que pertenecen a los grupos de pre-taller, por consiguiente la rotación por los mismos, como así también el aprendizaje del manejo de materiales y herramientas, corresponden al descubrimiento por parte de los alumnos, de sus intereses y capacidades para el desarrollo de un oficio, a lo que denominamos función orientadora.

De más está ampliar los conceptos respecto a pre-talleres, pues en las Circ. de Educ. Especial se encuentran correctamente vertidos.

## 4. CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto, consideramos que los contenidos utilizados:

- como ESTIMULADOR en Aprendizaje Temprano
- como Maestros de ORIENTACIÓN MANUAL
- como Maestros de PRE-TALLERES

son privativos del Terapeuta Ocupacional y teniendo en cuenta que las evaluaciones administradas por los maestros que se desempeñan en dichos cargos, son las utilizadas Académicamente como material en los contenidos programáticos desde hace más de 16 años, como así también nuestras INCUMBENCIAS PROFESIONALES, con el espíritu de avalar esta propuesta, distinguimos los Programas vigentes en el Plan de Estudio de la Licenciatura en T.O.

trabajar en Gabinete de T.O. con los niños con Retardo Mental

Para Estimulador en Aprendizaje Temprano, fundamentamos la propuesta en las experiencias realizadas por T.O. en este Distrito:

- Escuela N° 504 para Ciegos y Disminuidos Visuales
- La Casa del Niño. Servicio Agregado para niños de alto riesgo ambiental.

#### SOLICITUD

1. CREAR el cargo de TERAPISTA OCUPACIONAL en Esc. Especiales con Retardo Mental Leve, para trabajo de Gabinete.
2. El cargo de ESTIMULADOR en Aprendizaje Temprano en el área de Irregulares Mentales, Discapacitados Físicos y de niños de alto riesgo ambiental sea ocupado por T. Ocupacionales.
3. Los cargos de M. ORIENTACIÓN MANUAL (a partir de la aprobación de la presente propuesta) sean ocupados por T. Ocupacionales prioritariamente, en atención grupal.
4. Los cargos de M. de PRE-TALLERES se cubran con T. Ocupacionales.
5. UNIFICAR LOS PUNTAJES OTORGADOS AL TÍTULO DE TERAPISTA OCUPACIONAL, para cubrir los cargos en Educación Especial.

T.O. MÓNICA TELLECHEA  
Secretaría Académica  
Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento

T.O. NIDIA BEATRIZ MARTIJENA  
Directora  
Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento

# Una Experiencia Nueva - Una Experiencia Necesaria Perspectiva Interdisciplinaria en Admisión

Trabajo realizado por:

Abelenda Judith (Terapista Ocupacional)  
Hernandez Ana (Terapista ocupacional)  
Otarola Silvia (Trabajadora social)  
Seijo Patricia (Trabajadora social)  
Smoler Miriam (Terapista ocupacional)

Trabajo presentado como monografía ante la Dirección Nacional de Salud Mental.

Presentado en Ateneo Intrahospitalario Hospital Nacional Carolina Tobar García.

Presentado en Ateneo interno Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

## INTRODUCCION

En el mes de Junio de 1987, algunos profesionales de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental fuimos incorporados al grupo de residentes del Hospital Nacional "Carolina Tobar García", donde se nos planteó la posibilidad, entre otras actividades, de constituir equipos interdisciplinarios de admisión, coordinados por médicos de cuarto año. Estos equipos estuvieron integrados por Asistentes Sociales, Terapistas Ocupacionales, Psicólogos, Enfermeras y Médicos. Se formaron tres equipos a cargo de las doctoras Adriana Stolkartz, María Dolores Daminato y Marcela Gregorini, quienes nos acompañaron en la tarea hasta fines de 1987.

La instructoría estuvo a cargo de la Dra. Viviana Waishlat.

Todos estos profesionales tenían experiencia en la institución, y fueron realizando el pasaje de información hacia nosotros que recién ingresábamos. También se fue compartiendo el rol de coordinación, el cual fue repartiéndose entre todos los miembros: La información circuló en ambas direcciones, ya que los médicos y psicólogos tuvieron posibilidad de conocer los aportes de otras profesiones tradicionalmente no incluidas en esta actividad, e integrarlas en una tarea común.

La supervisión de este trabajo fue realizada por la Licenciada Mirta Perel.

A partir de marzo de 1988 la tarea se reinició bajo la coordinación de la Dra. Viviana Waishlat, con la supervisión del Dr. Alfredo Grande.

El trabajo que se desarrolla a continuación es producto de la reflexión sobre la tarea llevada a cabo, en un intento de responder a las siguientes preguntas.

- Qué es una admisión
- Perfil del admisor
- Quiénes intervienen
- Por qué Interdisciplinario
- Vínculo Admisor-paciente
- Momentos de la Admisión
- Por qué se deriva
- En relación con la derivación:
- Qué siente el Admisor
- Qué conoce de las instituciones
- Relación del equipo admisor y los servicios internos y externos a la institución.
- Por qué y qué se supervisa en una supervisión de admisión.

Tradicionalmente la admisión al Servicio de Psicopatología en un Hospital Nacional, Municipal, Privado, es realizado por médicos y psicólogos no conociéndose el aporte que puedan brindar otras profesiones.

También nosotros nos preguntamos al ser convocados para esta tarea qué podía hacer un terapeuta ocupacional en una entrevista verbal de admisión, sin los materiales y herramientas que caracterizan el encuadre. La respuesta la encontramos en nuestra formación: modo específico de comprender el funcionamiento del individuo, como éste utiliza e implementa sus recursos y capacidades. Entendimos que la identidad del terapeuta ocupacional va más allá de los materiales y herramientas palpables, concretas, ya que la forma del pensamiento la orientación de la mirada y la escucha constituyen una "herramienta interna" de trabajo que ponemos en práctica en todo momento. De este modo pudimos incursionar en nuevos lugares sin temor al desdibujamiento de nuestro rol.

En términos generales, nuestros aportes fueron valorados en los diferentes momentos de la admisión:

1. Entrevista
2. Discusión posterior

1— Entrevista de admisión: participamos desde una comprensión de terapia ocupacional, teniendo en cuenta el funcionamiento y organización del grupo familiar consultante como así también las actividades cotidianas del niño por quien se consulta. Con respecto al grupo familiar nos interesaba conocer el ámbito sociocultural en que movían, sus costumbres religión, organización y distribución de la vivienda, aspectos relacionados con lo laboral y la escolaridad, uso del tiempo libre, relación

con grupos extrafamiliares, etc. No era sólo verbalmente que obteníamos datos de las familias, sino que jugando con los niños relacionándonos con ellos en otros niveles podíamos observar las diferencias entre nuestra visión y lo aportado por los padres.

2— Discusión posterior: es en este momento cuando aparecen las distintas visiones de los profesionales que componen el equipo interdisciplinario de acuerdo a la formación de cada uno, haciendo más rica la discusión como así también más ajustada la decisión con respecto al proceso terapéutico que la familia habrá de seguir.

Consideramos que la admisión es el primer contacto entre una persona o grupo familiar, que demanda orientación o tratamiento para sí o para algún miembro, y un profesional del Hospital especialmente asignado para tal función. Función que consiste en efectivizar la admisión si hay coincidencia entre la necesidad del consultante y las posibilidades del Hospital, o en caso contrario efectuar una derivación adecuada, o dar la orientación necesaria.

... "Es el pasaje del orden familiar al orden terapéutico".<sup>(1)</sup>

Para llegar al conocimiento que permite cumplir con lo antes expuesto, el admisor debe escuchar a cada uno de los consultantes realizando preguntas tendientes a despejar la situación, esto es:

— Conocer la demanda encubierta o latente... "la petición formulada no es sino la petición conciente. Frecuentemente carece de una visión clara del objeto de su visita aún cuando lleve una petición precisa cabe suponer que este no es el objetivo verdadero".<sup>(2)</sup>

— Ambito familiar en que se inscribe

— El contexto social y cultural

— Cómo llega el paciente al Hospital. ... "habitualmente las derivaciones son de institución a institución. Esto implica una dificultad cuando la institución derivadora ya sugiere una forma concreta de trabajo. Por lo tanto una función del admisor es la resignificación de la indicación de esa institución. El motivo de consulta es por lo tanto procesado nuevamente y pueden surgir nuevas perspectivas terapéuticas. El riesgo de no tener presente esta función del admisor es transformar a la institución en una mera sucursal de la institución derivante".<sup>(1)</sup>

A estos fines se instrumenta una entrevista que podemos definir como abierta y dirigida... en la entrevista abierta el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o intervenciones en cada caso particular, pero no es esto lo que la caracteriza, sino la flexibilidad para permitir en todo lo posible que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular... La entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado".<sup>(3)</sup>

"En la entrevista dirigida el entrevistador tiene una lista de cuestiones a investigar derivadas del problema general que quiere investigar".<sup>(4)</sup>

El otro elemento para que este proceso sea exitoso, es la información referida a la oferta institucional que el equipo admisor debe poseer.

... "el admisor debe ser el representante representativo de la institución frente al paciente que consulta. Representante en tanto el paciente no interacciona con toda la institución, sino con un profesional determinado" ... "representativo en tanto debe ser un profesional con un conocimiento amplio, intenso y completo de la institución que representa". ... "el admisor es la figura que organiza para cada paciente los tránsitos institucionales prioritarios".<sup>(1)</sup>

En la admisión se establece un vínculo con características propias que la diferencian de la primera entrevista de un tratamiento. Los admisores tratamos de demostrar una actitud cálida y de apertura.

... "Es importante demostrar lo que podríamos denominar una 'actitud admisor', que sería el correlato de una bienvenida cálida".<sup>(1)</sup>

que permite a los consultantes tener la confianza de expresar sus inquietudes ante un grupo de desconocidos. Para ello es necesario proceder con cautela y atención constante al 'tempo' y las posibilidades de quien consulta, de registrar y comprender su situación y de poder expresarla verbalmente. Aún así... "frente a la ansiedad del entrevistado no se debe recurrir a ningún procedimiento que la disimule o reprima". ... "tampoco abrumar al entrevistado con conflictos que no podrá tolerar".<sup>(4)</sup>

También es importante tener en cuenta las particularidades culturales de quien se acerca pidiendo atención.

Es necesario que el admisor no pierda de vista el objetivo de la entrevista al indagar movido por su curiosidad y no por los requerimientos de la tarea.

El vínculo "equipo admisor-consultante" debe manejarse dentro de un delicado equilibrio entre la cálida confianza que permita expresarse y la necesidad de no crear falsas expectativas en relación a un vínculo terapéutico posterior.

El paciente se presenta con un problema que quiere que el admisor resuelva, poniéndolo en un lugar de supuesto saber. Desde el admisor nos ubicamos en el lugar del desconocimiento frente a la problemática del paciente, no dando nada por sobreentendido.

La admisión es parte de un proceso que se inicia cuando alguien (institución o familia) determina que existe un niño o un adolescente por el cual se debe consultar y se acercan a la institución a solicitar turno. Es un momento en el que el paciente no existe para nosotros, sí nosotros para él ... "la existencia está configurada por los significados que el derivador otorga a la indicación de consulta".<sup>(1)</sup> Ante lo desconocido de la primera entrevista el consultante ensaya consigo mismo diferentes modos de comunicación que aparecen en forma latente durante la misma. Este diálogo interior está sustentado con sus propios miedos, fantasías y comentarios que pudo ir recibiendo desde que fué derivado a la institución hasta el momento de la entrevista. ... "puede ocurrir y de hecho ocurre, que el diálogo real no se desarrolle de la misma forma que el diálogo interior, no obstante el diálogo interior constituye una experiencia al facilitar la adaptación y disminuir la tensión que pudiera existir".<sup>(2)</sup>

Un segundo momento es la entrevista de admisión propiamente dicha ... "la historia comienza con la admisión, la que ha-

- 1 — Presentación del equipo admisor y aclaración del rol.
- 2 — Desarrollo de la entrevista a partir de una pregunta generadora:  
Motivo de consulta, dando la posibilidad de ser escuchado a cada uno de los presentes en la entrevista como posibles pacientes.
- 3 — El equipo admisor discute, a solas, la decisión a tomar.
- 4 — Se le comunica al paciente la decisión tomada, que puede ser su admisión a un determinado servicio del Hospital, su derivación externa o la aclaración de la no necesidad de tratamiento.

... "La admisión finaliza con lo que denominamos acción específica del admisor que es la derivación externa o interna"...

... "Señalamos también que las características personales y la actitud profesional del admisor son determinantes para el desarrollo del proceso asistencial posterior" ...<sup>(1)</sup>

Los motivos de derivación son algunos establecidos por normas del Hospital y otros por razones coyunturales. Los primeros son: zona de residencia que corresponda al área de influencia, si tiene o no obra social y tipo de cuadro que presenta. Los segundos están vinculados a las largas listas de espera que existen en los diferentes servicios en caso de necesidad urgente de tratamiento.

Las derivaciones se hacen en base a una carpeta de recursos zonales. La misma no está actualizada, esto sumado a la falta de contacto con las instituciones a las que se deriva, genera en el admisor la duda de si fue efectivizada o no la atención (para evitar esto normalmente se brinda la posibilidad de volver al Hospital). Esto crea situaciones de conflicto porque muchas veces el paciente se niega a ser derivado por que conoce mejor la realidad de las instituciones que el propio profesional, quien dispone de escasa información respecto de los lugares de derivación, ésta fundamentalmente se incluye en la carpeta ya mencionada donde figura nombre de la institución, dirección y patología que se atiende. Creemos necesaria la inclusión del Servicio Social en la admisión general del Hospital.

Para asegurar que la derivación se efectivice se hace necesario una conexión más fluida entre el Servicio Social del Hospital y la institución a donde se deriva a fin de conocer la disponibilidad de atención.

Otro motivo por el cual puede llegar a verse obstaculizada la derivación es por el narcisismo del admisor, la transferencia establecida durante la entrevista o el interés profesional por lo que llamamos un caso interesante. Esto puede provocar que se prolonguen estas entrevistas indefinidamente, no estableciéndose un lugar claro, ni para el admisor, ni para el paciente.

Durante el año pasado la supervisión fue netamente psicoanalítica, centrada en la problemática del paciente. Con respecto a esto, sostenemos que no es lo adecuado para un equipo interdisciplinario de admisión. Creemos que lo que debería hacerse sería una supervisión tendiente a esclarecer la situación actual del paciente tanto psicológica, patológica y social. Tendiente a una derivación o admisión, sin dejar de lado las dificultades del equipo admisor. Otro aspecto a tener en cuenta en la supervisión son las actuaciones contratransferenciales provocadas por las ansiedades psicóticas que son depositadas en la trama vincular por no poderlo hacer en el encuadre, ya que este tiene una complejidad mínima. ... "El admisor está por lo tanto más propenso a sufrir contraidentificaciones masivas y contractuaciones irreflexivas. Esta es una de las razones de la dificultad de la tarea y la necesidad que los profesionales que ejercen la función estén adecuadamente contenidos en un ámbito de constante reflexión y saneamiento de la misma".<sup>(1)</sup>

## CONCLUSIONES

Como conclusión de este proceso, a cuyo inicio no existía una clara idea del rol de cada profesión, no solo desde cada uno, sino desde el equipo en general, vemos como fue clarificándose, ya que fue brindando diferentes aportes a la comprensión de la situación y diferentes tipos de escucha y de intervención que no se contraponen, por el contrario se complementan.

Porque mientras algunas profesiones trabajan con el contenido latente, otras lo hacen desde lo manifiesto, lo que aparece (verbal y gestual). De aquí, la importancia del trabajo interdisciplinario. Porque la multiplicidad de las visiones convergen en un punto que tiende a abarcar la totalidad de la situación de los consultantes, favoreciendo a la toma de una decisión más acorde a las necesidades de los mismos.

Por el lugar que ocupa, el admisor se convierte en detector de las necesidades asistenciales que debe cubrir la institución.

Debemos señalar una vez más que este trabajo es producto de nuestra experiencia y constituye una evaluación a medio camino de un proceso que aún no ha concluido...

Seguramente aparecerán nuevos aspectos para investigar y perfeccionar desde la práctica y su teorización, como así también aspectos no vistos, puntos no tratados, no tocados que se irán aclarando en la marcha de este proceso.

## BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Admisión. Misión Imposible. Alfredo Grande y colaboradores.  
Trabajo presentado en: Ateneo interno en el Hospital "Carolina Tobar García"  
Simposio Regional de la Asociación mundial de Psiquiatría.
2. La Entrevista. Jacobson
3. Entrevista y Grupos. José Bleger. Ediciones Nueva Visión.
4. Técnicas de Investigación Social. Ezaquiel Ander

## REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

- La primera entrevista con el Psicoanalista. Manuel Mannoni
- Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. José Bleger. Editorial Paidós. Simbosis y Ambigüedad.
- Estudios sobre técnica Psicoanalítica. Henrich Racker. Editorial Paidós.

— El análisis grupal de la asistencia. La guerra del fuego. Dr. Alfredo Grande (revista de psicología y psicoterapia de grupo para su publicación en Marzo de 1987).



# Taller de Actividades Creativas

T.O. Adelaida Leonor Alcalde  
Prov. Elvira Perli

Mar del Plata  
1988

## INTRODUCCION

El impulso de crear es uno de los más primitivos del hombre. Para Jung, es una imperiosa necesidad y clasificó la creatividad como una de las fuerzas instintivas más importantes.

Crear significa dar vida, hacer que exista, formar, producir. Crear es hacer. La creatividad comprende una serie de cualidades tales como inventiva, originalidad, productividad, etc.. Pero la cualidad más importante que muestra a un producto como creativo es que expresa la búsqueda y la necesidad del hombre de hallar un sentido y en su realización ha volcado valor, voluntad, perseverancia. En consecuencia la actividad creativa forma parte integral del proceso de crecimiento personal y es una expresión de dicho proceso.

Hay una tendencia a pensar en la creatividad solo en función del arte, más específicamente de las bellas artes. Pero tal uso del término lo limita enormemente.

El hecho de crear implica gran cantidad de acciones y actividades mentales que se sintetizan en inventar, descubrir, formar, hacer. Por ello desde la observación de tres y medio años de nuestro trabajo de Taller es indudable que la creatividad forma parte de muchas otras actividades, algunas de las cuales son calificadas corrientemente como manuales.

## FUNCION DE TERAPIA OCUPACIONAL

El término terapia, es generalmente relacionado al aspecto médico y se supone que terapia significa tratamiento para aliviar síntomas, sin embargo va más allá del intento de tratar un síntoma. Del mismo modo la Terapia Ocupacional va más allá de ayudar a las personas enfermas, discapacitadas o carenciadas a recuperar la salud, desarrollar capacidades remanentes o adaptarse a especiales situaciones. Involucra también la protección de la salud en su función preventiva primaria utilizando para ello los mismos medios terapéuticos los cuales son aplicados con técnicas diversas según sea el caso al que va dirigida la atención. Este concepto trata de aclarar el valor preventivo del más importante medio utilizado en Terapia Ocupacional: la creatividad. Y es en función preventiva primaria que se aplica en el Taller de Actividades Creativas, dado que nuestra población no presenta alteraciones notables.

## PROGRAMA DE TRABAJO

**Objetivos.** El Taller de Actividades Creativas abierto a la comunidad es resultante de una idea que fue creciendo a través de algunos años en que nuestra evolución personal y profesional nos permitió percibir las necesidades del hombre y mujer común, de realizar una actividad creativa, ya manual o intelectual, que le permitan su crecimiento y enriquecimiento, y especialmente le ayude a establecer un equilibrio entre sus actividades laborales, de automantenimiento y esparcimiento a la vez que le permitan canalizar angustia y tensión, muy comunes en estos tiempos, brindándole placer por su simple realización.

El Taller ofrece la oportunidad de realizar experiencias con materiales y herramientas que pueden ser ya conocidas o no, acercando a la persona hacia la actividad creativa y estimulándola a disfrutar a ese tiempo dedicado a sí mismo aún realizando un objeto para otro.

En esas experiencias y aptitudes propias que tal vez ignoraba poseer. Ofrece también la posibilidad de establecer nuevas relaciones personales favoreciéndose la socialización.

**Abordaje:** La población del taller está compuesta por personas adolescentes y adultas de diversas ocupaciones y medios sociales: estudiantes, profesionales, amas de casa, empleados. Durante los dos primeros años, también niños en edad escolar.

En sesiones de dos horas concurren grupos reducidos en número, homogéneos de edad. Los grupos son estables, favoreciendo ello además de una mejor organización de las actividades, relaciones personales más profundas y duraderas.

**Actividades.** Son propuestas por el Taller que cuenta con elementos, herramientas y materiales de uso general: herramientas para carpintería, telares, pinturas, lijas, anilinas, ceras, moldes, diseños, etc.

Las más utilizadas son:

- Pintura en tela
- Batik
- Bordado
- Tejido: con los dedos, con agujas, con telar.

Con estas cuatro actividades pueden realizarse tapices, almohadones, pantallas, manteles, prendas de vestir, utilizando una o varias combinadas.

- Pintura sobre vidrio: frascos, botellas, espejos, vidrios, cerámicos.
- Pintura sobre madera: cajas, móviles, placas.
- Carpintería: pequeños trabajos.
- Encuademación y restauración de libros
- Armado y forrado de cajas con papel y con tela.
- Otras actividades propuestas por el interesado (por ejemplo restauración de objetos envejecidos).

El café, té o mate, acompañan habitualmente a la actividad, jamás la reemplazan, y además de ser otro vínculo que une al grupo estimula a sus integrantes a esmerarse en demostrar las cualidades reposteras de cada uno, ya que siempre está acompañado con tortas y masitas caseras prolongando así su relación con el Taller más allá de las sesiones, convirtiéndolo en un lugar de agradable encuentro entre amigos para compartir momentos de creación en un clima de libertad de elección, ya que nada es impuesto, solo sugerido, el Terapeuta ocupacional adopta un rol de guía y coordinador de la actividad, nunca de maestro o director, ya que es importante estimular una actitud espontánea y creativa, adquiriendo la actividad un mayor valor socializante.

# Evaluación y Diagnóstico Ocupacional

T. O. LILIANA SBRILLER  
Trabajo Libre

II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional  
I Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional

1988.

T.O. Sbriller L. Río de Janeiro 840 - 8º C (1405) Cap. Fed.  
Institución: Htal. Piñeiro - Varela 1307 (Cap. Fed.) Serv. Psicopatología.

Hace algún tiempo he notado, tanto en trabajos clínicos de colegas como en los míos propios una constante: considerar a priori un diagnóstico psicopatológico, obtenido de la Historia Clínica que se complementa con una evaluación específica sobre la historia ocupacional y una actividad libre o prefijada para obtener mayor material y poder confirmar este diagnóstico, observando aspectos fenomenológicos y sintomáticos del cuadro en cuestión.

Algo así como partir de diferentes lugares, transitar por distintos caminos para finalmente llegar al mismo punto. Pero con una dificultad, para unos el punto es redondo y para otros cuadrado, por lo tanto, habrá aspectos de coincidencia y disidencia.

Me refiero a la Clínica, donde un psicótico no es igual a otro psicótico y donde un neurótico no es igual a otro neurótico, desde el punto de vista ocupacional, por lo tanto no necesariamente coincidirá con la estructura o la etiqueta en la que se lo ha encasillado.

Los intentos de hacer un diagnóstico psicopatológico hechos por Terapeutas Ocupacionales se detienen en interesantes descripciones fenomenológicas, que darán claros objetivos de tratamiento, no siempre observables y ejecutables en la Clínica, es más, casi nunca lo son.

Entonces, ¿Cuál es el diagnóstico que puede hacer Terapia Ocupacional? Creo que por el momento nos encontramos lejos de formular diagnósticos nominales, por otro lado su uso no podría ser extendido no comprendido por otras profesiones.

Sí, creo que podemos hablar de un "Informe Diagnóstico Ocupacional Presuntivo".  
Utilizo la palabra presuntivo como expresión de su fragilidad inicial, tomando el tratamiento exploratorio como una gran evaluación.

Informe. En relación a poder efectuar una descripción de la situación del paciente en el momento del inicio de tratamiento. Reservo para el final el término ocupacional, definido como trabajo, cuidado, tarea útil o necesaria en que se emplea el tiempo, que se desprende de nuestro título, descartando el término funcional, por estar aún hoy poco esclarecido en este ámbito.

Si tomamos como principio a la Acción Humana, su contexto espacio-temporal y el triángulo T.O. -Actividad- Paciente, como el objeto de estudio, es posible hallar en este proceso las alteraciones o modalidades que presente el sujeto o paciente en el hacer.

La evaluación que presento, modificada y reformulada a través de los años de trabajo clínico, con los aportes de colegas como Adriana Molina, Gladys López y Lucrecia Riopedre, es utilizada con pacientes internados, de Hospital de Día, en la consulta privada, y con estudiantes de Terapia Ocupacional y colegas en experiencias de Laboratorio.

Apunta a proveer un primer acercamiento de aspectos globales del evaluado, al que se irán agregando y posiblemente revisando aspectos del mismo.

Esta visión de presentación seguida por el tratamiento en sí mismo como evaluación prolongada, le permite al Terapeuta Ocupacional posicionarse como investigador participante en el proceso, pudiendo repensar constantemente las intervenciones y objetivos de tratamiento adecuados al paciente y no al diagnóstico psicopatológico.

Es posible entonces efectuar una evaluación de cuatro módulos:

1. Datos Personales
2. Construcción de la Historia Ocupacional. Se utiliza la técnica del interrogatorio.  
Se divide en cuatro grupo:
  - a) Actividad Educativa
  - b) Actividad Laboral
  - c) Actividad Recreativa
  - d) Actividad Cotidiana.
 Cada ítem es profundizado en lo referente a la relación con las personas y los objetos que aparecen, conflictivas, recuerdos espontáneos, complementando con preguntas como ¿Por qué dejó de estudiar?, ¿Con quién jugaba en su infancia?, ¿Qué hace los fines de semana?, etc.
3. Ejecución de una actividad.  
En este caso el evaluado puede optar por dibujo, collage, escritura o combinarlos, dado lo escaso del tiempo y la necesidad de conservar la tarea por parte del evaluador.  
Se realiza una descripción del estilo de trabajo, relación con los materiales. Se le pide una opinión sobre lo hecho, se observa el modo en que autoevalúa su hacer, la capacidad asociativa, inhibiciones, límites, organización, recuerdos es-

En gran cantidad de casos, vemos que en este ítem dibujan casitas alpinas o chalets, confundiendo la entrevista con un psicodiagnóstico (H.T.P.). En éstos casos es de utilidad pedirle un segundo trabajo libre, donde generalmente aparecen aspectos personales de mayor significación y no contaminados con otros tratamientos. En otros casos este es el único dibujo que el paciente sabe hacer.

Algunos colegas utilizan una caja de evaluación con materiales diversos, una triada de materiales como el matrimonio Azimas, o ingresan al paciente para ser evaluado en el mismo grupo de pares.

Estas variantes, así como la utilizada en el Hospital Piñero son evaluadas en mayor grado por la disponibilidad institucional que posee el agente que por la raíz teórica que promueva la opción por un método.

La triada utilizada en esta evaluación comprende la elección entre una actividad bidimensional, tridimensional y la escritura como complemento o base, ya que la palabra es también un modo de expresión que no debemos desestimar ni olvidar.

La libre opción entre los diversos materiales del Taller o las actividades sin material concreto estarán a su disposición al ingresar en el tratamiento.

#### 4. Genograma con materiales diversos (Dibujo-collage-escritura).

Consiste en la construcción del árbol genealógico con representación gráfica de los familiares que el evaluado considera de mayor importancia y enunciación de la ocupación de éstos, que podríamos denominar: Referentes Ocupacionales. Luego se le pide mayor información sobre aspectos que hubieran quedado oscuros.

Con todo este material es posible situar al individuo en el mundo, en su relación con las personas y las cosas, racional-afectivo-ideativo, corporal y socialmente en el momento de la admisión.

Aspectos que no siempre son coincidentes con un diagnóstico psicopatológico, el cual no puede dejar de ser tomado como una variable más, así como otros datos de la Historia Clínica, informe social y familiar, psicofarmacológico, etc.

Es posible que esta óptica pueda servirnos para trabajar en función del paciente, dentro de un marco específico y no en función del otro profesional que aún no comprende nuestro hacer y muchas veces nos considera una profesión nueva.

Por ahora, nada más.

## BIBLIOGRAFIA

- de Lajonquiere, Carlos. "Curso anual de Psicopatología I".
- Evaluación de T.O. "Servicio de Psicopatología". Hospital Piñero 1982-1988.
- "Evaluaciones de Terapia Ocupacional. Laboratorio de Terapia Ocupacional". Ccapto. 1988.
- Fidler y Fidler. "La Terapia Ocupacional como proceso diagnóstico y evaluación", Capítulo 8.
- Moorhead. "The Occupational History". Am Journal Occup. Therapy 1968.
- Riopedre, Lucrecia: "Genograma con materiales" 1985.
- Sbriller, Liliana: "Un modelo de trabajo". 1987.
- Watanabe, "Four concepts basic to the Occupational Therapy process". Am. J. Occup. Therapy. 1968.
- Warschavski, Graciela. "Seminario de Terapia Ocupacional en Hospital de Día". Ccapto. 1988.
- Willard y Spackman: "Terapéutica Ocupacional". Cap. 5: "Terapéutica Ocupacional y Salud Mental", Nedra Gillete.

# No sólo la Actividad nos caracteriza

T.O. Graciela Warschavski  
T.O. Liliana Sbriller

Trabajo libre

II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional  
I Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional

1988

T.O. Warschavski, G.: Moldes 1435 - 4º F (Cap. Fed.)  
T.O. Sbriller L.: Río de Janeiro 840 - 8º C (1405) Cap. Fed.  
Institución: Capto: Moldes 1435 - 4º F (Cap. Fed.)

Todos los caminos conducen a Roma y todos los Terapistas Ocupacionales enunciamos como medio de tratamiento la actividad. Ambas frases armadas poseen una verdad histórica, acorde al momento de su enunciación. Hoy nos encontramos con diversos modos de analizar una actividad, diversas teorías se han infiltrado o profundizado en ellas, y también las utilizan como técnicas.

¿Qué resto queda para Terapia Ocupacional? ¿Es posible afirmar que la actividad es el medio de tratamiento que nos caracteriza? Y si esto es un hecho, ¿cuáles son los factores específicos de nuestro hacer?

Velada nuestra creación teórica por la transmisión oral y por lo tanto deformada que padecemos las actuales generaciones de Terapistas Ocupacionales argentinas, vemos cambios en nuestro hacer como efecto de procesos localistas, aportes individuales o de pequeños grupos, como es nuestro caso.

Por éstas razones, y a partir de la Clínica diaria, cuestionamos la actividad como medio de tratamiento científicamente aplicado, único y específico que llevaría indefectiblemente a un "final feliz".

Pensamos que este es un postulado que nos da una falsa identidad pero al mismo tiempo nos tranquiliza, nos limita y nos expulsa del proceso.

Clásicamente homologamos la administración de técnicas de actividades con la indicación de fármacos por parte del médico, debemos tener en cuenta que la actividad, al igual que la medicación tiene un doble filo. El médico muchas veces medica para no escuchar, el Terapeuta Ocupacional da una actividad para no pensar, no comprometerse y cumplir con las expectativas de la demanda institucional, familiar o social a la que se ve expuesto durante el proceso de tratamiento.

Vemos que hay diferentes formas de analizar o entender las actividades, de esto se desprende que hay diferentes líneas de trabajo que podrían conformar un cuerpo teórico en muchos casos rudimentario, ya que toman aspectos de una teoría global.

Es así que los Terapistas Ocupacionales toman las actividades como: Sueño, Proyección, Lenguaje preverbal, Objeto transicional, Lenguaje analógico, Lugar de interacción, Factores creativos, Considerando el Origen del material: mineral, animal o vegetal.

Otra de las formas en que podemos analizar la actividad normal del Hombre es tomando: 1) Los factores motores o corporales. 2) Los rasgos de personalidad. 3) La capacidad perceptiva. 4) Los condicionamientos culturales. 5) Las motivaciones para la tarea. 6) Los aprendizajes anteriores. 7) Memoria evocativa y memoria selectiva. 8) Variables témporo-espaciales. 9) Influencia del material y herramientas.

Pero continuamos tomando como objeto de estudio sólo la actividad.

Aun analizando de ésta manera la actividad se toman elementos de algunas líneas teóricas pero no se llega a desarrollar en profundidad ninguna de ellas por la especificidad de Terapia Ocupacional. Es así que se trata de trabajar desde el psicoanálisis freudiano, kleiniano, lacaniano, teorías sistémicas, conductistas, etc., buscando hacer un análisis identificatorio de la Actividad del Hombre.

Pareciera que tomáramos como el reflejo de la actividad mental-física y social del hombre, la conducta esta tratamos de explicarla a través o bien de sus significados inconscientes o de otras aceptaciones tratando de encasillarla con teorías que buscan dar cuenta de fenómenos psicológicos puramente.

Es así que al asimis a estas teorías dejamos invariablemente de lado otros aspectos que incluye Terapia Ocupacional, por ejemplo la relación con el mundo a través de la actividad no concreta.

Esto nos lleva a preguntarnos si solamente podemos hacer Terapia Ocupacional cuando aplicamos técnicas de actividades o también lo hacemos en otros contextos.

Cuando hablamos de estudios, trabajo, actividades recreativas también intervenimos desde nuestro quehacer pero la forma en que lo hacemos es diferente.

Desde nuestra experiencia y nuestra inserción en diferentes instituciones existen variables que no siempre son tomadas. Es así que se hace el análisis de la actividad sobre actividades concretas, generalmente las de Taller, pero no sobre aquellas en las que interviene el Terapeuta Ocupacional: Grupo de Trabajo, Grupo de Reflexión, Recreación, Terapias Familiares, etc., donde no siempre existe una actividad concreta pero sí la terapia se basa en la organización de la actividad del paciente y su familia.

Pensamos que la actividad es lo que diferencia la vida de la muerte. Que la actividad siempre está condicionada por un límite que está dado por lo social, lo antropológico, lo genético, etc. Esto se ve a través del juego donde no existe la total libertad, siempre hay algo que lo condiciona, siempre hay una mínima regla, un mínimo límite.

Planteamos por esta razón que la actividad no es solamente un lenguaje preverbal o analógico, sino que incluye otros factores de los cuales no puede aislarse, como la limitación corporal.

Ahora bien, de la misma forma que tentados por el hiperdesarrollo de las teorías psicológicas buscamos explicaciones para Terapia Ocupacional, cada vez que tratamos de dar cuenta de los fenómenos que abarca nuestra profesión caemos en criterios reduccionistas.

Analizamos las actividades, tenemos conocimiento de las patologías, entendemos de los fenómenos grupales, nos insertamos en el trabajo en equipo; tratamos de formarnos y hasta nos analizamos. Pero cuando debemos hacer de todos estos elementos un interjuego a la manera de piezas de un rompecabezas no logramos ensamblarlo, con lo cual tendemos al bálsamo de la actividad concreta como si fuese el aliado per se de la Terapia Ocupacional, perdiéndonos de estudiar la trama de relaciones entre todas estas características que hacen que tengamos una visión tan particular de los fenómenos que se producen alrededor de una conducta. Reproduciendo así aquello tan criticado: durante nuestra etapa estudiantil no podemos unir la teoría con la técnica, al iniciar el ejercicio profesional no podemos compaginar lo aprendido con la clínica y luego de un tiempo sentimos que nosotros como Terapista Ocupacionales vamos por un lado y el equipo en el que nos insertamos habla otro lenguaje, continuando así con la larga lista de divergencias y contradicciones, un stress laboral en el que nos sentimos inmersos y confundidos.

Entonces acudimos a tratamientos psicoterapéuticos o psicoanalíticos donde intentamos resolver nuestros conflictos personales pero no así aquellos que tienen que ver justamente con el quehacer diario y cotidiano, con nuestra respuesta frente a un paciente y su familia, con nuestra profesión y la instrumentación que hacemos de ella. Y hasta con el manejo de nuestra propia patología puesta en la actividad, nuestra profesión como actividad.

¿Cómo podemos usar asepticamente nuestra herramienta si no conocemos previamente nuestras propias dificultades al manejarla?

¿Podemos no tomar la variable Terapista Ocupacional como aspecto del proceso?

En definitiva, estamos acostumbrados a hablar de lo que le pasa al paciente con la actividad pero no nos detenemos a pensar qué es lo que sentimos nosotros frente a todo ese fenómeno.

Otro cuestionamiento que nos hacemos tiene que ver con nuestras intervenciones y las formas que adoptan, es así que diferenciamos: 1) La intervención con actos o desde la actividad y 2) La intervención con palabras o sobre la actividad (señalamientos, interpretaciones).

Pensamos también cómo intervenimos sobre otros tipos de actividades. Partimos de la hipótesis que no sólo el objeto de estudio y medio de tratamiento es la actividad concreta y material, sino las acciones que rodean a la actividad en sí y las acciones sin actividad.

Sabemos que nuestra profesión no es la única que utiliza actividades como medio de tratamiento: Psicología infantil también lo hace, al igual que psicopedagogía y fonoaudiología, psicomotricidad, psicología gestáltica y tantos otros. ¿En qué radicaría entonces la diferencia?: En la instrumentación de la actividad, en la forma de intervención, en pensar objetivos específicos previos a un proyecto, en el conocimiento de la actividad (análisis de ella), facetas que también se verían allí donde no hay una actividad concreta mediadora pero que es instrumentada por el Terapista Ocupacional.

Otro factor interviniente estaría dado por la posición institucional que el Terapista Ocupacional adopta, qué es lo que pretende del paciente, y asimismo qué pretende la Institución del Terapista Ocupacional.

Nos preguntamos también cuál es la actividad del Terapista, ya que pensamos que no es sólo su relación con la actividad dentro de un taller sino que pasa por otros ámbitos.

A través del producto del paciente el T.O. sentirá que su trabajo es valorado o no: cuanto más hace, más valorizada es su tarea. La remuneración pasa por la cantidad de horas de trabajo y no por la calidad (midiendo la cantidad de producción para determinar los honorarios, igual que en una fábrica). Esto muchas veces se ve trasladado a la relación con el paciente, dado, por ejemplo, por el reproducir fórmulas generalizadoras como: para el paciente obsesivo, implementar la actividad de mayor a menor estructuración, lo hueco siempre simboliza lo femenino.

El paciente en Terapia Ocupacional "debe hacer", con lo que se aumenta la cantidad de tratamiento y se disminuye la creación dentro de la profesión y el tiempo invertido en ésta que aparece como no redituable, ni para la Institución ni para el grupo de TO.

En base a todo lo expuesto pensamos que hay cinco variables que darían existencia a la Terapia Ocupacional:

- 1) Actividad concreta o figurada
- 2) Líneas teóricas
- 3) Tipos de intervenciones del Terapista Ocupacional
- 4) El Terapista Ocupacional
- 5) Variable témporo-espacial o institucional

Si no tomamos en cuenta alguna o todas estas variables caeríamos en el criterio reduccionista de la definición que cuestionamos en un principio, es decir, el postulado "El medio de tratamiento de Terapia Ocupacional es la Actividad científicamente aplicada".

## BIBLIOGRAFIA

- Fernández, C. "Qué dice el paciente cuando hace".
- Fidler y Fidler "El significado de las actividades";
- Fortain y otros "Una propuesta de análisis de actividad". 1985.
- Paganizzi, L. "Algunas reflexiones teóricas acerca del vínculo entre paciente, actividad y Terapista Ocupacional". 1985.
- Papiermeister, A.: "Enfoque sistémico, un modelo de entrenamiento para alumnos de Terapia Ocupacional y Terapistas Ocupacionales". 1985.
- Sbriller, L.:  
"Intervención desde la actividad" 1985.  
"Un modelo de trabajo" 1987.

- "Laboratorio de Terapia Ocupacional", Capto, 1988.
- Torre, A: Conferencia. Ciclo Terapia Ocupacional hablada por Terapistas Ocupacionales. Capto, 1988.
- Warschavski, G: "Terapia Ocupacional con niños y en Hospital de Día", 1987. Ricardo Vergara Ediciones: "Elementos de Terapia Ocupacional"
- "Seminario de Terapia Ocupacional en Hospital de Día", Capto, 1988.
- Willard y Spackman "Terapéutica Ocupacional".

# Organización y Metodología de la cátedra Teoría de Terapia Ocupacional I

por Prof. T.O. Marta Suter, T.O. Mónica Rodrigo y T.O. Griselda Acharta,  
Estudiantes: Mónica Berno, Cecilia Testoni, Marta Corti

Este trabajo sintetiza la experiencia desarrollada en la cátedra "Teoría de Terapia Ocupacional I" y la metodología participativa en la que se encuadra su organización.

La modalidad del proceso educativo está dado por la enseñanza-aprendizaje-dialectización, que permite tener en cuenta las variables y facilitar un sistema dinámico.

La carrera de Terapia Ocupacional fue creada en la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe, el 13 de setiembre de 1985, respondiendo al esfuerzo conjunto de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales, Instituciones Públicas y Privadas de la comunidad de Santa Fe, y de las autoridades de la Universidad Nacional del Litoral.

La aprobación de la carrera expresa los siguientes objetivos:

- Formar profesionales acordes a las necesidades de región.
- Desarrollar nuevos servicios de Terapia Ocupacional en todas las áreas.
- Posibilitar la investigación básica y aplicada de Terapia Ocupacional en diferentes campos.
- Colaborar en la formación docente de Terapeutas Ocupacionales, dentro de la carrera docente de la Universidad.
- Participar en la educación continua de estudiantes y egresados.

Conforme a estos objetivos se organiza la cátedra de Teoría de Terapia Ocupacional I y se determina la metodología participativa como más adecuada para responder a los mismos.

La propuesta de trabajo participativa surge del profesor titular e ingresan como jefas de trabajos prácticos, dos terapeutas ocupacionales para su formación docente, constituyendo un equipo de trabajo.

El primer año de la carrera comienza en agosto de 1986 en la Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo". En este período la cátedra convoca a los alumnos a participar, implementando tareas a través de un grupo de delegados. A partir de 1987, la Universidad designa ayudantes alumnos "Ad-honorem", obteniendo la cátedra importante respuesta por un sector del alumnado.

En el período 1988, por solicitud de la cátedra, la Universidad designa ayudantes alumnos en planta permanente y ayudantes alumnos por hora cátedras. La función de los ayudantes alumnos son:

1. Participar en los trabajos prácticos con los estudiantes.
2. Participar en reuniones de cátedra.
3. Brindar apoyo al estudiante con un servicio semanal de consulta.
4. Seleccionar y registrar los recursos de las instituciones de la comunidad.
5. Registrar el material bibliográfico en la ciudad.
6. Confeccionar material didáctico.

El desarrollo de la cátedra ha promovido la expresión de necesidades e inquietudes de los estudiantes, la adquisición de mayor experiencia docente de las terapeutas ocupacionales, su capacitación en cursos de formación pedagógica y la resignificación de las técnicas que se llevan a cabo.

La interacción como grupo de trabajo determinó la instrumentación para la utilización de metodología participativa cuando las técnicas a las necesidades de la comunidad.



- Diseñar y elaborar medios audiovisuales y material didáctico.
- Participar en ateneos, jornadas, cursos, seminarios.
- Publicar, difundir actividades de la cátedra.
- Confeccionar memoria anual.

d) Plantel Docente

La cátedra considera un plantel docente básico para las necesidades actuales que son:

- Un profesor Titular interino, dedicación simple, para coordinar las actividades docentes, dictar clases teóricas y presidir exámenes finales.
- Dos profesores jefes de trabajos prácticos, dedicación parcial para organizar y dictar los trabajos prácticos y participar en los exámenes finales.
- Cuatro ayudantes alumnos, dos ayudantes de trabajos prácticos y dos ayudantes para actividades complementarias de la cátedra.

e) Recursos

- Las aulas para el dictado de clases teóricas y prácticas son facilitadas por la Escuela Industrial Superior y la Escuela Superior de Sanidad, respectivamente.
- La comunidad brinda veinte instituciones de salud, acción social y educación especial para utilizar en trabajos prácticos.
- La comunidad brinda el servicio de ocho bibliotecas de instituciones que pueden ser utilizadas por los alumnos.
- El presupuesto del plantel docente y material didáctico es suministrado por la Universidad.
- Se proyecta ampliar recursos para investigación básica.

f) Dictado de Clases

- Las clases de teoría tienen asignadas tres horas semanales y noventa horas anuales.
- Las clases prácticas tienen asignadas cuatro horas semanales y ciento veinte anuales. Las cuales son dictadas en comisiones constituidas por veinticinco alumnos.
- La conjunción de los conocimientos teóricos-prácticos más importantes del programa, se efectúa a través de la organización de cuatro talleres, con la participación activa de los estudiantes y coordinados por los docentes de la cátedra.

g) Evaluaciones

- Los exámenes finales son establecidos en cinco turnos durante el año académico, acorde a los reglamentos vigentes.
- Los exámenes parciales son establecidos al finalizar cada cuatrimestre, previendo la posibilidad de un recuperatorio para cada uno.
- El régimen de promoción es para:
  - alumno regular cumplir con el 80% de asistencia a clases teóricas, aprobar el 80% de los trabajos prácticos, participar en los cuatro talleres y aprobar los dos parciales. Con estas condiciones rinde examen final oral.
  - alumno oyente o vocacional cumplir iguales condiciones que el alumno regular.
  - alumno oyente o vocacional cumplir iguales condiciones que el alumno regular.
  - alumno libre rendir examen final oral y escrito, examen de trabajos prácticos acorde al régimen vigente.

h) Reglamentaciones de la Universidad Nacional del Litoral y de la Escuela Superior de Sanidad Dr. Ramón Carrillo.

- Estatuto de la Universidad.
- Reglamentaciones para docentes y estudiantes.

El modelo participativo en que se encuadra nuestra organización permite una retroalimentación valiosa que enriquece a sus integrantes, al proceso educativo y permite una interacción con los sistemas de la comunidad.

# Desarrollo de la carrera de Terapia Ocupacional y su Prospectiva en el Area del Litoral

T.O. Beatriz Arriola de Mines  
T.O. Marta Suter

## Proceso de creación

Del relevamiento efectuado por la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional sobre demanda ocupacional en la República Argentina, surge como necesidad prioritaria, el área del Litoral (Pcia. de Santa Fe, Entre Ríos, Misiones y Corrientes) con una población de más de 4.000.000 de habitantes. Asimismo la cantidad de profesionales en esa Región, se reducía a 13, distribuidos: 2 en Capital de la Pcia. de Santa Fe; 6 en la Pcia. de Santa Fe y 4 en la Mesopotamia (Entre Ríos, Misiones y Corrientes).

Esta situación, restringía el ejercicio de la profesión a patología del aparato locomotor y mentales, no permitiendo el desarrollo de la misma en políticas sanitarias, de acción social y de seguridad social. Situación general, que se extiende hasta nuestros días. Por otra parte la comunidad demandaba y lo hace actualmente, profesionales para cubrir sus necesidades en Salud, Acción Social y Educación Especial.

Frente a este diagnóstico situacional, en 1981 se presenta un proyecto de creación de la Carrera por las Terapistas Ocupacionales, Emma Battaini de Barros, Marta Suter y Beatriz A. de Mines, teniendo una acogida favorable en las autoridades de la Universidad Nacional del Litoral.

Es de destacar una doble convergencia: la receptividad de la Universidad para la participación de las Instituciones estatales de la Pcia. y de la Nación tanto de Salud, como de Educación; de la Dirección Nacional de Rehabilitación y la respuesta efectiva de la comunidad ante una necesidad, que mueve a las distintas Instituciones Públicas y Privadas a organizarse para promocionar el proyecto.

Esto dicho tan sucintamente, no refleja todo el esfuerzo mancomunado y continuo, durante 4 años, que llevó a la concreción del Proyecto. Lo que es una demostración cabal que el conocimiento de las demandas y necesidades de la población, permiten la cooperación entre las distintos organismos sectoriales e impulsa a la participación.

Así, la carrera de Terapia Ocupacional, aprobada el 13 de setiembre de 1985, por Resolución n° 154 del Consejo Superior de la Universidad Nacional del Litoral, se inicia en agosto de 1986.

## Proceso de Organización

La Universidad Nacional del Litoral, estableció que la Carrera funcionara en la Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo". La carencia de una infraestructura suficiente para dar acogida a la afluencia de alumnos (145), determinó que otras Unidades Académicas de la Universidad prestaron su colaboración, tal como lo hace actualmente la Escuela Industrial.

La aceptación de la carrera en la comunidad, fue el estímulo para la participación inmediata de los profesores de las distintas asignaturas ante su convocatoria, iniciando el desarrollo de sus cátedras, no obstante la carencia de recursos presupuestarios propios, ya que esta oportunidad les ofrecía la posibilidad de desarrollar tareas docentes con una nueva orientación social.

Es de destacar el nivel de los mismos en general, siendo algunos, profesores de Unidades de Residencias Médicas de Rosario y Santa Fe.

El desarrollo de las Cátedras de Terapia Ocupacional se hizo también con la participación de Terapistas Ocupacionales de la Pcia. de Entre Ríos y Capital Federal.

## Proceso de funcionamiento

La carrera contó al iniciarse en agosto de 1986, tal como se dijo, con 145 estudiantes, registrándose en 1987 y 1988, un total de 160 y 140 estudiantes, respectivamente, procedentes no solo de la ciudad Capital, sino también del interior de la Pcia. de Santa Fe y de Entre Ríos. Últimamente se registraron inscripciones de estudiantes, procedentes de la Pampa, Chaco, Salta y Córdoba, lo que visualiza la proyección de la Carrera en la Región del Litoral y aún en otras zonas.

En el presente, los estudiantes de la Carrera de Terapia Ocupacional, tiene representación en el Centro de Estudiantes y en el Consejo Asesor de la Escuela Superior de Sanidad.

40 becas de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública de la Nación y 30 de la Universidad, facilitan la accesibilidad del estudio a los de menores ingresos.

A dos años de función de la Carrera, la erogación presupuestaria, ha permitido organizar una estructura propia del plantel docente para cada una de las cátedras y en el presente, se están sustanciando los concursos para profesores titulares de cada una de las cátedras en funcionamiento.

La estructura actual presupuestaria ha posibilitado designar ayudantes-alumnos en las cátedras de Terapia Ocupacional I y Anatomía para permitir a los estudiantes iniciar la práctica docente.

## Relaciones con la comunidad y otros estamentos

Permanentemente, la comunidad en sus distintos estamentos, presta su colaboración, al permitir a los estudiantes:

- 1) La práctica de las Actividades Terapéuticas, ejemplo de ello: carpintería, cerámica, en Instituciones de la Universidad Nacional del Litoral y de la Provincia respectivamente.

- 2) La concurrencia a sus establecimientos de Salud, Educación Especial y Acción Social, para observaciones de campo de posibles acciones de T.O.
- 3) El desarrollo de los Trabajos Prácticos de asignaturas como: Anatomía, Medicina, Ortopedia, Biomecánica en Hospitales de la ciudad, Instituto de Rehabilitación "Vera Candiotti" y Sociedad Médica.
- 4) Próximamente, el inicio de las prácticas Clínicas, en esta ciudad y en Entre Ríos, creando un espacio para el conocimiento y la comunicación de las distintas experiencias entre sí, para llevar a cabo un proyecto con un objetivo común multidisciplinario.

### Objetivos de Creación de la Carrera de Terapia Ocupacional determinados por la Universidad

Si nos remitimos al dictamen de la aprobación de la Carrera, Podemos reflexionar, (a tres años de su aprobación, dos de su funcionamiento) que ha respondido a las expectativas de su creación, en cuanto a:

- 1) Retención de una franja de la población estudiantil, para evitar su migración.
  - 2) Satisfacer los intereses y expectativas de egresados de nivel medio, inclinados hacia el área de la Salud y de otros profesionales, como se constata por los inscriptos provenientes de otras disciplinas, que descubren en esta Profesión un área humanística, con un accionar en base a actividades original y permanentemente creativo.
  - 3) Proyección de la Carrera en la zona del Litoral (Pcia. de Santa Fe, Entre Ríos) y aún otras Pcias, por lo ya señalado, procedencia de los alumnos inscriptos y que corrobora la vigencia de la apertura de nuevas opciones de estudios, que coadyuven a corregir tendencias tradicionalmente orientados hacia carreras clásicas.
  - 4) La posibilidad real y concreta de satisfacer áreas críticas en Salud, Educación Especial y Acción Social, requerimientos acreditados por diversos organismos del sector público y privado.
- Esto representa la expresión de la política actual de la Universidad.

### Objetivos del Plan de estudios

El actual Plan de estudios, elaborado en 1981, puesto en ejecución en 1986, y que responde a una estructura básica para la formación de profesionales, está siendo analizado para posibles cambios:

- 1) Incluir asignaturas que ayuden al estudiante al conocimiento básico para la investigación, tales como: Teoría y Metodología de la Investigación, Técnicas de investigación en Terapia Ocupacional, que le permitirían cuando egrese, aplicar los mismos e implementar una dimensión creciente del conocimiento científico.  
Administración y organización industrial, Medicina del Trabajo.  
Asignaturas del área Pedagógica: Didáctica, Ética, Administración de Programas de base comunitaria y otras para completar una formación profesional acorde al desarrollo actual de la comunidad.
- 2) Capacitación docente de Terapia Ocupacional y de alumnos.  
El desarrollo de las actividades docentes, necesita de una capacitación básica para poder participar en la estructura educativa universitaria, ello implica que el profesional y el alumno sean capaces de manejar el sistema de enseñanza - aprendizaje y dialéctica, para llevar a cabo una formación dinámica. Actualmente las Terapistas Ocupacionales, se encuentran cursando capacitación docente en la Universidad Nacional del Litoral y en la Universidad de Entre Ríos.  
La inclusión de los estudiantes en la Cátedras de Terapia Ocupacional I y Anatomía, les ha permitido iniciar la práctica docente.
- 3) Dentro de los objetivos del Plan de estudios, consideramos la apertura de nuevos campos laborales. Actualmente, el relevamiento efectuado de las Instituciones de la ciudad de Santa Fe y Paraná, nos posibilita iniciar las acciones de Terapia Ocupacional a través de la Práctica Clínica.

El conocimiento y participación en proyectos de tipo comunitario vinculados a Salud, Educación Especial y Acción Social brinda la oportunidad de sumar esfuerzos, creando espacios participativos institucionalizados.

### Objetivos a tener en cuenta en el futuro

- 1) Investigación básica y aplicada de Terapia Ocupacional en diferentes campos, de acuerdo a las necesidades de la comunidad en una tarea conjunta entre profesores y alumnos.
- 2) Educación continua: posibilitar la actualización de conocimientos para egresados, estudiantes y docentes, a través de diferentes programas:
  - a) Programas de revisión y puesta al día de conocimientos.
  - b) Programas para capacitación específica en áreas determinadas.
  - c) Programas para perfeccionamientos, especialización.
  - d) Programas para educación a distancia.
  - e) Programas para currículas de Post-Grado, Residencias, etc.
  - f) Programas para la realización de encuentros, talleres seminarios itinerantes y otras actividades, orientadas a facilitar la capacitación y el intercambio de experiencias del personal directivo y docente.
  - g) Programas para la actualización y superación del personal docente sobre la base de las experiencias y prospectivas de la Carrera de Terapia Ocupacional.
  - h) Intercambio de experiencias con organismos nacionales e internacionales a través de la organización de visitas y seminarios.
  - i) Elaboración y difusión de artículos, folletos, material bibliográfico, relativos a Terapia Ocupacional.
  - j) Programa de cooperación interinstitucional, para organización y desarrollo de Programas de educación continua.

Por lo que debe existir un área específica de la carrera, que planifique lo atinente a los programas de extensión de la Universidad, basado en que las falencias en esta área, conducen al deterioro progresivo de los profesionales, de la calidad de las prestaciones y al estancamiento de la formación curricular.

### 3) Formación de Post-Grado

Para complementar la organización Académica de la Carrera, se debe considerar la posibilidad de un Instituto de Investigación de Terapia Ocupacional, para implementar la Carrera de Investigador en Terapia Ocupacional, formando parte de las currículas de Post-Grado, por lo que el estudiante y egresado, podrían canalizar por este medio, la proyección de su formación básica y prospectiva, beneficiando a todo el universo de Terapia Ocupacional.

## Conclusiones

- 1) El desarrollo de la Carrera de Terapia Ocupacional en esta Universidad, muestra un modelo participativo creciente entre la comunidad universitaria y los diferentes sistemas de las sociedades, nacionales, provinciales, privadas de salud, de Educación Especial y Acción Social.
- 2) Existe un programa con objetivos dinámicos que se van estructurando, para permitir un cambio continuo, acorde a los recursos que puedan coordinarse y que beneficia al crecimiento de la profesión.

**T.O. Beatriz Arriola de Mines**

Coordinadora de la Carrera de Terapia Ocupacional en la Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" de la Universidad Nacional del Litoral.

**T.O. Marta E. del H. Suter**

Profesora Titular de Terapia Ocupacional I en la Carrera de Terapia Ocupacional - Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" de la Universidad Nacional del Litoral.

# Experiencia Institucional Sistemática con Técnicas Psicodramáticas en Formación Psicoprofilaxis Profesional

Lic. Alicia Monchiatti  
Valencia 5330 - Mar del Plata

T.O. Ana Luján Panablanco  
Francia 592 - Mar del Plata

Universidad Nacional de Mar del Plata. Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento. Carrera: Terapia Ocupacional. Cátedra: Dinámica de Grupos.  
Funes y Peña - Mar del Plata.

## Desarrollo

Nuestro propósito es comunicar el resultado de más de 10 años de trabajo en la formación de Terapistas Ocupacionales en la coordinación grupal en nuestra cátedra.

En la organización primero y en la elaboración constante de las actividades de la cátedra nos fuimos dando cuenta de la posibilidad y necesidad de aportar elementos al diseño del rol del terapeuta. Así, las experiencias que fuimos realizando nutrieron reflexiones que realimentaron cambios en la práctica.

El problema creíamos se nos planteaba más o menos así: ¿Cómo formar terapeutas que trabajaran con las personas enfermas, fuera cual fuere su enfermedad? Que incluyeran la consideración de la personalidad particular, lo que requiere modos y estrategias también particulares y tomar conciencia de afinidades y rechazos?

En esta línea, ¿Cómo facilitar la comprensión de que esto implica estar muy avisado de que trabajar terapéuticamente en un grupo forece otras muchas posibilidades que ahorrar tiempo y espacio poniendo unas personas junto a otras mientras realizan una tarea?

Desde esta perspectiva se procuró dar respuesta a la necesidad de que el alumno fuera elaborando el rol de coordinador grupal.

Instrumentamos entonces una estrategia teórico - vivencial que diera oportunidad de comprensión en dos vertientes:

- lo que pasa en un grupo (proceso manifiesto y latente, roles transferenciales, etc.).
- lo que le pasa al coordinador grupal en un grupo (sus necesidades, fantasías, temores personales, etc. y la modalidad que, a través de ellos imprimirá a su tarea).

## Metodología

Para proporcionar la experiencia así planteada se dispuso de 3 equipos de co-coordinación compuestos cada uno de un Terapeuta Ocupacional y un Psicólogo, con grupos de aproximadamente 20 integrantes, alumnos de 2º año de la carrera.

Se emplearon principalmente juegos dramáticos, gestálticos, rol-playing, reflexión y discusión, entrenamiento en observación, brindando en los prácticos un espacio vivencial complementario de los teóricos.

Creemos oportuno aclarar más el cómo y el porqué de la secuencia que se siguió.

En la primer reunión se informa sobre objetivos y técnicas que se emplean y sobre correlación entre teóricos y prácticos.

En los encuentros sucesivos se utiliza caldeamiento inespecífico y específico a través de técnicas diversas que le permiten al alumno:

- lograr un nuevo grado de integración grupal en un grupo ya preexistente.
- observar y comentar distintos modos de conducta y participación grupal, incluida la propia.

Un nuevo módulo es iniciado cuando se "juegan" situaciones básicas como por ej.: "el primer día en el jardín de infantes", "una hora en el colegio secundario", "una fiesta familiar", etc., que comenzarán a revelar al alumno modalidades que le son propias de establecer y aún conformar vínculos.

Estas modalidades luego serán perseguidas, pesquisadas a través de todas las dramatizaciones. También el "Paciente" y el "coordinador" dramatizados serán incluidos en esta forma de comprensión.

Paso seguido se trabaja con "pacientes", coordinando en el inicio el terapeuta y comenzando con patología cuyo abordaje suponga, en general, un menor compromiso emocional, pro ej. ciegos, deficiencia mental leve, etc. Se procura que cada alumno ocupe el rol tanto de "paciente" primero, como de coordinador después, de manera que al comparar experiencias y vivencias, éstas se enriquezcan.

Se concluye con trabajos de co-coordinación y se señalan los aspectos más importantes a tener en cuenta en el vínculo entre coordinadores y entre éstos y el grupo.

Creemos rehacer a través de esta secuencia aspectos del camino que une identidad personal e identidad profesional, partiendo profesional, partiendo del hecho de que un conocimiento de las reacciones habituales, temores y predilecciones, pretrechan mejor para el futuro ejercicio profesional, ya que permite asomarse a la comprensión del fenómeno transferencia-contratransferencia.

**Algunas observaciones**

- [Redacted text]
- [Redacted text]
- [Redacted text]
- [Redacted text]
- [Redacted text]

**Conclusiones**

[Redacted text]

# "Sistema de Supervisión y su Importancia para un Adecuado Desarrollo del Rol Profesional"

T.O. Graciela Beatriz Mosqueto

T.O. del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata 1.975-1981

Docente de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de La Rioja 1981-1987.

Actual T.O. de CE.NA.RE.SO (Combate de los Pozos 1133-1245 - Buenos Aires).

Avda. Scalabrini Ortiz 1825 - 3° D - Capital Federal.

## "2do. CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL Y 1er. SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL"

Octubre, 1988

Buenos Aires, Argentina.

Luego de realizar la experiencia en Supervisión de alumnos con resultados positivos, no solamente nivel educativo, decidí investigar más profundamente y basándome en la experiencia recogida durante los años que ejercí dicha función, traté de recopilar la bibliografía que permitía ajustar la misma a algún esquema referencial.

Reed, dice que el propósito de la supervisión es conducir o dirigir el personal para proveer o desarrollar un servicio eficiente. Etimológicamente Supervisión quiere decir "mirar desde lo alto", pero en su sentido más amplio, es un *proceso dinámico y sistemático donde se produce un intercambio de experiencias entre Supervisor y Supervisados y de cuya interacción resultan cambios, modificaciones o creación de nuevos propósitos y objetivos de tipo personal, profesional, institucional y comunitario, tendientes a mejorar la calidad de la presentación o servicio y cuyos fines pueden ser Educativos, asistenciales, Productivos o Sociales.*

Desde el punto de vista educativo, el perfeccionamiento de la calidad profesional, permite una integración eficiente de los conocimientos teóricos y situaciones concretas que se deben resolver, desarrollando y profundizando un pensamiento científico para comprender con mayor precisión los fenómenos que se observan, utilizando el Análisis de Actividad, con el intercambio y clarificación la indicación o contraindicación de las mismas: el abordaje en general y las implicancias de la aplicación de éstas en cada institución o grupo en particular.

Esta metodología se aplicó utilizando la técnica del fenómeno grupal para lograr la superación de fuerzas que significan resistencias, debiendo importar más el objetivo común que las disparidades personales, aprovechando así la máxima energía personal para conseguir un perfeccionamiento progresivo con el consecuente aumento de la creatividad. (teoría de Kurt Lewin).

La Supervisión pasa así a ser una fuerza activa, dinámica, en las que entran en juego distintas personalidades perfectamente diferenciadas y cuyo mutuo esfuerzo contribuye a enriquecer y hacer más positivo un programa de trabajo. Un sistema de Supervisión así concebido, debe basarse en el concepto de interdependencia, cambiando las actitudes dependientes y sin iniciativa, por la asunción de responsabilidades propias y eliminando los errores a través de nuevos procedimientos de trabajo, mediante pensamientos ordenados y disciplinados que se basen en conocimientos científicos y no entregado a la casualidad o la improvisación, aunque revalorizando los sentimientos intuitivos de aprehensión de la realidad para lograr la unidad entre teoría y práctica, análisis y síntesis, con un enfoque holístico, integrados, entre los integrantes del grupo y los fines de las instituciones y de la comunidad donde éstas incluyen.

Personalmente creo que es más beneficioso interactuar con una identidad grupal basada en relaciones de cooperación, que en relaciones de competición. Así como contamos con la dinámica de grupos, tendremos que estar atentos a la Psicología institucional para enfrentar los problemas que son organizacionales, también como una estrategia general de nuestra intervención para no sufrir la paralización o bloqueo de las fuerzas creadoras, realizando el diagnóstico de situación de la institución periódicamente, ya que, como dice Bleger, las organizaciones tienden a tener la misma estructura que el problema que tienen que resolver. Si tomamos un período común de Práctica Clínica, basándonos en los tres momentos básicos, el de adaptación a la institución, el de aprendizaje propiamente dicho y el de finalización del período de Práctica; en el primero casi toda la enseñanza-aprendizaje se realiza a través de la observación e información. El alumno se muestra como un ser receptivo, ávido de información, cargado de temores y un tanto inhibido para la acción. El supervisor debe tener presente que toda su actividad, su sola presencia, la comunicación verbal y no verbal, con los pacientes y el personal, autoridades de la institución, será fundamental para el alumno, ya que comienza a identificarse con su supervisor y a establecer sus primeros vínculos en relación al rol profesional que tiene que aprender.

La observación debe ser lo más indirecta que sea posible, para disminuir el sentimiento de tipo persecutorio que genera toda situación nueva de aprendizaje y de inclusión grupal, y pueda así interactuar más libremente. Debemos también examinar nuestros propios prejuicios respecto de los alumnos para que la observación sea de utilidad para el aprendizaje, en función de que sirva para facilitar el vínculo Supervisor-Supervisado y no para trabarlo. Es difícil reconocer el tipo de interacciones que se van a dar en esta relación. Para que la comunicación sea eficaz habrá que equilibrar la ansiedad del supervisado y la del supervisor para no crear un clima perjudicial, lo que exige el análisis constante y la adecuación a cada situación, reconociendo los propios errores, permitiendo así una situación de igualdad en cuanto a la colaboración, participación y asunción de res-

ponsabilidades, aún frente a las equivocaciones, teniendo la posibilidad de admitirlas y enmendarlas. Hay que recordar que este enfoque democrático y cooperativo se diferencia de otras formas de tutelaje o de "laissez faire", sin orientación precisa ni estímulo apropiado para la motivación.

Es de mucha utilidad descubrir los juegos que se pueden dar en esta relación de Supervisor-Supervisado y es de nuestra responsabilidad decidir jugarlos o no, desenmascararlos, neutralizarlos o participar de ellos. (Pleming, Psychonaltic Supervisión).

Para el aprendizaje propiamente dicho, la modalidad utilizada se asemeja a la de grupo operativo en el cual la tarea puede ser la planificación de objetivos, actividades (análisis y objetivos), presentación de casos, problemática institucional o grupal, administración, informes, etc. La frecuencia es graduada desde reuniones diarias, a una o dos horarios fijos por semana, con otras o estipular por alguna situación en particular que así lo requiera, ya sea a pedido del supervisor, del grupo o cualquiera de los alumnos. El tiempo de duración de las mismas varía de una hora y media a dos horas. El lugar de encuentro en general se lleva a cabo en la institución, pero no es determinante, ya que a veces resulta más útil fuera de la misma.

"Está comprobado que cuando un grupo gasta más energía para mantener su cohesión (mecanismo de defensa) menos le queda para progresar hacia sus objetivos y más reducida será su producción. Será entonces el supervisor el encargado de orientar la distribución de la energía y el equilibrio de fuerzas de cuya interacción se generara la máxima creatividad y nueva energía productiva" (K Lewin).

"Si además tomamos el concepto de Yed donde el liderazgo pasa de una persona a otra dependiendo de las necesidades del momento, sus miembros están propensos a unir fuerzas, y conociendo el efecto y el valor expansivo entre sí, pueden elegir influenciar el sistema en un nivel más amplio (es cuando el grupo se ha vuelto conciente de sí mismo y de su potencial). Sea cual fuere el propósito establecido, la función de las redes es el apoyo y el enriquecimiento mutuo, la potencialización del individuo y la cooperación para efectuar cambios..." (M. Ferguson).

En este tipo de Supervisión grupal la principal diferencia es que no es necesario que el supervisor sea personal estable de la institución para que se realice el proceso de enseñanza-aprendizaje.

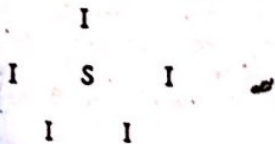
Además nos explica en parte cómo no solo con el aprendizaje de las técnicas terapéuticas se producen los cambios en los pacientes, sino también, cómo éstos se propagan a la institución y a la comunidad y cómo esta metodología aplicada devuelve a la Universidad una respuesta inmediata sobre los mismos, y por ende surge el reconocimiento y la importancia de la formación del recurso humano acorde a las necesidades reales del medio.

Por último, para el tercer momento de práctica, diré que si bien el sistema evaluativo está inserto en todo el proceso de supervisión, aprendiendo el alumno a valorar por sí mismo todos los requisitos exigidos para su capacitación, el Supervisor sólo tendrá la función de aclarar o ajustar esta valoración de acuerdo a la realidad observada (sobreevaluación o desvalorización), pero casi siempre esta autoevaluación fue correcta. Se considera entonces de suma importancia que en la fase final se realice una orientación con sugerencias positivas para el futuro profesional; y en el caso de haber elementos negativos que no hayan podido superarse con el aprendizaje, el alumno podrá elegir repetir la práctica o buscar el apoyo necesario para modificar los aspectos que interfieren en su desarrollo y formación profesional.

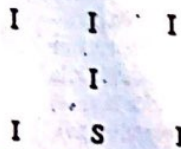
Hasta aquí he tratado de sintetizar el marco teórico dejando a consideración la bibliografía que puede ayudar a que los Supervisores podamos avanzar en la capacitación utilizando abordajes que nos permitan afianzar y desarrollar el rol del T.O. que ha tenido una evolución insospechada por muchos de nosotros cuando elegimos esta profesión.

### Modelo Graficado

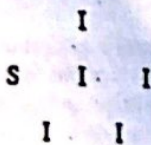
1 - El Supervisor coordina el grupo



2 - El Supervisor participa con el grupo



3 - El Integrante coordina el grupo



4 - Sin coordinador



I I I  
I I  
5 - Otra persona lo coordina  
I  
I O I  
I I

6 - Cuando el efecto del grupo influencia zonas vecinas

Universidad

Sistema de Enseñanza

Comunidad

Supervisor

Organización  
Institucional

Grupo de Alumnos

## Ventajas y Desventajas de este tipo de Supervisión

### Ventajas

- Es un sistema ágil y dinámico que favorece el proceso de una educación libre y personalizada; no directiva y paternalista; sino de autosuperación y realización participativa del alumno.
- Es factible de imponer cambios y administraciones diferentes con máxima rapidéz y eficacia.
- Hay una gran economía de tiempo con mayor flexibilidad horaria.
- Se puede supervisar a un número mayor de alumnos en distintas instituciones a la vez.
- Equilibra la tarea profesional; facilitando una mayor objetividad; contrarrestando la contaminación de los problemas inherentes de cada institución.
- No es necesario que el supervisor sea personal efectivo de la institución.
- Es propicio para abrir nuevos departamentos de T.O.
- El personal de la institución colabora y comparte responsabilidad en el proceso educativo; sintiéndose útil y valorado.
- Entre los alumnos, disminuyen los sentimientos de rivalidad; favoreciendo el espíritu solidario y se establece una sana competencia aprendiendo y logrando el trabajo en equipo.
- Se logran cambios importantes en diferentes niveles de la institución; aumentando el bienestar general de los pacientes.
- Se beneficia la comunidad en la cual la institución presta sus servicios.

### Desventajas

- Se pueden crear conflictos y confusión entre el sistema educativo universitario tradicional y la aplicación de este sistema.
- Podría no ser recomendable para primera práctica; ya que puede perjudicar la adaptación a otras prácticas que no sean con este sistema de supervisión.
- Si la asimilación del alumno es muy lenta; puede ser perjudicial.
- Aumenta la dispersión de la tarea del supervisor; por lo que debe cuidar y analizar constantemente su marco o esquema referencial teórico.
- El ambiente de libertad y la seguridad que se adquiere; otorga al supervisor y al alumno sentimientos de omnipotencia.
- La institución es influenciada por los cambios y el dinamismo propio de esta modalidad; originándose crisis las cuales hay que contener o ayudar a resolver; con el consecuente stress que esto significa.
- Se pueden presentar problemas que requieran la participación del supervisor y éste no encontrarse en la institución.
- La institución queda privada de la prestación de T.O. en los períodos en que no se realiza práctica clínica.
- Algunas veces los pacientes hacen una regresión en sus conductas; en los períodos en que no hay T.O.
- Estas dos desventajas suelen ser momentáneas y parciales ya que en general; suele ser el factor determinante para el nombramiento de profesionales en el área.

### Resultados de la Experiencia

- Se logró el reconocimiento del rol profesional del Terapeuta Ocupacional.

- Se solucionó el problema de falta de supervisores, cuando no hay T.O. en la institución o cuando el mismo debe tomar licencias.
- Se solicitó la inclusión de este sistema en instituciones que aún no tienen la posibilidad de crear el cargo.
- Se posibilitó la asistencia *ad honorem* cuando el alumno se graduó.
- Se crearon cargos de T.O. en las estructuras de instituciones nuevas o para las ya existentes.
- Se concedió el espacio físico y mobiliario para T.O. y se contempla en el presupuesto la compra de elementos.
- Se solicitó Supervisión de Post-grado (institución o T.O.).
- Se jerarquizó la tarea del Supervisor y se esclarecieron sus funciones:

### Nivel de Exigencia Requerido

- Requiere una alta capacitación del supervisor en manejo institucional, conocimiento de la propia personalidad, experiencia en coordinación de grupos, capacidad de efectuar relaciones sociales, vocación e interés de enseñar, adecuada clarificación del rol profesional, plasticidad para efectuar cambios constantes, alto poder de organización y administración básica.
- El alumno debe tener una formación o educación previa en un ambiente libre que fomente y estimule el estudio independiente y responsable. Tiene que aprender a manejar su ansiedad y aumentar la capacidad de espera entre una reunión y otra o aprender a solicitar ayuda cuando la necesite.
- Cuando no hay T.O. en la institución, es indispensable ensamblar los programas de los diferentes períodos de prácticas (1, 2, 3, 4) dentro de la inclusión o creación del departamento, por las diferencias de los objetivos de aprendizaje de cada una de ellas.

### Conclusiones Generales

- La supervisión enriquece y desarrolla al Supervisor no sólo en el cumplimiento del rol docente, sino también, en su identidad personal y profesional.
- Es efectiva para ser aplicada a nivel docente, asistencial y para perfeccionamiento y capacitación de Post-grado.
- Cumple función preventiva al preservar la salud del estudiante y del T.O.
- El supervisor debe capacitarse para ejercer dicha función.
- Al ejercerla se pueden experimentar nuevas técnicas o procedimientos ampliando el horizonte de las teorías y el conocimiento científico.
- Es promotora de salud y educación a nivel institucional y comunitario.
- Ha sido implementada por algunos supervisores en Bs. As., Mar del Plata y La Rioja pero al no estar sistematizada, no ha sido lo suficientemente valorada, reconocida, ni presupuestada, en los primeros años, ni por el estado y menos aún a nivel privado.
- La Supervisión debería brindarse como un servicio gratuito por los organismos del estado o a través de las Asociaciones, como medida de seguridad e higiene en el trabajo.

### Bibliografía

- Reed  
Cap. VI Servicios Indirectos. Supervisión.
- Consejo de la Federación Mundial de T.O.  
"Recomendaciones Mínimas para la formación profesional de T.O." ed. 1958, (revisada 1963; 1971).
- Williamson Margaret  
Supervisión, New Patterns ad Processes.  
Cap. II, III, IV Trad. de 4ª ed. 1967 N.Y. U.S.A. Edit. Humanitas, 1969.
- De Paula Ferreira Francisco  
Jefe, Servicio Social, SENA I. Brasil.  
IV Seminario de Estudios de Asistentes Sociales.
- Usandivaras Raúl J.  
Grupo, Pensamiento y Mito.  
Cap. I Pensamiento Mágico. Eudeba, 1982.
- Pichon Riviere Enrique  
El proceso grupal - Del Psicoanálisis a la Psicología Social.  
Técnica de los grupos operativos (pág. 107).  
Edit. Nueva Visión, 4ª ed. 1978.
- Bleger José.  
Temas de Psicología —Entrevista y Grupos—  
(pag. 55; 87; 107) edit. Nueva Visión, 13ª ed. 1982.
- Schutz William C.  
Todos somos uno —La cultura de los encuentros—  
(pag. 34; 104; 105; 109; 213; 227) Edit. Amorrortu, 3ª ed. 1978.
- Berne Eric.  
Los Juegos en los que participamos.  
Edit. Diana, México 1966 Edit. Vergara 1987.
- Martí de Espeche Héliida

Supervisión en organización y desarrollo de la comunidad.  
Edit. Humanitas, 2ª ed. 1972.

— Anzieu Didier y otros

La dinámica de los grupos pequeños.  
Edit. Kapeluz 1ª ed. 1971 (pag. 120).

— Grinberg Miguel

Mutancia Internacional Nº 2 - Revista de colección. Casilla 260, Sucursal 12. Bs. As. Argentina Transcripción del Art.  
"La conspiración de Acuario" Transformación personal y social en los 1980 por M. Ferguson. Los Angeles. California.

— Jennings Sue

Terapia Creativa

Cap. 10 Jill Savage. El rol y la preparación del terapeuta creativo; algunas reflexiones. Edit. Kapelusz, 1979.

# La Formación Laboral del Discapacitado Mental Leve en Areas donde no existen Escuelas de Capacitación Laboral

Irma Griselda Acosta  
Fontana 868 - Formosa

Es incuestionable que la existencia de Escuelas de Capacitación Laboral para discapacitados mentales es una necesidad, que sin embargo la mayoría de los sistemas educativos provinciales no contempla, dado su siempre limitado presupuesto y el alto costo que implica la Educación Especial, todo dentro de un contexto social donde el discapacitado es aceptado con slogans y no con un compromiso real.

Ante esta realidad los que nos desempeñamos en el ámbito de la Educación Especial y aquellos que realmente sienten un compromiso con este sector marginado por nuestra sociedad, terminamos buscando soluciones intermedias, paliativas de éste inexplicable desamparo y sin embargo creo que lo único que conseguimos es confundir los conceptos y limitar las posibilidades de integración del discapacitado mental leve.

Me refiero a los Talleres y Talleres Protegidos que intentan al mismo tiempo cumplir funciones de Capacitación Laboral.

Si los objetivos de los Talleres Protegidos no están bien definidos y por ende las actividades a implementar correctamente seleccionadas, no se benefician con sus actividades ninguno de los pacientes que asisten a ellos.

Alguien podrá argumentar "siempre es mejor que nada", pero yo pregunto: ¿no es mejor clarificar y propugnar la puesta en marcha de entidades que favorezcan la real inserción de los distintos tipos de discapacitados, que observar pasivamente como se tiende a improvisar, amparándose en la imposibilidad que tienen sobre todo, los deficientes mentales moderados a cuestionar lo que se les ofrece?. O entre los slogans tendríamos que agregar también, "Total son deficientes". Esto surge quizás como consecuencia de la presión tanto de padres como docentes de pretender que un deficiente mental leve aporte su ingreso monetario a la familia a los 15 o 16 años, cuando ésta es una edad en la que la mayoría de los jóvenes están en pleno proceso de formación y preparación para integrarse como miembro útil y productivo a la sociedad a la que pertenecen.

... ¿Es que por el contrario al ser el eslabón más débil no deberíamos darle más tiempo y posibilidad?

Posibilidad sobre todo para que adquiera la madurez emocional necesaria, para que pueda asumir una actitud adulta ante el trabajo y la responsabilidad que el mismo implica.

A esta edad el D.M.L. reúne los requisitos técnicos necesarios para iniciar su aprendizaje laboral, desarrollo motriz y fuerza muscular y ha generalmente, agotado sus posibilidades de continuar con el desarrollo de los programas escolares concebidos, quedando limitado su progreso por su escasa posibilidad de abstracción de los conocimientos.

Pero desde el punto de vista de su madurez emocional sigue siendo un niño, con físico de adulto y sus travesuras se convierten por lo tanto en el ámbito escolar en pequeños actos delictivos.

Entonces surge la presión de los maestros y autoridades escolares imponiendo la necesidad de que ese joven-niño trabaje, ¿como continuación del proceso o como castigo?

Por lo expuesto anteriormente surge la necesidad de derivarlo a algún lugar y al no existir las Escuelas de Capacitación Laboral, se crean con ayuda de las entidades subsidiarias los Talleres Protegidos que por la limitada variedad que en ellos pueden desarrollarse, termina limitando y anulando las ya de por sí escasas perspectivas que la sociedad ofrece al D.M.L. y estos Talleres Protegidos que nacen a veces en el ámbito de las Instituciones educativas, termina por las presiones económicas, tergiversando sus objetivos pues se prioriza la producción a la necesidad de respetar un proceso de aprendizaje, y sobre todo a respetar el tiempo de cada alumno. Y esto que por su nominación debería ser un Taller destinado, no a los D.M.L. que pueden incorporarse al medio laboral competitivo, sino a los D.M.M. concluyen sin aportar a ninguna de las dos categorías de deficientes el objetivo fundamental que se busca y que es, hacer que el adulto deficiente se sienta parte integrante de una sociedad, continuamos segregándolo y haciéndole sentir en forma permanente que es diferente al resto de la sociedad y que por lo tanto debe permanecer separado de ella. ¿Cuál es mi propuesta basada en 15 años de experiencia en Escuela Especial?, ante esto que es una realidad que va en aumento, mi propuesta concreta es que las T.O. que consideramos que el trabajo no debe ser un castigo sino una actividad gratificante que nos conduce a un fin determinado, clarifiquemos estos conceptos y propugnemos que en aquellos lugares donde no existen Escuelas de Capacitación Laboral, se lleve a cabo la formación laboral en los talleres de la comunidad, realizándose esto en forma progresiva y controlada.

Es necesario que nos aseguremos en primer lugar que el alumno tiene la madurez emocional necesaria y si no es así aun que hayan agotado sus posibilidades de continuar con la adquisición de conocimientos intelectuales, que continúen en la Escuela Especial con programas de contenidos que hacen el manejo práctico y con actividades sociales recreativas y deportivas y por supuesto con la concurrencia al pre-taller donde podrán afianzar sus hábitos laborales.

Cuando la formación del hábito laboral está logrado recién podemos plantarnos su inserción en un taller de la comunidad previo despistaje vocacional.

Esta inserción deberá llevarse a cabo como decía en forma progresiva, pues el joven discapacitado desarrolla una dependencia institucional, ya que es el medio donde se siente seguro, comprendido y protegido.

Si no se cuenta con profesionales que puedan llevar a cabo una asistencia psicológica sistemática deberá por lo menos permitírsele que en la Institución educativa comparta con sus compañeros y docentes sus nuevas experiencias para lo cual su concurrencia debe seguir siendo continua y obligatoria. En una primera etapa hacen una importante regresión volviéndose dependientes o indisciplinados en éste medio que vivencian como contenedor. Posteriormente van adquiriendo seguridad en el nuevo medio en el que se desenvuelven y se va normalizando su conducta, adquieren mayor responsabilidad en su medio laboral y a veces espontáneamente solicitan permanecer mayor cantidad de tiempo en el lugar de trabajo.

Es quizás el momento de que vaya adquiriendo mayor independencia y se pueda considerar su egreso de la Escuela Especial, no así la finalización del proceso de resocialización y Formación Laboral que deberá continuar hasta lograr su ubicación profesional definitiva.

Al encarar este programa tropezamos con la resistencia de las empresas por temor a las sanciones del Ministerio de trabajo y a los accidentes de trabajo.

Salvamos ésta situación haciendo tomar conocimientos de la situación de cada menor al Ministerio de Trabajo aclarando que durante el periodo de aprendizaje supervisado por la Institución escolar, no percibirá haberes y por lo tanto no estará amparado por las leyes laborales.

A su vez salvamos la responsabilidad de la Institución Escolar haciendo que los padres nos firmen una autorización ante el Juzgado de Menores para que el joven se traslade por sus propios medios y permanezca en determinada empresa, generalmente abarcando parte del horario en que debería permanecer en la Escuela.

Dado que en el proceso de rehabilitación es fundamental la participación de la familia es importante que la misma participe con la correcta información y brinde el apoyo necesario.

De esta manera con el accionar simultáneo del equipo interdisciplinario, integrado en nuestro caso por las maestras, asistentes sociales, psicólogas, fonoaudióloga y Terapista Ocupacional hemos logrado insertar en el medio laboral competitivo a numerosos D.M.L. que se desempeñan como ayudante carpintero, ayudante de mecánica, ayudante de chapista, ayudante de cocina, ordenanza, ayudante de gomería y jardinero.

Como ejemplo puedo citar: a un deficiente mental leve pero con C.I. en el límite con lo moderado, que luego de hacer su aprendizaje como jardinero trabaja actualmente con esa función en la Municipalidad. Cumple correctamente sus funciones y con la ayuda de la familia que colabora y acepta la problemática del joven, ha aprendido a administrar correctamente su salario.

Otro D.M.L. también con un C.I. bajo con el agregado de afasia expresiva, asistió como aprendiz de ayudante de cocina a una rotisería, donde se desempeñó correctamente, y como en el caso anterior administra adecuadamente sus ingresos. Tiene asimismo una familia continente y comprensiva. Otro D.M.L. con C.I. más alto asistió como aprendiz de ayudante de mecánica a un taller de la comunidad, aprendió el oficio y se desempeñó correctamente, mientras concurre paralelamente a la Escuela. No tiene una familia integrada, lo crió una abuela que ahora lo rechaza. Por ausencias reiteradas fue despedido.

Como ejemplos de la importancia que tiene la inclusión del grupo familiar en éste programa, creo que son suficientes, para no caer en reiteraciones.

Y serían mayores las posibilidades que brindaría la comunidad si tomara real conciencia de que con ésta apertura no está realizando un acto de caridad, sino un acto de justicia.

# "Análisis de las Prestaciones de Terapia Ocupacional en Talleres Nacionales Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica"

## Autores

Prof. · T.O. Marta Suter  
T.O. Adriana Arqueros  
T.O. Eloisa Arias  
T.O. Alejandra Gonzalez

El presente trabajo surge como necesidad de sistematizar y organizar, la labor realizada a diario en nuestra Institución, a los fines de posibilitar así una revisión, y realizar los ajustes pertinentes para obtener una mayor operatividad. Para ello fue necesario efectuar un análisis cualitativo de las prestaciones de T.O., determinado por:

### 1) Identificación de la población integrada en el Programa de Rehabilitación Laboral: Discapacitado psiquiátrico con capacidad laboral remanente.

Según el Art. 1º de la Ley 22.431 se considera discapacitado: a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

La población que puede beneficiarse con nuestro Programa de Rehabilitación Laboral corresponde a discapacitados psiquiátricos.

Los discapacitados hacia los cuales se dirige nuestro programa, pueden presentar en su historia laboral interrupciones por la enfermedad, es decir, personas que han desarrollado experiencias laborales competitivas. Otros que por el proceso de su discapacidad nunca accedieron a una experiencia laboral. Por último aquellos que han intentado experiencias laborales fluctuantes, por cortos períodos con resultados negativos. Es importante resaltar que a pesar de presentar una enfermedad psiquiátrica; el tratamiento médico en curso, con la consiguiente remisión del síntoma; permite el desarrollo de capacidades remanentes.

Las características más frecuentes son las alteraciones difusas que se observan en forma de: disminución de la atención y del aprendizaje; rápida aparición de fatiga, trastornos de la voluntad y la acción, en la afectividad, dificultad en la asunción de roles. Las patologías más comunes son: psicosis, retraso mental, epilepsia y alcoholismo, en ocasiones asociadas a otras patologías. El grupo etario varía entre 15 y 70 años, un tercio de la población se halla internada, el resto es ambulatorio.

### 2) Metodología de trabajo de la Institución

La metodología se configura en relación a un período sub-agudo de la enfermedad y su encuadre laboral-social.

a) Objetivos: El objetivo de la Institución es: "Ejecutar acciones de Resocialización y Rehabilitación Laboral de discapacitados mentales, proporcionándoles adaptación, orientación, capacitación laboral, trabajo protegido y toda otra acción que tienda a facilitar su integración social, de acuerdo con las normas técnico-científicas y directivas que le imparte la Dirección Nacional correspondiente".

b) Programas: Adaptación, capacitación, entrenamiento y ubicación selectiva.

#### ADAPTACION:

Este programa trabaja para motivar al discapacitado a que logre la adquisición y mantenimiento de hábitos laborales: asistencia diaria, cumplimentar el horario y la permanencia en el lugar de trabajo durante la jornada laboral; asunción de roles, aceptación y cumplimiento de órdenes, compartimiento del encuadre laboral con sus pares; contacto con elementos, herramientas y materiales por medio de muestras de trabajo. La última parte de este período se instrumenta como pasantía que permite la ubicación del paciente por un período de 15 días en un taller de producción, donde se evalúa su adaptación definitiva. De ser favorable se efectúa la ubicación selectiva.

#### CAPACITACION:

Este programa ofrece la orientación hacia una tarea específica, considerando las capacidades remanentes del discapacitado.

Se lo capacita en el aprendizaje de operaciones que conformen un puesto de trabajo.

#### ENTRENAMIENTO:

Este programa facilita que el discapacitado desarrolle sus habilidades y adquiera la destreza necesaria para desenvolverse con autonomía en su puesto de trabajo.

#### UBICACION SELECTIVA:

Esta generalmente se superpone con la etapa anterior ya que, una vez que el discapacitado es entrenado en su puesto de trabajo, define su permanencia en el mismo. Facilita la orientación para obtener:

- 1) Un empleo competitivo en la comunidad o en la Institución.
- 2) Un puesto de trabajo protegido en la Institución.

c) Técnicas: Abordaje interdisciplinario, individual, grupal, familiar.

El abordaje se realiza por un equipo interdisciplinario compuesto por: Área de T.O., Servicio Social, Psicología y de Medicina. Se realizan entrevistas de admisión interdisciplinarias, que se utilizan para evaluar el ingreso o no del postulante.

Los aportes de cada área permiten un perfil inmediato y global del estado actual del paciente. Cada área realiza entrevistas individuales con el Operario-Discapitado una vez ingresado. Las entrevistas grupales se realizan con Operarios-Discapitados, Operarios-Discapitados y Supervisores, y Supervisores coordinadas todas por psicología y con participación de T.O.

Entrevistas familiares: Se trabaja con la familia del paciente para que ésta sea participe y colabore en la rehabilitación laboral del discapacitado.

Se realizan entrevistas familiares de T.O. con Psicología y Servicio Social. A su vez Servicio Social efectúa reuniones multifamiliares en el período de adaptación.

### 3) Organización industrial de la actividad laboral

La Institución cuenta con 11 Talleres en Capital Federal, estos son:

- TALLER PROTEGIDO Nº 1 Costura y Tejido.
- TALLER PROTEGIDO Nº 2 Metalurgia y Galvanoplastia.
- TALLER PROTEGIDO Nº 3 Herrería, Pintura e imprenta.
- TALLER PROTEGIDO Nº 4 Laboratorio.
- TALLER PROTEGIDO Nº 5 Carpintería.
- TALLER PROTEGIDO Nº 6 Imprenta.
- TALLER PROTEGIDO Nº 8 Intrahospitalario Hospital Moyano. Costura y Tejido
- TALLER PROTEGIDO Nº 14 Capacitación en Carpintería industrial.
- TALLER PROTEGIDO Nº 17 De Adaptación y Orientación.
- TALLER PROTEGIDO Nº 18 Armado y Expedición.
- TALLER PROTEGIDO Nº 19 Intrahospitalario Hospital Borda Herrería, Carpintería y Pintura.

La ocupación está diagramada como proyectos estandarizados.

En estos Talleres se diferencian algunos por poseer características particulares:

**TALLER DE ADAPTACION Y ORIENTACION:** El Operario-Discapitado ingresa después de la entrevista de admisión y va rotando por muestras de trabajo correspondientes a diferentes puestos de trabajo de varias ocupaciones.

La permanencia es de uno a tres meses. La jornada laboral es de cuatro horas y se le asigna la cuarta categoría de peculio.

**TALLER Nº 6 - IMPRENTA:** Funciona en la Imprenta Central del Ministerio de Salud y Acción Social bajo la modalidad de enclave, o sea que los pacientes son incluidos en tareas seleccionadas entre el personal de la Planta.

**TALLERES INTRAHOSPITALARIOS BORDA Y MOYANO:** Se hallan ubicados en los Hospitales mencionados y la población que concurre es exclusivamente de internación, con el objetivo de ofrecer un programa de adaptación y readaptación laboral.

**TALLER DE CAPACITACION PROGRAMADA:** Este Taller ofrece capacitación en operaciones de carpintería de mayor complejidad hasta llegar a armador. Siendo derivado luego de la capacitación a un Taller de Producción.

### COLOCACION SELECTIVA

Una vez que el Operario-Discapitado finaliza el período de adaptación es derivado a Taller de Producción, teniendo en cuenta la determinación del equipo interdisciplinario, en relación al diagnóstico laboral y a los puestos de trabajo. El encuadre laboral es el mismo (espacio) que los agentes de la Institución. La ropa de trabajo es igual a la que usa el resto del personal, lo que favorece la integración, y evita la diferenciación dentro de la Institución.

El operario-discapitado cumple una jornada de 5 horas, al iniciar este programa, teniendo posibilidad de acceder a 3ª, 2ª, 1ª categoría de acuerdo a su evolución y condicionado al presupuesto que maneja la Institución. Estos ascensos son evaluados por Supervisor, Jefe de Planta y Equipo Interdisciplinario.

El objetivo del peculio que perciben mensualmente, es incentivar e incrementar la valorización personal y coadyuvar al proceso de Rehabilitación Laboral.

Luego de permanecer cuatro meses en la Institución tendrá acceso a licencia con goce de peculio siendo la inicial de siete días y progresivamente 15 y 21 días corridos.

Acorde a las posibilidades de cada Operario-Discapitado y por las características del puesto de trabajo que ocupa puede ser capacitado en el manejo de máquinas semiindustriales o industriales con que cuenta la Institución siempre bajo supervisión adecuada.

Dentro del proceso de Rehabilitación Laboral los Operarios-Discapitados tienen acceso a todos los puestos de trabajo, desde limpieza hasta tareas administrativas.

La organización industrial de todos los puestos de trabajo con sus respectivas tareas y operaciones está estructurada por el Departamento de Producción de la Institución y acorde a las órdenes de trabajo que se demanden.

### CODIFICACION DE LAS PRESTACIONES DE T.O.

En base a la identificación de la población, metodología de trabajo y organización industrial de la actividad laboral en la Institución se discriminaron las prestaciones de Terapia Ocupacional específicas y compartidas. Codificadas de la siguiente manera:

- a) **ENTREVISTA DE ADMISION:** Es una prestación compartida con el equipo, donde Terapia Ocupacional registra datos acerca de los antecedentes educacionales, laborales, autonomía personal y social, actividades de esparcimiento e intereses, su desarrollo y trastornos.
- b) **ENTREVISTA DE EVALUACION DE TERAPIA OCUPACIONAL:** Se realiza una vez ingresado el discapacitado en su período de adaptación a fin de obtener un registro detallado del estado actual, antecedentes, capacidades remanentes.

- tes, aptitudes e intereses que van a posibilitar una evaluación que oriente hacia la selección de un puesto de trabajo acorde a sus posibilidades.
- c) **ENTREVISTA-EVOLUCION:** Es el espacio para evaluación continua del discapacitado, durante su permanencia en los programas de Rehabilitación Laboral, que permite realizar ajustes en lo que se refiere al aspecto laboral, relaciones interpersonales (pares, supervisores, profesionales).
  - d) **ENTREVISTA FAMILIAR:** Esta prestación realiza T.O. en forma individual o con otros integrantes del equipo. Registra información complementaria de la enfermedad del discapacitado, su rol en el grupo familiar, expectativas en relación a la Rehabilitación Laboral y conciencia de la discapacidad. Favoreciendo con esta prestación la comunicación, conocer el encuadre laboral en el que se desenvuelve el familiar discapacitado, la colaboración que puedan prestar los demás integrantes. Esta prestación se realiza en el período de adaptación y cuantas veces sea necesario, durante la permanencia en la Institución.
  - e) **ANALISIS OCUPACIONAL:** Registro de todos los requerimientos de las operaciones, tareas y puestos de trabajo que están organizados en todos los Talleres acorde a la producción que ha sido planificada por el Departamento de Estudios y Proyectos de la Institución.  
Esto permite orientar la derivación del discapacitado para ejecutar una actividad laboral acorde a su capacidad remanente.
  - f) **EVALUACION EN PUESTO DE TRABAJO:** Esta prestación la realiza T.O. a través de la observación directa. Se valoran las habilidades y destrezas, manejo de herramientas y materiales, funciones cognitivas, y las condiciones ambientales. Se trabaja en forma conjunta con el Supervisor, a quien se lo orienta y se le indican pautas para el adecuado abordaje.
  - g) **TRATAMIENTO ESPECIFICO:** Esta prestación está referida a aquellas acciones que se implementan a diario y que intentan resolver generalmente situaciones particulares de los pacientes en el Taller, comprende:
    - a) Comunicación con el médico tratante, registros e informes.
    - b) Comunicación con la familia.
    - c) Comunicación con otros.
    - d) Comunicación con Supervisores.
    - e) Entrevistas informales con Operarios-Discapacitados.
    - f) Evolución y registro en el legajo laboral.
    - g) Control de Peculio.
  - h) **REUNION CON OPERARIOS-DISCAPACITADOS:** Esta prestación consiste en reuniones semanales coordinadas por un psicólogo en la cual T.O. participa y cuyo objetivo es tratar los diferentes problemas que se plantean en el área laboral, y facilita que el grupo los resuelva por sí mismo con la orientación de los profesionales. Apoyo para el desarrollo del rol laboral.
  - i) **REUNION GENERAL DE PROFESIONALES:** Se realiza semanalmente y agrupa a los profesionales de todas las áreas, coordinada por el Jefe de Rehabilitación. Presenta dos momentos, en el primero se efectúa el relevamiento del movimiento de pacientes en los diferentes talleres: ingresos, egresos, pasantías y pases. En el segundo se abordan temas de interés del equipo, ya sean administrativos o de cualquier índole. Una vez por mes se realizan ateneos en este mismo espacio.
  - j) **REUNION DE TERAPIA OCUPACIONAL:** Concurren los integrantes del área de T.O. Los temas que se tratan comprenden: la modalidad de trabajo de cada terapeuta en su taller y la planificación de estrategias inherentes al área y revisión de los programas.
  - k) **REUNION DE EQUIPO DE CADA TALLER:** Denominada reunión de síntesis, participan los profesionales y jefes del Taller. El objetivo es la supervisión grupal de los Operarios-Discapacitados y resolución de los objetivos específicos de cada discapacitado.
  - l) **REUNION CON SUPERVISORES:** Se realiza semanalmente coordinada por un psicólogo y participación de T.O., y los supervisores de los Operarios-Discapacitados. El objetivo es resolver el abordaje y seguimiento, determinando las indicaciones para las dificultades.  
La orientación que se brinda a los supervisores es también una tarea para aprender el manejo de situaciones emergentes propia de cada discapacitado.
  - m) **VISITA DOMICILIARIA:** Esta prestación surge cuando la familia del discapacitado se ve imposibilitada de concurrir a la Institución o por considerar conveniente evaluar el ambiente familiar donde se desenvuelve. Los datos a recabar tendrán relación directa con las actividades de automantenimiento, producción y recreación.  
Esta prestación se realiza esporádicamente, dado que insume mayor tiempo.

## Conclusiones

La discriminación de prestaciones de T.O., específicas y compartidas, nos permitió diferenciar aquellas que son aplicables a cualquier Institución de Rehabilitación Laboral: entrevista de admisión, entrevista de evaluación de T.O., entrevista de evolución, entrevista familiar, evaluación de puestos de trabajo, reunión con Operarios-Discapacitados, reunión general de profesionales, reunión de T.O., reunión de equipo de cada Taller, reunión con supervisores y visita domiciliaria. Y la que se configura como una modalidad originaria de la Institución, la prestación de tratamiento específico.

Asimismo, surge como resultante de lo expuesto, la planificación de un relevamiento estadístico para el cual se confeccionó una ficha de uso exclusivo de T.O. para cada Taller, en la que se consignan: nombre y apellido del Operario-Discapacitado, edad, sexo, diagnóstico (utilizando el código de tabulación de la O.M.S.) y días de concurrencia, dando como resultado el total de prestaciones mensuales de toda el área.



Esto posibilitará la cuantificación de las mismas y futuras rectificaciones para lograr el óptimo rendimiento y brindar cifras estandarizadas en este Programa de Rehabilitación Laboral.

## El Agujero

T.O. María Dolores Montilla

"Lo mismo podemos decir de los pajarillos que llaman pardales, pues apenas se hallará agujero de casa sin ellos".

Mientras así se refería el poeta Luis de Granada, la Enciclopedia definía... AGUJERO:

"Abertura más o menos grande y redonda que se hace en alguna parte".

Y entonces, AGUJERO: nido sin pájaro, posibilidad de asomarse, posibilidad de mirarse, de introducir, de sacar, rellenar, tapar, abrir, vida, muerte, infinitud, vacío, espacio cósmico, comunicación, incomunicación, demencia. Gico.

Hace un año y medio que Gico prepara su vuelo definitivo, irreversible. Hace un año que tanteo en su nido, localizándolo a veces. No sabe que padece la Enfermedad de Alzheimer. Que hoy tiene 52 años, que trabajó en el área naval, que dictó cátedra, que su esposa y sus cuatro hijos están muy preocupados por si esto se hereda o si se puede prevenir. Por si esta enfermedad se puede detener.

Alma nos consulta desesperanzada. Nos cuenta que en diferentes lugares de atención el mensaje ha sido: "Nada se puede hacer. Llévelo a su casa y espere. El pronóstico es malo".

Alma nos dice: "Sé que Gico morirá ¡Pero cómo, qué le irá pasando, qué tengo que esperar!".

La indicación ha sido Terapia Familiar y Terapia Ocupacional. Alma me cuenta que en la Terapia Familiar con Guillermo, "encuentro un buen soporte para mis descargas, para mis lágrimas". Agrega: "con Uds. me encuentro acompañada". Mientras, Gico ha ido hasta la esquina. Para Alma esto significa que algo quiere comprar. Para mí, otro más de los mensajes indescifrables provocados por su afasia, y en los que sólo cabe la posibilidad de intuir, imaginar, suponer, adivinar y a veces, coincidir.

En esta tarea los objetivos terapéuticos me limitan a: mantener su funcionalidad, sus aspectos sanos, a través de actividades motivadoras y de la recreación del vínculo interpersonal.

"Pere, pere, pere"... Entre ambos buscamos el equilibrio frente a la enorme ansiedad generada por la dificultad para expresar, comunicar, poner palabras. Podemos entender. Gico me muestra su gusto por el café caliente y su desagrado por el tibio. Juntos lo preparamos en la cocina, mientras Gico tararea una musiquita que trato de acompañar.

En el Taller, elige preferentemente el trabajo con "arquilla-horquilla-arcilla... Modela hombres. El primero, con cabeza de elefante sin trompa; sin brazos. El segundo dibujado en cartulina, tiene pantalones. Los señala bien en el dibujo, pero no los encuentra puestos en él. Salta de su cuerpo a la hoja, e impaciente alza la voz diciendo: "Sí, sí, ¡con esto!" Señala una y otra vez el dibujo. Arrebato su hoja y en su mismo tono de voz le digo: Le saco su hoja! ¿Le saco el pantalón? - "No, no, pantalón!"... Gico ha retornado a su nido vacío sosteniendo fuertemente su pantalón.

Concurre una vez por semana y en cada sesión al comenzar, recorre todas las estanterías tocando y levantando cada uno de los objetivos de otros pacientes. Gesticula aprobando o desaprobando cada obra. Busca ávido en el diario los valores de la Bolsa y después se dispone a trabajar. Alma me aclara después que hace tiempo, había invertido un dinero en algunas acciones.

Se enoja o se ríe. No llora. Sus expresiones faciales sólo pueden ser espontáneas, no representadas. Aumentan notoriamente frente a Alma pero resulta difícil decodificarlas.

Mis cambios proxémicos lo alejan o acercan, manteniendo siempre una misma distancia. En una sesión, habiéndome aproximado un poco más, soplo sobre mi cara polvo de arcilla. Actualmente, en ocasiones, se sienta a mi lado para trabajar.

Es capaz de reproducir formas, no pudiendo darles nombre, ni aún repetir correctamente. Modifica el orden de las sílabas: "Buechas" (Buenas noches), o las letras "Martia" - (Marita).

Su afasia de comprensión origina un aumento y exageración en mis gesticulaciones y demostraciones. Utilizo palabras sencillas, tratando de que éstas acompañen mis movimientos. Así nos entendemos.

Los objetivos me limitan, me contienen. Mis expectativas por un cambio en Gico decrecen, mientras su enfermedad avanza.

Ya no puede leer una frase ni escribir su nombre. Ya no tararea musiquitas preparando el café. Jerarquizo la comunicación preverbal. Acompaño mis preguntas con ledridos.

Demencia caracterizada por un proceso atrófico global, comportamiento desordenado, trastornos agnoso-afaso-apráticos e hipertonia muscular.

Comienzo precoz, entre los 40 y 60 años con evolución rápida.

Presentan histológicamente lesiones degenerativas en el protoplasma celular y extrema abundancia de placas seniles diseminadas en la sustancia gris de la corteza cerebral y de los núcleos grises centrales.

# Adaptaciones de Coches y Sillas para Niños Discapacitados Físicos

AUTORES: María Cristina Ríos García-Huidobro; E. Henny K.; L. Humbser D.; V. Moscoso G.; O. Rodríguez V.; E. Uauy M.; L. Yaconi A.  
TERAPEUTAS OCUPACIONALES del Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago.

**Introducción:** El presente trabajo expone la experiencia de la sección de Terapia Ocupacional del Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago (Chile), en la adaptación de sillas y coches de paseo para ser utilizados por niños que presentan anomalías en el control postural. Se especifican los objetivos que se persiguen con las adaptaciones, la forma de confeccionarlas, el costo y el tiempo que los profesionales deben utilizar para hacerlas.

**Lugar de la Experiencia:** El Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago. La sección de Terapia Ocupacional del Instituto está integrada por siete terapeutas y dos auxiliares de servicio. Está inserta en el Departamento Médico, que cuenta además con las secciones de Kinesiterapia y Enfermería. Otros Departamentos son: Pedagógico, Servicio Social, Psicología y Administrativo. El Instituto cuenta con un Taller de Ortesis y Prótesis anexo. En Terapia Ocupacional se atienden niños (hasta 18 años) que son enviados a tratamiento por los médicos fisiatras.

## Descripción del Problema:

Para los terapeutas ocupacionales aparece como una de sus principales preocupaciones la funcionalidad de los pacientes en su quehacer básico diario y en este sentido suelen preocuparse con especial dedicación a la función de los miembros superiores.

Cuando se trabaja con niños que presentan un daño que les dificulta su control motor total, incluyendo el postural, se percibe de inmediato la necesidad de prestar atención al niño como en todo y no sólo a sus dificultades en el uso de brazos y manos. Es por esto que es de extrema importancia preocuparse de la postura durante las diversas actividades. Por otra parte los niños discapacitados físicos son trasladados por sus padres hasta una edad avanzada lo que nos llama a considerar también las necesidades de la familia en cuanto al traslado del niño en un coche de paseo o silla de ruedas, manteniendo la mejor postura posible. La sección de terapia intentó en un comienzo abordar este problema mediante indicaciones a la familia del niño para que las adaptaciones necesarias para mantener una buena postura sentada fueran confeccionadas en el hogar; pero luego se comprobó que la gran mayoría de las familias, por diversas razones, no cumplían con las indicaciones dadas y por tanto los niños mantenían posiciones inadecuadas durante su traslado o permanencia en coches y sillas.

Una solución probable es utilizar coches y sillas confeccionadas industrialmente; pero en nuestro país estos elementos son escasos y caros, haciéndolos inalcanzables para la mayoría de las familias que se atienden y por otra parte, generalmente no cumplen las condiciones adecuadas.

Por todas estas razones estimamos de primordial importancia adaptar los coches o sillas que los pacientes ya tenían o que eran de bajo costo, vigilando estrechamente la confección de adaptaciones o construyéndolas en el taller de la sección de Terapia Ocupacional.

## Dificultades Observadas en los Niños Discapacitados en Relación a la Mantención de la Postura Sedente

La mayoría de los pacientes que ingresan a tratamiento a terapia presentan dificultades para mantener la postura sedente. Sus dificultades más frecuentes son las siguientes:

- Mal control de cabeza y tronco
- Posición anormal de las extremidades
- Inestabilidad por descarga de movimiento

Generalmente lo que encontramos es que la cabeza y el tronco tienden a la hiperextensión, a la flexión y/o a las desviaciones laterales. Por otra parte, uno de los problemas que más interfieren en el logro y mantención de la postura sedente, es la dificultad para flexionar las caderas en ángulo recto, necesario para que la columna lumbar entre en contacto con el respaldo de la silla, y provea a la pelvis de una fijación adecuada para equilibrar el tronco superior. Al no ocurrir la flexión de caderas y el consiguiente apoyo lumbar, el niño queda sentado con apoyo en la región sacra, con cifosis de la columna lumbar y dorsal.

A nivel de miembros inferiores también encontramos generalmente semiflexión, aducción y rotación interna de caderas, con flexión de rodillas, y pies en flexión plantar. Los miembros superiores generalmente se les observa bloqueados, cumpliendo funciones de sostén o apoyo, quedando entonces imposibilitados para realizar cualquier otra actividad.

## Objetivos Terapéuticos de la Postura Sedente Adecuada

Planteamos la necesidad de mobiliario adecuado en los niños que atendemos con el fin de lograr los siguientes objetivos:

- Mejorar la interacción del niño con su medio
- Mejorar el desempeño en las actividades de la vida diaria o actividades básicas de la comunidad
- Favorecer el mejor uso de miembros superiores
- Inhibir patrones posturales anormales
- Estimular el control postural
- Prevenir deformidades

La mejor interacción del niño con el medio es mejorada en dos sentidos. Por una parte la postura sedente adecuada mejora el campo de visión que el paciente pueda tener y por otra influye favorablemente en el aspecto del niño.

Un mejor desempeño en las actividades de la vida diaria o actividades básicas de la comunidad, se observa especialmente durante la autoalimentación o cuando deben ser alimentados por un adulto, ya que en ambos casos es muy importante mantener una postura adecuada. Se favorece el mejor uso de los miembros superiores al eximirlos de su labor de sostén o apoyo, y así permitirles efectuar actividades motoras más finas.

La inhibición de patrones posturales anormales puede ocurrir tanto por la postura general del niño o por el uso de determinados puntos de apoyo.

El control postural podemos estimularlo en parte graduando adecuadamente los apoyos o sujeciones que hemos utilizado y quitándolos cuando ya no es necesario mantenerlos.

La prevención de deformidades es uno de los objetivos quizás de mayor trascendencia, y en este sentido procuramos encontrar la postura más correcta y alineada posible, con el fin de evitar deformidades estructuradas.

## Ejecución de las Adaptaciones

En razón de lo expuesto más arriba el desafío para los terapeutas fue utilizar los coches y sillas que los padres ya tenían, como base para realizar adaptaciones que los hicieran aptos para los niños, o en otros casos guiar a los padres para que adquieran coches de bajo costo.

Para las adaptaciones de los coches o sillas debe evaluarse al niño estableciendo cuáles son sus posibilidades de movimiento y equilibrio así como las deformidades que presentan. Posteriormente a esto deben tomarse las siguientes medidas:

- Ancho del asiento
- Profundidad del asiento
- Alto del respaldo
- Altura del apoya brazos o bandeja
- Posición del apoya pie

Estas medidas constituyen la base sobre la cual diseñaremos las adaptaciones; pero el diseño no es exactamente y en todos los casos construir una silla con estas medidas ya que lo que nos importa es el efecto que las adaptaciones tienen sobre la función del niño, de manera que es necesario observar estos efectos y modificar el diseño hasta obtener la mejor conjugación postural y funcional.

En todo caso y en líneas generales, desde el punto de vista postural, es conveniente considerar los siguientes aspectos:

- El ancho del asiento debe corresponder a las medidas del niño para evitar que se deslice a uno u otro lado y adopte una actitud escoliótica.
- La profundidad del asiento corresponde a la medida entre el apoyo lumbar y el hueso poplíteo. Si es más corto que esta medida, no proporciona una superficie de apoyo adecuada y si es demasiado largo facilita la extensión de caderas desencadenando un patrón de extensión.
- La altura del respaldo demasiado alta reduce el movimiento de los hombros y si es muy bajo no proporciona el apoyo necesario.
- La altura del apoya brazos y bandeja no debe ser en general demasiado alto ya que produce retracción de hombros e hiperextensión de cabeza; y si es muy bajo el niño tiende a apoyarse en la mesa.
- El apoya pie debe diseñarse a una altura tal que permita apoyo plantar y un ángulo recto en rodillas, porque de lo contrario facilitará flexión plantar de los pies y flexión de rodillas y caderas.

La adaptación del coche o silla se realiza: rellenando el respaldo hasta lograr la profundidad del asiento adecuada. Variando la altura del apoya brazos e instalando una bandeja con escotadura. Modificando el apoya pie y proporcionando sujeciones y correas que pudieran ser necesarias.

Para realizar las adaptaciones pueden utilizarse diversos materiales. En la sección se ha utilizado especialmente: madera natural y aglomerada; formalita; espumas plásticas de baja y alta densidad, cartón, cuero y hebillas o velcro. Estos materiales los obtenemos de los padres, quienes los compran a un costo bastante bajo, y en otros casos la institución financia los gastos.

El tiempo de trabajo necesario para ejecutarlos fluctúa entre tres a cuatro horas por coche o silla, realizando el trabajo generalmente el personal auxiliar de la sección, sin cuya colaboración sería imposible llevar a cabo estas adaptaciones. Las terminaciones, forrar o pintar, las realizan las familias en el hogar.

## Precauciones en el uso de Coches y Sillas

Un aspecto al entregar un coche adaptado es dar indicaciones precisas de su uso a los padres, ya que el hecho de proporcionar una silla cómoda para sus hijos implica un riesgo en cuanto al tiempo que el niño permanecerá en ella. Por lo tanto es muy importante dejar en claro que la silla es para ser usada durante un tiempo limitado, permitiendo al niño practicar otras posiciones y movimientos y evitar contracturas propias de la posición sentado permanente.

En este sentido se recomienda a los padres el uso de otros muebles para mantener posición de pie y en otros casos en decúbito lateral o prono.

Es también nuestra preocupación controlar regularmente estas sillas o coches con sus adaptaciones para determinar cambios o variaciones en el tiempo.

## Conclusión

... de los terapeutas del Instituto que este tipo de acción terapéutica debe ser compartida con el resto de los profesionales del equipo de rehabilitación, para así mantener un diálogo crítico permanente que permita mejorar la atención a nuestros pacientes.

# Descripción y Construcción de Tablas Inclinadas

Autores: Sra. Olvido Rodríguez Vergara  
Sr. Enrique Henny Koller

Octubre 1988

## TABLA INCLINADA

### Introducción

El presente trabajo tiene por finalidad presentar la experiencia de la sección de Terapia Ocupacional en el uso de Tablas Inclinadas. Se exponen ciertos fundamentos para su uso, y se describe la confección de la misma.

### Descripción del Mueble

El mueble que se describe ha sido nombrado de diferentes formas: Mesa prona, Muebles de bipedestación, Tabla prona, Tabla inclinada.

En la sección de Terapia Ocupacional, se utiliza el nombre de Tabla inclinada para referirse a un elemento estático que asiste al paciente para permanecer en una posición vertical y con una inclinación variable en el plano frontal en dirección anterior, lo que aparece como una combinación de la postura de decúbito prono y la bipedestación. Para este fin cuenta con apoyos y fijaciones adecuadas y con una superficie de trabajo removible, que facilita la función del paciente con sus Miembros Superiores.

El nombre de Tabla inclinada es utilizado por FINNIE al referirse al equipo para el niño que presenta déficit motor. (Ref. 1). Es importante señalar que este mobiliario es uno de los muchos que puede utilizarse para la bipedestación de los pacientes que requieren asistencia estática con este fin. Pueden nombrarse a este respecto la Mesa Cajón y la Tilt-Table, así como los Parapodios. Es necesario señalar que cada uno de estos muebles tienen su indicación, según lo que se desee conseguir y las condiciones del paciente. (Ref. 2). Se acentúa el uso de la Tabla inclinada, con el fin de mostrar la experiencia al introducir un nuevo elemento en forma sistemática en el tratamiento de los pacientes, y no por creer que este mueble reemplaza al resto del mobiliario que ha sido modificado y que está siendo utilizado.

Desde un punto de vista estricto este mueble puede describirse como una ortosis estática que ayuda a la función fijando algunos segmentos corporales. Los segmentos corporales que controla son los siguientes: pies, piernas, muslos y tronco. Los puntos de apoyo utilizados son: En los pies; la fricción de los pies con la superficie de apoyo, aumentada por el peso del paciente.

En las rodillas, este es uno de los puntos de apoyo principales (punto central si se describe como una ortosis de tres puntos). La Tabla inclinada tiene un apoyo que se opone a la fuerza que ejercen las rodillas hacia adelante, como resultado de la tendencia del paciente a flexionarse. Este apoyo puede ser modificado si la presión de las rodillas es excesiva, aliviando con algún tipo de acolchado.

En la pelvis, este es el punto superior de apoyo para fijar miembros inferiores. El apoyo se provee con una correa que ejerce presión a la altura de los glúteos.

Con estas tres fijaciones puede darse suficiente apoyo a algunos pacientes para que mantengan una posición bípeda. Pero en la mayoría de los casos es necesario dar un apoyo adicional; topes laterales, tanto en torax y pies, así como apoyos para prevenir la aducción de miembros inferiores a nivel de las rodillas y apoyos anteriores para contrarrestar la tendencia a la flexión de rodillas y pies.

### Funciones del Mueble

**Función social:** desde el punto de vista social o antropológico, la postura de pie tiene gran importancia, la que merece ser considerada.

El uso de este mueble es recomendado en las escuelas como una alternativa a la posición sentado.

**Función de Equilibrio:** por medio de esta Tabla se entrega al sujeto una plataforma estable sobre la cual equilibrar el tronco: lo permiten el apoyo de los pies y la estabilización de la pelvis. En este sentido es importante evaluar en la Tabla inclinada las posibilidades del niño que lo ha de usar y no incorporar más fijaciones que las necesarias.

**Función Manual:** se libera a los miembros superiores de una función de apoyo y en muchos casos se aprecia una franca disminución de la tensión debida a la espasticidad, lo que trae como consecuencia una facilitación en el uso de manos. Además se ve mejorada ya que se proporciona una superficie de trabajo a la altura ideal, para lograr un mejor resultado.

**Función de Independencia en AVD o ABC:** como el mueble es desarmable y puede ser arrimado a otro elemento, ya sea otra mesa, el lavamanos, el lavaplatos y así mejorar el desempeño del individuo en estas actividades. Permite autoalimentación en condiciones favorables de liberación de los miembros superiores o de facilitar la alimentación por parte de la madre.

**Función preventiva:** los niños que presentan una incapacidad para mantenerse de pie en forma independiente suelen pasar mucho tiempo, sentados, lo que favorece ciertas deformidades en flexión de miembros inferiores. Por este motivo no tienen la experiencia de soportar peso sobre sus pies; lo que probablemente impide el desarrollo adecuado de las estructuras de

sostén. Además suelen mantener posturas sentadas que en ocasiones impiden el pleno desarrollo de reacciones de equilibrio superiores.

Por estos motivos la Tabla inclinada es una alternativa que permite prevenir deformidades y facilitar la ejercitación del equilibrio.

Formas de Uso: el mueble se entrega a la familia dentro de un programa de rehabilitación, en el cual el uso de este aparato corresponde a una de las diversas indicaciones en el tratamiento del niño.

Generalmente se hace énfasis en el tiempo que el niño puede permanecer en este mueble, el que no puede exceder a una hora continuada. Se señalan las posibles complicaciones que pueden aparecer, especialmente molestias en los puntos de apoyo; las que deberían ser revisadas por el adulto, luego del uso, para observar posibles puntos de presión excesivos.

Es importante que la familia sepa reconocer la postura óptima en este mueble para que corrijan los problemas de alineación corporal que se presentan ocasionalmente o cuando se ha colocado en forma incorrecta al niño. Cabe mencionar que en muchos casos el uso de Tabla inclinada va acompañada de canaletas, para lograr una mejor alineación de miembros inferiores.

Objetivos de Uso: es oportuno señalar, cuales son los objetivos por los cuales pueden indicarse la Tabla inclinada. Se propone aquí una cierta forma de enunciarlos, lo que ayudará a las futuras evaluaciones del caso (paciente) y del mueble.

- Prevenir deformidades secundarias a la mantención de una mala postura.
- Mejorar la función de los miembros superiores.
- Facilitar el desempeño en las AVD o ABC.
- Mejorar el control postural: control de cabeza, tronco, inhibición de patrones anormales, control de descargas involuntarias, etc..
- Acostumbrar a la descarga de peso estática en pies.

Confección de la Tabla inclinada: la gran mayoría de muebles que se entregan, se confeccionan en la Sección de Terapia Ocupacional.

El modelo que se utiliza, fue diseñado en la Sección y una de sus características, es que pueden hacerse modificaciones del mismo material, lo que facilita el proceso de construcción y la adquisición de los materiales.

El valor de los materiales a la fecha de este trabajo es de alrededor de A. 6.000 (aproximadamente u\$s 20) y el tiempo de trabajo utilizado por una persona con experiencia es de tres horas.

## Conclusiones

- La construcción de este mueble ha solucionado en parte el problema de manejo de algunos niños, procurando prevenir deformidades y facilitar función.
- Para que la Tabla cumpla en la mejor forma su objetivo, es necesario observar cuidadosamente al niño en el mueble. Es recomendable al indicarla, probarla antes y durante la confección, para idear los mejores apoyos para ese niño en particular.
- Es importante al indicar su confección al hogar u otro lugar, posteriormente controlarla, tanto por las razones antes expuestas y porque es difícil encontrar algunas personas que comprenda las indicaciones, aunque estas sean bastantes sencillas.
- Es necesario mencionar la importancia de compartir este tipo de acción terapéutica con el resto de los integrantes del equipo de rehabilitación a fin de mantener un diálogo crítico en beneficio del paciente.

### REF. 1

#### FINNIE, NANCY

En su libro "Atención en el hogar del niño con Parálisis Cerebral" se le menciona como "Tablas Inclinadas" (187-190). Se mencionan las siguientes ventajas para su uso.

- Evitar problemas derivados de la permanencia en flexión de los niños con estos patrones.
  - Evitar asimetrías producto de una mala posición sentado.
  - Mejorar el uso de los Miembros Superiores.
  - Mantiene Miembros Inferiores en buena posición: caderas y rodillas extendidas, puede controlarse la posición de los pies.
- Se advierte que el niño no debe permanecer colgado de la tabla en la parte superior. Se menciona su utilidad para ser usada en combinación con los muebles hogareños.

### REF. 2

#### LEVITT, SOPHIE

"Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor".

En el Apéndice se hace referencia al equipo y se mencionan algunos conceptos en relación a los "aparatos para la posición erecta con ayuda". Se dice que no enseñan al niño a mantener esta posición a no ser que la línea de gravedad pase directamente desde las orejas a la parte posterior de los tobillos del paciente; en caso contrario solamente sirven para mantener una posición correcta. Ponen mucho énfasis en la evaluación y en el seguimiento posterior.



## APENDICE 1

### MATERIALES Y CONFECCION

#### Materiales:

- |  |  |
|--|--|
| 1 Tabla de Pino cepillada de 1" x 10"              | 2 cáncamos abiertos                              |
| 1 trozo de masisa, de 10 mm. espesor, 50 x 50 cms. | 1 cadena de 60 cms.                              |
| 1 trozo de formalita (opcional) de 51 x 61 cms.    | 1 tarro de agorex                                |
| 1 trozo de junquillo de 1.8 m.                     | 2 escuadras metálicas reforzadas de 13 x 13 cms. |
| 1 bisagra de pomele (desarmable) de 4"             |  |
| 2 bisagras de pomele (desarmables) de 3"           | 1 pasador metálico de 3 x 5 cms.                 |
| 8 pernos de 1/4" x 2", con sus tuercas             | Espuma plástica                                  |
| Cuero para las correas.                            | Velcro   |
| Tachuelas, clavos                                  | Cola carpintera                                  |

#### Procedimiento:

Se corta la tabla en dos trozos de 1,2 m c/u y uno de 80 cm. Para confeccionar cualquier tamaño de mueble se cortan las tablas de la siguiente manera:

- Una de las tablas de 1,2 m se corta longitudinalmente por la mitad, la otra de 1,2 m se corta en tres trozos de 0,4 m.
- De las tablas longitudinales se pueden obtener las piezas para el pilar central y el pilar de apoyo y eventualmente un apoyo para las rodillas.
- Con los trozos de 0,4 m se obtienen apoyos torácicos y abdominales; y el apoyo pie, al cual se le hace un corte o sacado para ajustarlo al pilar central.
- Del trozo restante se obtienen pies estabilizadores y otros trozos que eventualmente pudieran necesitarse para fijar al paciente.
- Las secciones torácicas, abdominales y el pie estabilizador se unen al pilar central con dos pernos cada una.
- El apoyo pie se sostiene con las dos escuadras metálicas reforzadas.
- Se fija el pie estabilizador al pilar de apoyo.
- Se unen ambos pilares con la bisagra más grande en su parte superior.
- La mesa se une al apoyo torácico con dos bisagras. Enseguida se pega la formalita y el junquillo al borde.
- En la parte inferior de ambos pilares se ponen los cáncamos donde se fijará posteriormente la cadena que mantiene el mueble fijo en una inclinación determinada.
- La correa principal se fija a la altura de los glúteos del paciente, con un pasador en uno de los lados.
- En algunos casos es necesario poner una correa torácica posterior para evitar que el niño caiga hacia atrás.

#### Herramientas:

- Sierra o serrucho (eléctrico de preferencia), taladro, martillo, destornillador de paleta, huincha de medir, escuadra, llave mecánica, espátula, escofina y formón.

## Terapia Ocupacional en Neonatología

T.O. Grill, María Cristina  
 Uriburu N° 658 - Dpto. C - 7000 TANDIL (BS. AS.)

POSTULADO PARA EL PREMIO  
 TANDIL, 11 DE AGOSTO DE 1988

*Trabajo ilustrado con diapositivas*

Al Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales ingresan los recién nacidos que presentan dificultades en la adaptación al medio extrauterino natural, siendo el mayor número de ellos diagnosticados como Recién Nacido Pretérmino.

Se entiende por prematuro al recién nacido con un período de gestación menos a treinta y siete semanas, implicando ello cuidados especiales debido a su inmadurez funcional, con un notable aumento de recién nacidos muertos y de mortalidad neonatal, y un número significativo de sobrevivientes que más tarde encuentran obstáculos en su desarrollo físico, mental y/o emocional.

Debido a su inmadurez estos bebés pueden presentar alteraciones, entre otras, metabólicas, incapacidad para regular la temperatura, problemas para alimentarse, enfermedad de membrana hialina, ictericia, infección, asfisia intrauterina, hemorragia endocraneana, dejando estas, complicaciones, defectos permanentes y desviaciones del desarrollo. Por ello, el aumento de riesgo del neonato prematuro dependerá de la presencia de patologías asociadas, disminución de la edad gestacional o menor peso al nacer.

El nacimiento de un bebé a término es la culminación de la simbiosis Madre-Hijo en el plano biológico, ambos están preparados para ello. En los momentos después del nacimiento atraviesan por un período de sensibilidad especial, donde el bebé pone en marcha toda su estructura iniciando el proceso de separación-individuación y su madre contacta con la realidad las fantasías que fue alimentando durante los nueve meses; en el plano psicológico esta simbiosis continúa dando lugar al establecimiento del apego y comportamiento maternal.

Toda madre piensa y desea en tener un hijo normal y a término, el hecho que el embarazo se interrumpa desencadena en ella un estado de shock, separación temprana M-H y dificultades en el bebé que inhiben el establecimiento de una relación entre la madre y el niño.

Caplan y colaboradores (1965) documentaron bien los principales cometidos que afronta la madre del niño prematuro: "Primero debe encarar la posibilidad de que su hijo muera; segundo, hacer frente a una sensación de incapacidad por no haber sido capaz de gestar un bebé "normal"; tercero, después de los primeros días de incertidumbre debe renovar su relación con su niño, niño separado de ella hasta entonces; cuarto, debe adaptarse a las características específicas del desarrollo de un niño prematuro".

El nacimiento de un neonato prematuro asesta un serio golpe a la autoestima de la madre, a sus capacidades maternas y a su papel femenino. Se lo contempla como la pérdida de una parte del cuerpo, como una agresión a su integridad corporal y como signo de inferioridad interior. El nacimiento prematuro fomenta la sensación de que el niño es irreal, pues se lo percibe como ajeno y resulta más fácil rechazarlo.

Aparecen también sentimientos de culpa y es así como al sentirse "mala" madre para retener a su hijo en el vientre, se cree peligrosa e incapaz de protegerlo posteriormente.

La separación M-H crea un período de suspenso en el que se trata de no pensar en el niño, la madre expresa "no quiero pensar de antemano hasta estar segura" y esta separación es como si desencadenase en la madre impulsos agresivos contra el niño, que la hacen rechazar toda proximidad y eludirlo.

El establecimiento del comportamiento maternal es un proceso frágil. El nacimiento prematuro, el embarazo inconcluso, la separación temprana entre la madre y el niño, y el neonato que al parecer no responde a su madre, conspira contra la respuesta maternal.

Ahora bien, definiendo a la TERAPIA OCUPACIONAL como el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para adiestrar a los pacientes con disfuncionalismos físicos y/o psicosociales; es que abordamos nuestro trabajo teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

— Favorecer el apego y el comportamiento maternal:

- Fomentar el acercamiento M-H: se induce a observar el comportamiento psicofísico del bebé, descubrir rasgos familiares, personales, a fin de establecer una imagen verdadera, verbalizando los sentimientos, hablándole y observando su gesticulación, favoreciendo el contacto visual, recordando a Scheller que dice: "la percepción del otro es "un-ser-capaz-de-participar-en-el-ser", ya que al haber un intercambio de miradas no sólo veo unos ojos, sino que veo una persona que me mira".
- Fomentar el contacto corporal: está comprobado la necesidad y los beneficios para el bebé y su madre el establecer un diálogo tónico, tocar, acariciar, mover al bebé les favorecerá en: un mayor aumento de peso, disminución de apneas, aumento del tono muscular, mayor actividad y mejores respuestas; en la madre se estimula la lactancia, aumento de autoestima al sentirse útil, activa y que su hijo la necesita.
- Fomentar la intervención de la madre en las necesidades básicas cotidianas del bebé: Alimentación: estimulando el reflejo de búsqueda, hociqueo y succión en el bebé mientras es alimentado por sonda nasogástrica, aproximación

# Experiencia de un Equipo Interdisciplinario de Estimulación Temprana en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad de Santa Fe

Terapeuta Ocupacional: Beatriz A. de Mines  
Fonoaudióloga: Graciela Zottarel  
Psicopedagoga: Susana Heredia

## Marco Teórico

En estos últimos años el hombre se ha preocupado y ocupado por sus aspectos indivisos de mente y cuerpo. Consigue así defenderse de innumerables injurias que le afectan desequilibrando esa armonía vital entre soma y psique.

Pensar lo antes mencionado frente a la fragilidad de un niño, fue el móvil que nos llevó a asumir la tarea de orientar y estimular tempranamente según un enfoque transdisciplinario.

Entendemos por Estimulación Temprana, el proceso terapéutico-educativo complejo, dirigido al neonato e infante de riesgo, alto, medio y bajo, tanto biológico como ambiental y su familia.

La finalidad es proporcionar y facilitar experiencias de vida que permitan lograr el máximo potencial de desarrollo dentro de las características de su patología y de las realidades medio ambientales en las que convive.

Se trata, por consiguiente, no sólo de prevenir y asistir al niño, sino de acompañar y vigilar su evolución madurativa.

En el desarrollo del niño se enfrentan e implican mutuamente factores de orden bio-psico-social y si planteamos la Estimulación Temprana como proceso terapéutico-educativo complejo, debemos pensar en un enriquecimiento profesional constante. Este compromiso de enseñar-aprender-trabajar, puede realizarse a través del enfoque transdisciplinario. Esto requiere adoptar una conducta con base en una sólida competencia en la propia disciplina, pero conociendo, comprendiendo y permitiendo a otros profesionales, contribuir en la tarea, asumiendo indistintamente el rol de facilitador de programas.

Se evita así, que el niño sea manejado excesivamente por distintas personas, involucradas cada una de ellas con un aspecto distinto del niño. Tampoco se trata de preparar omniterapeutas, amalgamando disciplinas sin límites claros y precisos, sino que la transferencia de conocimientos, permite ampliar las posibilidades terapéuticas a cada miembro del equipo con un enfoque integral.

El objeto de trabajo en Estimulación Temprana es el niño, su familia y la comunidad que los contiene. Esta modalidad terapéutica se ocupa del niño en su totalidad, del niño como persona.

El objeto de trabajo en Estimulación Temprana es el niño, su familia y la comunidad que los contiene.

Esta modalidad terapéutica se ocupa del niño en su totalidad, del niño como persona.

## Nuestra Realidad como Grupo Transdisciplinario

Nuestro trabajo como grupo en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" de Santa Fe, surge a partir del curso de Postgrado de Terapeutas en Intervención y Estimulación Temprana de la Universidad Nacional del Litoral.

Dicho curso estaba integrado por distintos profesionales del área de Salud y Educación.

La red de vínculos que se establecería entre cada uno de nosotros, no estaría exenta de las influencias de experiencias vinculares pasadas.

La movilización de nuestro yo interno surgió a partir del curso, cuyo objetivo era el niño.

La necesidad de información sobre metodología, técnicas y la de trabajar en equipo, motivó nuestra integración.

De acuerdo al concepto de grupo de Pichón Riviere, en un principio fue agruparnos, reunirnos un número restringido de personas ligadas en tiempo y espacio, sin llegar a constituir un grupo.

La fuerza de un proyecto nuevo, la posibilidad de actuar sobre una realidad tan inmediata como es la atención del niño desde su nacimiento, nos llevó a modificar las constantes de tiempo y espacio, iniciar la internalización de los vínculos creados, constituyendo un verdadero aprendizaje.

El constituirnos como grupo operativo influyó en la posibilidad de salvar los obstáculos propios de todo aprendizaje, la resistencia al cambio.

Ir desaprendiendo conductas individualistas o parcializadas que da la formación de cada profesión para posibilitar nuevas formas de enriquecimiento, fue todo un arduo proceso en el aprender.

Nos permitió encontrarnos a distintos profesionales, que con esfuerzo y compromiso de crítica y autocrítica, debimos modificar los viejos esquemas y modos de actuar, permitiendo nuevas formas de abordaje del sujeto-niño, desde su integridad como persona.

El...

Nuestro grupo quedó conformado por: 1 Pediatra, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Fisioterapeuta, 1 Psicopedagoga, 1 Fonoaudióloga, 2 Profesoras de Enseñanza Especial, iniciando nuestro trabajo en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

Cada caso era abordado por un miembro activo y dos observadores. Las que suscriben el presente aporte continuaron concurriendo al Hospital de Niños hasta la actualidad, pero el grupo se ha modificado.

La edad de los niños atendidos oscilaba desde el nacimiento a 3 años.

Se confeccionaron modelos de anamnesis y fichas de seguimiento se trazaron los objetivos y se preparó el material de trabajo. El seguimiento de los niños se hacía a través de los ateneos que se realizaban al terminar cada jornada y se jerarquizaban las pautas a seguir según los diversos informes.

## Características del Hospital de Niños

Es un hospital especializado en atención pediátrica de grupos etarios menores de 14 años, agudos y crónicos.

La población asistida es proveniente de barrios periféricos de la provincia de Santa Fe. La población es en general de bajo nivel socio-económico.

El consultorio externo de Estimulación Temprana es de creación intrahospitalaria sin trascender a otros entes ministeriales.

Con los sectores de internación y consultorio externo la relación era mediante la derivación de los pacientes, para la terapéutica específica.

## Epicrisis

El niño Ival de 13 meses de edad, llega a la consulta con sus padres, por derivación de su pediatra, con diagnóstico de atrofia del hemisferio izquierdo, tomografía axial computada (TAC), presenta una hemiplejía derecha con predominio en miembro superior.

No se pudo determinar la causa de la lesión, los únicos datos que se obtienen son:

- La mamá continuó tomando anticonceptivos durante el 1er. mes de embarazo y en el 5º mes por las reiteradas contracciones, debió ser internada durante 6 días suministrándosele tranquilizantes por su estado de ansiedad.
- Parto normal.
- El niño no tiene antecedentes convulsivos.
- No se manifiestan signos subcorticales (extrapiramidales).
- Permaneció en tratamiento desde junio de 1986 a diciembre del mismo año.
- La primera entrevista se realizó con el niño y los padres, entrevista abierta, donde el profesional activo fue la fonoaudióloga y en la observación y registro participaron la psicopedagoga y la Terapeuta Ocupacional.

Es oportuno aclarar que la modalidad de trabajo es transdisciplinaria.

En la reunión del equipo posterior a la entrevista, se concluye que si bien el cuadro se presenta con predominio motor, también prima la necesidad de esclarecer los vínculos familiares de los papás entre sí y de ellos hacia el niño, ya que a través del discurso, la mamá manifiesta sentimientos de culpa por un embarazo no querido. Aparecen además dificultades en la relación con el niño, debido a que trabajaba todo el día fuera de la casa, debiendo quedar Ival al cuidado de una vecina en algunos casos, otros con la abuela paterna o con diferentes empleadas que no tenían continuidad. El padre resultó un buen continente para el niño ya que permanecía mayor tiempo con él, estableciendo un vínculo más afectivo con aceptación de las dificultades que presentaban el mismo.

Así se comienza trabajando con una sesión semanal, donde por elección terapéutica, el caso es guiado por la Terapeuta Ocupacional y los demás profesionales actúan como observadores.

Las primeras sesiones correspondieron a la evaluación integral del niño, considerándose fundamental la observación directa y la actividad lúdica del mismo basándose en los ítems de los tests de Cassatti - Lexine, Borel - Maissonny, no verbal y de Reynell.

Todo el material se registró en planillas de evaluaciones comparativas.

La anamnesis se fue confeccionando en el curso de las sesiones.

Las evaluaciones de junio (1986 - 13 meses) indicaron un desarrollo mental acorde a su edad cronológica, pero brindando apoyo a su tronco, pues la falta de control tónico-postural, impide la ejecución de las pruebas.

Se observa buena coordinación visual, posibilidad de extender brazo izquierdo, alcanzar un objeto y tomarlo con buena prensión, pero siempre con apoyo del tronco.

En decúbito ventral, logra elevar la cabeza a 45°. El brazo derecho permanece en extensión hacia atrás. La mano derecha, presenta hipertonía de flexores de los dedos, con pulgar en adducción y flexión. La posición sedente la consigue siempre con mucha ayuda.

En ninguno de los decúbitos logra rolar y tampoco alcanza la posición de gateo.

En síntesis, en lo postural se manifestaba como un niño del segundo trimestre.

Respecto de la comunicación, las respuestas a los sonidos fueron positivas y con correcta direccionalidad.

Las respuestas a su nombre, confusas.

Su expresión oral contenía algunas vocalizaciones, chillidos agudos y risa excesiva.

La comprensión del "no" buena, aunque la correspondiente al lenguaje temático - situacional resultó dudosa.

Respecto a la alimentación: no tenía buen apetito, no masticaba los alimentos. No usaba su mano para comer.

## Indicaciones dadas en las Sesiones

El primer objetivo directo fue planteado y fundamentado a los papás:

"Llevar brazo derecho hacia línea media e integrarlo a la actividad coordinada de ambos brazos".

Se trató en todo momento de incentivar la creatividad en el hacer y jugar de todos los días.

Estimular los propioceptores de proximal a distal, mediante cupillado, pellizcado, percusión.

Estimular con diversas texturas y temperaturas el hemicuerpo derecho.

Actividades y recursos para lograr la atención sobre el brazo derecho utilizando elementos de diversas texturas, colores y temperaturas.

Se sugirió trabajar en todas las posiciones posibles y en decúbito ventral colocar ambos brazos hacia adelante e imprimir movimiento a objetos con el puño derecho.

Se recordaba constantemente a los papás, realizar la estimulación en condiciones placenteras y a la hora del baño, la comida o cuando Ival demostrara interés por dichas actividades.

Transcurridos 5 meses de seguimiento, se pudo verificar que las adquisiciones fueron importantes. Fundamentalmente, una evolución con patrones normales de la postura, hasta lograr la posición sedente y de gateo y el avance en dicha posición.

Durante ese desplazamiento se pudo observar buena coordinación de miembros inferiores y también en miembros superiores, sobre todo de hombro y codo derecho, habiendo disminuido la espasticidad, lo que permitía a la mano en situaciones de relajación y motivación lograr espontáneamente la apertura de las primeras falanges.

Al llegar al mes de diciembre, Ival consiguió por sus propios medios pararse, con apoyo de ambas manos. Sostenido de ambos brazos realizó marcha erecta donde se evidenció el pie equino derecho, por lo que se solicitó el asesoramiento de la fisioterapeuta que concurría al curso de Estimulación Temprana, quien indicó la técnica a aplicar.

Durante las observaciones advertimos que el niño tenía conciencia de su inestabilidad y de su no control sobre hemicuerpo derecho, lo cual era manifestado a través del llanto.

Podemos afirmar que en el lapso de estos 7 meses, Ival progresó en las distintas áreas psicomotora, cognitiva y socio-emocional observándose conductas que oscilan entre los 10/11 meses, dado que actualmente:

Se levanta apoyado, gira, gatea, toma con el pulgar e índice de la mano izquierda, camina con ayuda.

Mejóro la comunicación: dice "papá", expresa sus deseos sin llorar, repite sonidos emitidos por otros, sigue la orden de "dámelo".

En el área de las actividades de alimentación, vestido y juego, su evolución fue progresiva: come con los dedos, emplea taza y vaso, mastica alimentos, colabora con la ropa, le agrada bañarse.

## Conclusiones

Como grupo, podemos ratificar que la experiencia fue valiosa, nos permitió en el intercambio un feed-back, que posibilitó el crecimiento personal, el manejo de un lenguaje común y un enfoque integral del niño como ser bio-psico-social.

En relación a los casos observados y tratados, brindar a las familias un marco de contención de sus ansiedades, una orientación para el logro de pautas evolutivas de desarrollo de conductas motrices, adaptivas y del lenguaje, mejorar la comunicación madre-hijo-ambiente, considerando a la familia como el primer e insoslayable estimulador.

Idea de H: (A) Paciente y su familia. (B) Con adicciones (abusadores de drogas).  
" " TO: (A) Psicocualitica  
focos de J: (B) Habla de ocupaciones conjuntas (TO, P, equipo).

## Para Qué Terapia Ocupacional con Abusadores de Drogas en una Comunidad Terapéutica

TRABAJO  
Nº 1

T.O. María D. Montilla

"A mí no me pasa nada! Vengo porque me traen. Mis viejos se preocupan, no entienden que si yo quiero, dejo la droga. Esta Comunidad no es para mí; el otro lugar sí porque es para gente como yo: drogadictos". "Aquí no, porque aquí, están todos locos. Y yo no estoy loco!"

Y es entonces que comienza el desafío.

Al paciente lo echaron de todas partes. Si lo echaron, no pudieron contenerlo. Nosotros sí. Nosotros podremos.

La omnipotencia queda en descubierto. Pero... ¿nosotros, el equipo tratante de esta Comunidad Terapéutica podremos?

¿Así de solos? Nos haría falta... Nos hace falta el paciente y su familia.

Con la creencia y convicción de que contamos con ellos, lo podemos intentar.

Juan, que durante tres meses y permanentemente decía: "No quiero venir más", pero venía; "no voy a trabajar", y miraba; "¿no ven que este tratamiento es ineficaz?", hoy nos confirma que valió la pena: "Uds. no entienden que soy drogadicto, pero son buena gente. Aparte, no sabía que me gustaba trabajar con arcilla".

Caer en el juego de la seducción permanente sin notarlo, podría abortar lo hecho hasta ahora.

Desde la primera entrevista, enfatizamos las NORMAS comunitarias de puntualidad, asistencia, no portar drogas para su consumo o para los demás. Es el mandato que no existió; es la ley. Y es la firmeza al mantener una negativa, o una aprobación.

Las transgresiones se suceden vertiginosamente. Y si el Terapeuta Ocupacional pierde el sentido de que la tarea es **CONJUNTA con el paciente, el grupo y el equipo**, se hará depositario de toda la problemática de ese paciente y a veces, de la del grupo.

El tratamiento grupal abusadores de drogas incluidos en un grupo de pacientes psicóticos, Borderline, neuróticos graves, resulta dificultoso en su manejo.

Las alianzas entre abusadores, sus códigos propios de comunicación gestual y verbal apropiados para aislar al terapeuta de turno y marginarse del grupo de "locos", nos mueven a incluir no más de dos pacientes abusadores en el grupo.

Fascinante en el Taller, interesante, misterioso.

Lo hemos visto colaborando, ayudando a otros, respetando horarios y haciendo que se respeten.

Y me he preguntado: "pero en realidad, ¿qué le pasa?, no encuentro la razón, el para qué está internado".

La pared tupida de slogans escritos, que sobrepasan los límites de la cartelera, me brinda respuestas: "marihuana libre", "arriba la coca", "paz, drogas y amor", "Voy por la vida, voy por la PAZ. No a la droga, sí a la LIBERTAD".

Pedro, hace dibujos muy coloridos, inteligibles algunos, escondedores todos. Tan plásticos!... Como Roque, Ana, Marta, María y Juan, todos dejan en sus dibujos ojos lagrimeando, canillas goteando sangre, hombres torturados, vísceras, caretas, jeringas, monstruos, el diablo, armas.

En una maraña de líneas quebradas, rectas y curvas, y mucho color, aparece el dibujo escondido; tal como a través de una fuerte red de contención, se deja deslizar el frasco escondido, el pegamento abierto la puerta del baño franqueada por un tiempo mayor al habitual.

Esconden para que les encuentren.

Su omnipotencia, inseguridad, desconfianza, pobreza en el diálogo o verbosidad, su vivencia de vacío interior, su dificultad para PENSAR y luego HACER, su marcada ansiedad y sensación de aburrimiento, me llevan a delinear objetivos.

Para cada paciente una estrategia diferente, particular, individualizadora.

Y entonces, los objetivos:

- Que logre aceptar los límites propios y los de los demás.
- Que logre mayor seguridad y autovaloración, recrear vínculos con los participantes del grupo, escuchar y ser escuchado.
- Que aprenda a utilizar su tiempo libre, asimilar la experiencia, pensar, luego hacer.
- Lograr que logremos que algunos de estos objetivos se cumpla.

La Institución, la casa está preparada para recibirlo. Embanderado en la droga, se presenta a sus compañeros de grupo como "el elegido". El grupo lo recibe, mira y escucha como al "inteligente, el vivo, el sano, tiene el don de la palabra"; "es encantador, me da miedo lo que dice". Cuenta sus hazañas, sus vuelos y sus viajes. Monotemático, relata detalladamente cómo preparar la droga, cómo y cuáles "pegan", de qué elementos se componen y cantidades para viajar. Pronto establece alianzas a modo de secretos con quienes tienen similar problemática.

En una oportunidad, el secreto aludía a la tenencia de marihuana y posterior reparto. Denunciado el autor por uno de los intervinientes en conflicto con este subgrupo y descubierto, buscó apelar a la "falta de moral del soplón".

La consecuente suspensión hasta la próxima sesión de Terapia Familiar, resultó eficaz para el paciente y para el grupo. Los más frágiles comenzaron a cuidar a "los poderosos"! Y estos, a dejarse cuidar.

La alianza con el Terapeuta Ocupacional buscando funcionar como COTERAPEUTA, es bienvenida.

Su temor al ridículo, a verse realizando actividades que minimiza por recuerdos infantiles, cuando él está para "consumiciones mayores", provocan su resistencia a participar. Gradualmente lo orientamos hacia tareas de responsabilidad, como por

ejemplo: aportar y seleccionar música apropiada para determinada actividad grupal, o colaborar en la programación de una salida.

Así, abrimos un camino menos doloroso para su inclusión.

Con actividades compartidas con la Terapeuta Ocupacional o con otros integrantes del grupo, se pretende acompañar su evolución.

A través de actividades con una misma técnica durante un largo tiempo, será posible trabajar la asimilación de la experiencia, errores y logros.

Con la inclusión de una técnica nueva se ve necesitado de pedir ayuda y de PENSAR con la T.O. en los pasos a seguir.

"Yo quiero hacer un aparato con dos cosas como lo que se pone arriba del caballo, para poner la... ¿no? y que sea de eso, pero más grande", "para la moto", me dice Pedro.

"No entiendo nada, pero podemos verlo dibujado", contesto. Mientras lo intenta, el grupo da nombres al proyecto en una serie de adivinanzas. Y yo pienso en la dificultad de Pedro para poner palabras, en su pobre lenguaje. En su soledad.

Después de dibujadas las dos carteras colgantes unidas por una misma asa, le solicito nos describa a todos su proyecto. Entre todos buscamos las palabras adecuadas para poder entendernos. Después, alguien propone conferencias acerca de temas que interesen a todos.

Las fisuras en el equipo pronto son detectadas, cuanto más las que puedan existir entre las Terapistas Ocupacionales. Otras veces las crean. "Que raro ¿no? por la mañana me dejan hablar por teléfono; por la tarde vos no me dejás. ¡Pónganse de acuerdo!".

"Me dijo Alicia que este trabajo lo siga con ella y que con vos empiece otro. Me dijo que Uds. trabajan de manera distinta la arcilla. Es medio rara Alicia ¿no?".

"Y vos fijate, si él que es médico me dice que si no quiero no trabaje en el Taller, yo le voy a Hacer caso".

Recorta información, descalifica en público o en privado, lo que se dice, lo que se hace, al terapeuta, a los compañeros, a la Institución o bien establece relaciones idílicas, constituyéndose a posteriori, en un derivador a la Comunidad Terapéutica de "amigos con problemas".

Cuando el paciente dice estar aburrido, no sabe qué hacer y le proponemos hacer su aburrimiento con arcilla, aparece éste como un sinónimo de depresión. De vacío interior. El tiempo libre es para estos pacientes, especialmente, la hora del aburrimiento, la hora de las peleas de la protesta por la represión, por el sistema carcelario, la hora de proponer todo lo que no puede: irse, dar un paseito solo, abusar del uso del teléfono, tirar piedras a una planta sólo para probar puntería.

Para el equipo, es el tiempo de mayor contención, tiempo de propuestas claras, de mayor acompañamiento, tiempo de instrumentación de juegos y de preparación para la próxima actividad.

Cuando el paciente se niega a participar o a hacer, legalizamos esta situación ante el grupo, con la prohibición de hacer en toda esa sesión.

Cuando minimiza el trabajo de los demás, cambia notoriamente su actitud, cuando le indicamos lo planteo por escrito para luego publicarlo en la cartelera de la Comunidad, ya que nosotros comprendemos que esto es lo único y para siempre que él puede sentir.

Con estos pacientes, expuesta a la omnipotencia, impotencia, al abandono, al desentendimiento (y bueno! que haga lo que quiera!), expuesta al desafío, fascinación, alerta permanente, forcejeo, agresiones y mucho afecto, he recogido frustraciones y grandes gratificaciones.

Mi trabajo en la Comunidad Terapéutica ha requerido siempre de mis recursos de creatividad e imaginación, contención y afecto, y tiempo para el conocimiento y la reflexión.

## Terapia Ocupacional: Adulto - Velhice 1 e 2 O Relato de Experiências de Ensino

Dagmar Borges Pereira  
Lucy Tomoko Akashi  
Marlene Lumi Kawahara Campos

1988

Decidimos apresentar alguns questionamentos em relação às disciplinas aplicadas, onde é feito diretamente a ponte entre teoria e prática.

Essas disciplinas surgiram da divisão dos docentes da área profissionalizante do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, em áreas de ensino, em consequência de reflexões que vinham acontecendo com esses docentes por estarem insatisfeitos com a utilização de diagnósticos clínicos para ensinar a atuação de Terapia Ocupacional. Surgiram assim a Terapia Ocupacional Aplicada: Adulto - Velhice 1 e Terapia Ocupacional Aplicada: Adulto - Velhice 2, as quais são dadas por cinco docentes.

Nossa proposta era dar uma visão da atuação do Terapeuta Ocupacional nas faixas etárias adulto e velho, assim como teorias sobre essas faixas etárias, sem dividi-lo em biológico, psicológico ou social. Tentativa do "homem global", compreensão do indivíduo independente de, ou apesar da deficiência.

Vimos de uma formação médica, com as divisões de atuações em clínicas. A nossa tentativa foi superar essa compartimentalização pois essa visão levava à idéia reducionista do homem à uma seqüela ou patologia que até então, era usado como uma forma didática.

Mudanças graduais foram ocorrendo na forma do nosso atendimento, conseqüentemente, refletindo no ensino. A disciplina acompanhou essa transformação passando por tres momentos que, a fim de ficar mais clara a apresentação, dividimos em fases.

### PRIMEIRA FASE

Terapia Ocupacional aplicada: Adulto - Velhice 1  
Referente ao 2º semestre de 1985

Tivemos como objetivo, nesse momento, capacitar o aluno a analisar os papéis do adulto e do idoso na sociedade, relevando os aspectos comuns a essas faixas etárias e relacionando-os com conceitos de normal e desvio. Para tanto, na prática, os alunos fizeram observação do indivíduo normal, em atividade e, do indivíduo com desvio (segundo o conceito de cada um) também em atividade. Após as observações e leituras teóricas, se faziam as discussões onde concluíamos conceitos de "desvio" (sem a preocupação do patológico) e o papel social (de maneira geral) do adulto e do idoso.

Nossa avaliação do semestre: Ressaltamos assim, nesse primeiro momento da primeira fase, o indivíduo normal fazendo a correlação dos aspectos comuns aos indivíduos com desvio. Abordamos ainda temas gerais como dor, ansiedade e memória pois achamos relevante na faixa etária que abordávamos.

Terapia Ocupacional aplicada: Adulto - Velhice 2  
Referente ao 1º semestre de 1986

Foi dado em forma de módulos - clínicos, com os professores que tradicionalmente vinham ministrando essas áreas de conhecimento e, embora nesse grupo tivesse representante de cada abordagem, ou seja, física, mental e social, não se conseguiu fazer a integração entre elas.

Na prática, eram dadas apostilas para que os alunos lessem e em classe se discutia as seqüelas das patologias abordadas; em seguida, discutia-se a intervenção de Terapia Ocupacional. Concomitante a isso, os alunos, divididos em grupos, observavam a atuação do Terapeuta Ocupacional e depois faziam, sob supervisão direta, avaliação e intervenção com esses mesmos pacientes.

Nossa avaliação do semestre: Apesar da nossa proposta, não conseguimos grandes mudanças uma vez que permanecíamos nos modelos que foram passados na nossa formação e que já estavam enraizados na nossa prática profissional.

### SEGUNDA FASE

Terapia Ocupacional aplicada: Adulto - Velhice 1  
Referente ao 2º semestre de 1986



Como não conseguíamos sair do tradicional, tentamos não sobrecarregar tanto a Terapia Ocupacional aplicada: Adulto - Velhice 2, iniciando já neste primeiro momento, a abordagem das patologias. O conteúdo anterior foi mantido, ou seja a observação do indivíduo normal e do indivíduo com desvio discutidos à luz de algumas teorias. Em seguida, fazíamos seminários de patologias com discussão a nível da fisiopatologia das sequelas. Com os alunos ainda divididos em grupos, faziam observação e atuação com pacientes, sob supervisão direta dos professores.

Nossa avaliação do semestre: Tínhamos de positivo, a introdução da prática junto ao paciente, mais precocemente. Era feito o primeiro contacto com o indivíduo adulto portador de sequela. Esse momento "crítico" para o aluno, era amplamente discutido (relação paciente -aluno).

Terapia Ocupacional aplicada: Adulto - Velhice 2  
Referente ao 1º semestre de 1987

Foi feita mais uma vez em módulos, divididos em módulos, divididos em duas grandes áreas: disfunções físicas e disfunções psico-sociais.

Nossa avaliação do semestre: Mantivemos ainda a forma tradicional mas, respeitando a forma cronológica.

### TERCEIRA FASE

Terapia Ocupacional aplicada: Adulto - Velhice 1  
Referente ao 2º semestre de 1987

Foi trabalhado mais a relação terapeuta-paciente, início do desenvolvimento do papel profissional de Terapeuta Ocupacional, com mais prática individual e direta dos alunos com os pacientes, sem tanta supervisão direta por parte dos professores.

Neste momento, os alunos iam sozinhos à instituição onde colocavam na prática a teoria discutida em classe sobre os papéis do indivíduo adulto com ou sem desvio. Em seguida, uma vivência grupal, com a técnica do Psicodrama, era realizada onde se tinha por objetivo treinar o papel profissional do aluno.

Nossa avaliação do semestre: Houve uma exigência maior, tanto da parte do aluno quanto do professor, para desenvolver essa forma de trabalho, tendo sido avaliado positivamente por ambas as partes.

Terapia Ocupacional aplicada: Adulto - Velhice 2  
Referente ao 1º semestre de 1988

Foi feita a divisão em Sistema Nervoso Central, Sistema Nervoso Periférico e, Saúde Mental. Houve um aumento da carga horária das aulas práticas.

Nossa avaliação do semestre: Há uma grande modificação, nesta terceira fase, quanto às práticas. Eram dadas aulas teóricas onde se discutia a fisiopatologia da sequela, avaliação e intervenção de Terapia Ocupacional. No atendimento ambulatorial com pacientes, os alunos faziam entrevista, avaliação e intervenção. Em um asilo, os alunos tinham oportunidade de sedimentar esses fundamentos aprendidos, atendendo, com supervisão indireta, seus próprios pacientes. Tinham como tarefa apresentar no fim do semestre um estudo de caso daqueles que atendiam na instituição.

Havia ainda um período reservado à vivências psicodramáticas cujo objetivo era continuar o desenvolvimento do papel profissional iniciado no semestre anterior como forma de supervisão à atuação deles no asilo.

### CONCLUSÃO

A avaliação que nós fazemos é que a terceira fase se aproxima mais da nossa proposta inicial quanto a formação do aluno, pois estes saíram para o Estágio Profissional em maiores condições de continuarem a desenvolver o seu papel profissional de Terapeuta Ocupacional, sem tantas ansiedades e inseguranças como eram observadas anteriormente. Acreditamos que isso se deve a não exigência de saberes tão distintos e especializados, mas a tranquilidade de saber que irá lidar com o indivíduo.

Queremos acrescentar que o que facilitou as transformações até chegarmos a terceira fase, foi a capacitação docente, Mestrado, e a formação em Psicodrama Pedagógico de alguns docentes além das vivências profissionais de cada um.

Existam ainda muitas contradições no nosso discurso e na nossa prática. Existe a dificuldade sim, pois além de termos de fazer as transformações e interiorizá-las, temos que lidar com as expectativas do aluno (que vão se desenvolvendo durante o curso), às vezes diferentes das nossas expectativas, as das instituições nas quais vão realizar estágios, as expectativas em relação ao mercado de trabalho e as do próprio paciente/cliente em relação à queixa-diagnóstico.

Como associar as formas tradicionais e novas com as expectativas acima citadas?

### ANEXO I

#### Ementas das disciplinas

#### Terapia Ocupacional aplicada: Adulto e Velhice 1

1985

1986

Objetivo:

- capacitar o aluno a analisar os papéis do adulto e do velho na sociedade.  
- relacionar a atuação da Terapia Ocu-

Capacitar o aluno a analisar os papéis do adulto e do idoso na sociedade, revelando, os aspectos comuns a essas faixas etárias

Capacitar o aluno a analisar os papéis do adulto e do idoso na sociedade, revelando, os aspectos comuns a essas faixas etárias e relacionando com as expectativas de

<b>Créditos:</b>	- teórico: 06 - prático: 04 - total: 10		
<b>Requisitos:</b>	- Cinesologia Aplicada à Terapia Ocupacional - Correntes Metodológicas em Terapia Ocupacional - Psicologia do Desenvolvimento - Psicologia Geral - Dinâmica e Atividade Grupal		
<b>Ementa:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Papel social do adulto e do idoso</li> <li>2. Doz. aspectos psicofisiológicos</li> <li>3. Atividade: aspectos psicosociais</li> <li>4. Atuação do terapeuta ocupacional: traçando paralelos com diferentes patologias e os aspectos psicossociais do adulto e do idoso.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Papel social do adulto e do idoso</li> <li>2. Doz. memória, amnésia</li> <li>3. Identificação e caracterização de demências de origem</li> <li>4. Abordagens de intervenção em Terapia Ocupacional.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Papel social do adulto e do idoso</li> <li>2. Doz. memória e amnésia</li> <li>3. Desenvolvimento e envelhecimento</li> <li>4. Desvio e meio</li> <li>5. Seminários sobre Lesão Cerebral, Lesão Periférica e Distúrbios Ósteo Articulares</li> <li>6. Processo de intervenção de Terapia Ocupacional</li> <li>7. Estudo de caso.</li> </ol>

## Terapia Ocupacional aplicada: Adulto e Velhice 2

1986

<b>Objetivo:</b>	- oferecer ao aluno, conhecimento sobre os métodos de intervenção da Terapia Ocupacional frente às disfunções físicas, saúde mental e questões sociais.	Dar as condições ao aluno para avaliar e traçar e executar programa de tratamento em terapia ocupacional e com indivíduos portadores de sequelas neurológicas, ortopédicas, reumatológicas e distúrbios psiquiátricos, através de metodologias e técnicas de atuação específicas existentes em terapia ocupacional.
<b>Créditos:</b>	- teórico: 06 - prático: 06 - total: 12	
<b>Requisitos:</b>	- Terapia Ocupacional Aplicada: Infância e Adolescência I - Terapia Ocupacional Aplicada: Adulto e Velhice I - Patologia de Sistemas Especiais.	
<b>Ementa:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria</li> <li>2. Terapia ocupacional aplicada às disfunções físicas</li> <li>3. Próteses e órteses</li> <li>4. Cinesioterapia aplicada à terapia ocupacional</li> <li>5. Terapia ocupacional aplicada às condições sociais.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia ocupacional aplicada às disfunções físicas</li> <li>2. Terapia ocupacional às disfunções psicossociais.</li> </ol>

### ANEXO 2 Bibliografia básica

- 01 - ASTRAND, P. e RODAHL, K. - Tratado de Fisiologia do Exercício. 2ª ed. RJ, Interamericana, 1977.
- 02 - BASMAJIAN, J.V. - Terapêutica por exercício. SP, Manole, 1980.
- 03 - BRASIL - Ministério da Saúde - Hanseníase: Tratamento e Prevenção de Incapacidades mediante técnicas simples. RJ, 1977.
- 04 - BRASIL - Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia para o Controle da Hanseníase, Brasília, 1984.
- 05 - BRASIL - Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária - Modelo de Curso básico de Hanseníase, Brasília, 1980.
- 06 - BEESON/Mc DERMOTT - Tratado de Medicina. 13ª ed., Tomo I e II, RJ - GB, Guanabara Koogan, 1973.
- 07 - BENJAMIN, A. - Entrevista de Ajuda. 3ª ed., SP, Martins Fontes, 1985.
- 08 - BORDAS, L.B. - Afásias, Apraxias, Agnosias, 2ª ed., Barcelona, Toray, 1976.
- 09 - BRUNNSTROM, S. - Reeducacion Motora en la Hemiplejia, Barcelona, Jimns, 1976.
- 10 - CECIL-LOEB - Tratado de Medicina, RJ, Guanabara - Koogan, 1973.
- 11 - CRUZ, F.A. - Clínica Reumatológica, RJ, Guanabara - Koogan, 1980.
- 12 - GARDNER, M.D. - Manual de ejercicios de rehabilitación. (Cinesioterapia), Barcelona, Jims, 1980.
- 13 - GATTI, J.C. e CARDAMA, J.B. - Manual de Dermatología, Buenos Aires, El Ateneo, 1973.
- 14 - GUYTON, A.C. - Anatomia e Fisiologia do Sistema Nervoso, RJ, Interamericana, 1973.

#### BIBLIOGRAFIA

(Obras consideradas relevantes e existentes na Biblioteca Central da Universidade Federal de São Carlos):

BRASIL - Ministério da Saúde - Hanseníase: Tratamento e Prevenção de Incapacidades Mediante Técnicas Simples, R.J.

Editora Manole Ltda. - São Paulo - 1984.

CRUZ, F., Achiles - "Clínica Reumatológica" - Editora Guanabara Koogan S.A. - Rio de Janeiro - R.J. 1980.

WATSON, JONES - "Fraturas Traumatismos das articulações" - Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro - R.J. edição Vol I e II - 1978.

ROBBINS, S.L. - "Patologia" - Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro - GB - 3ª edição 1969.

BENJAMIN ALHED - "A Entrevista de Ajuda" - Livraria Martins Fontes

CERQUEIRA LUIZ, Psiquiatria Social - Livraria Altereu, 1983

HOPKINS - Occupational Therapy - 6ª edição

SILVEIRA, NISE da - Terapêutica Ocupacional Teoria e Prática, R.J. 1978.

KOTTKE, F.J., STILLWELL, G.K., LEHMANN, J.F. - "Krusen; Tratado de Medicina Física e Reabilitação" - 3ª ed., Manole, SP, 1984.

LLORENS, L. - "Application for developmet theory for health and rehabilitation" - Maryland, American Ocupacional Therapy As., 1982.

MARCONDES, SUSTOVICH, RAMOS - "Clínica Médica-propedêutica e fisiopatologia" - Guanabara Koogan, R.J., 1976.

SARANO, J. - "O Relacionamento com o doente" - SP, EPU, 1978.

SHEEHY, G. - "Passagens-criises previsíveis da vida adulta" - 7ª ed., RJ, Zahar, 1982.

VELHO, G. - "Desvio e divergência-uma crítica da patologia social" - 4ª ed., RJ, Zahar, 1981.

TROMBLY, C.A., SCOTT, A.D. - "Occupational therapy for physical dysfunction" - Baltimore, Williams & Wilkins, 1977.

WILLARD, H.S. & SPACKMAN, C.S. - "Terapêutica Ocupacional", Jims, Barcelona, 1974.

## O Atendimento em Grupos de Terapia Ocupacional

VIVIANE SANTALUCIA MAXIMINO

Pensei em falar à respeito do atendimento em grupos de terapia ocupacional no tratamento de pacientes psicóticos, em primeiro lugar porque esta é minha prática e em segundo lugar porque a maioria dos serviços atende em grupos, geralmente por uma questão econômica: muitos pacientes para poucos profissionais. Não é o meu caso. Na instituição em que trabalho, um hospital-dia que atende pacientes psicóticos de segunda à sexta, das 9 às 17 hs, como um programa de tratamento intensivo, nós trabalhamos em grupos porque acreditamos que esta pode ser um recurso muito eficaz no tratamento destes pacientes.

As questões que gostaria de abordar neste trabalho dizem respeito a: 1 - o que é que o trabalho em grupos pode potencializar ou facilitar em um tratamento, ou seja, quais as vantagens terapêuticas do atendimento em grupos. 2 - como é que a atividade intervém neste processo e 3 - qual é a função e que tipos de intervenção tem o terapeuta ocupacional em um contexto grupal.

Utilizarei uma compreensão operativa dos grupos, para a qual três elementos são fundamentais: o coordenador, o grupo e a tarefa. É necessário esclarecer que a tarefa em um grupo de T.O. não são as atividades mas sim o tratamento e o aprendizado. As atividades são apenas mais um recurso que podemos utilizar para compreender o que acontece no grupo e facilitar o trabalho terapêutico. A atividade em si não cura nem adoce o que cura e enriquece, transformando as pessoas ou as adoce são as condições nas quais um trabalho é realizado, o tipo de vínculo ou relação interpessoal que se estabelece durante o tratamento.

Compreendemos as atividades com uma dupla função: 1. comunicar e expressar usando outros recursos que não a linguagem verbal, e 2. possibilitar uma produção significativa, isto é, que articule a subjetividade à um fazer no mundo real; que articule afeto e ação; que afete os outros e se deixe afetar por eles.

Disse acima que a tarefa era o tratamento e o aprendizado. Para Pichon Riviere, todo aprendizado é terapêutico e toda a terapia proporciona um aprendizado na medida em que para assimilarmos qualquer nova experiência, seja em termos de forma de relação, conduta ou informação objetiva, temos que transformar nossos antigos esquemas de referência, que pode ser entendido como o conjunto de experiências, conhecimento e afetos com os quais uma pessoa pensa e age.

° Terapeuta ocupacional de "A Casa" - Hospital - Dia  
São Paulo - Brasil

E tanto aprender quanto se tratar nada mais é do que ampliar as possibilidades de ação, de articulação e pensamento associados ao processo. E quanto a vantagens disso ser feito em grupo? Por que as pessoas se grupalizam? Se voltarmos atrás no tempo para dizer que a única possibilidade de sobrevivência foi a grupalização. O homem se transcende sua própria condição humana: não é só um homem.

O paciente pode estabelecer múltiplas transferências trazendo vivencialmente, por exemplo, sua família para o grupo, isto é, tentando repetir a única maneira de se relacionar que ele conhece e que no grupo pode ser transformada e principalmente enriquecida.

Porque para o paciente psicótico muitas coisas não foram vividas de maneira significativa: ligadas a um afeto. E sua história fica como que esburacada. No grupo o paciente pode viver relações que podem ter a função de fazer pontes sobre estes vazios compondo uma nova história, com fatos, nomes e afetos. Ele pode reconstruir uma história junto como as pessoas e não mais em um delírio solitário.

A maneira como um grupo se organiza para realizar as atividades a que se propõem, como são distribuídos os diversos papéis, como cada um vive e significa aquilo que vai fazendo e incorpora esta vivência do "fazer com" no mundo real, faz parte do próprio processo terapêutico.

Mas não podemos deixar de ver o quanto é difícil para o paciente o estar e perceber-se em grupo e fazer concretamente.

Neste sentido o terapeuta tem a função de facilitador. Ele precisa fazer uma compreensão do que está imobilizando o grupo, isto é, impedindo a tarefa, que é o tratamento; ou ainda, a partir deste entendimento intensificar o que o grupo está trazendo de material para ser trabalhado. O terapeuta tem que tentar entender o que está, por exemplo, dificultando a constituição do grupo, a inserção de algum de seus membros, a realização das atividades, etc. ...e aqui gostaria de citar a possibilidade de um tipo de intervenção que para mim faz mais sentido no tratamento destes pacientes - além ou ao invés de apenas explicitar o que acha que está acontecendo, o terapeuta deve concretamente facilitar que o grupo entre em ação. Digo que não devemos ficar só no entendimento daquilo que o paciente ou o grupo podem estar querendo dizer mas transformar o porque em como. E a maneira como podemos fazer isso é através da atividade. O terapeuta pode propor atividades ou ainda modificações na atividade que está sendo escolhida a partir da leitura que faz das necessidades do grupo ou de algum paciente em particular.

Isto é importante porque até agora falei apenas do grupo como um todo, o que poderia dar a impressão de que trabalhamos apenas como temas e com a leitura dos movimentos grupais. Mas no nosso trabalho damos muita importância a cada um dentro do grupo como sua problemática específica e o que tentamos é, que cada um possa se deixar tocar e compartilhar coisas em comum ou se enriquecer com as diferenças. Muitas vezes existem temas ou movimentos que são do grupo como um todo ou então que podem ser socializados e nossa função é apontar e facilitar as trocas entre os participantes.

O grupo também tem um papel fundamental no tratamento porque é um dispositivo que ajuda o terapeuta a trabalhar com o tipo de transferência que este paciente geralmente estabelece, que é massiva e simbiótica. No grupo esta transferência pode ser repartida e além disso o próprio grupo faz o papel de um terceiro nesta relação. E o terapeuta que onipotentemente acha que dará conta de "salvar" seu paciente psicótico sozinho, com certeza fracassará. A instituição, uma equipe diversificada, um grupo que possa oferecer muitas possibilidades de expressão, que seja também um lugar de referência e experimentação podem oferecer mais para o paciente e facilitar o trabalho do terapeuta.

Além de facilitador do movimento do grupo, o terapeuta também é responsável pelo enquadre, isto é, por tudo aquilo que circunscreve o grupo: horário, tempo de duração, local, frequência na semana, participantes, etc. ...ou seja, aquelas regras a que todos estão submetidos. Muitas vezes o grupo se angustia e não consegue produzir por algum rompimento no enquadre que não assegure a continuidade necessária.

Resta ainda dizer que, assim como na terapia individual, o processo só é possível se existir vínculo e aqui podem ocorrer múltiplos vínculos: com o terapeuta, como os membros do grupo entre si, como o grupo como um todo.

Vou descrever alguns exemplos onde poderemos discutir a função da atividade e algumas possibilidades de intervenção, do terapeuta.

1— Constituição do grupo através de atividade expressiva lúdica e regrada.

Os pacientes estavam dispersos pela sala. Era um momento difícil porque o grupo havia mudado rapidamente: um terapeuta havia saído e outro estava em seu lugar, alguns pacientes haviam deixado o tratamento outros estavam de férias, alguns estavam chegando. As pessoas já se conheciam de outras atividades na instituição mas neste contexto, de grupo de terapia ocupacional, parecia que não havia grupo. Eu tentei reunir os paciente e repeti o que já havia falado: quais as mudanças ocorridas no grupo e para que estávamos reunidos. Perguntei o que poderíamos fazer. Ninguém sabia. Alguns andavam, mexiam no material, saíam da sala, entravam de novo e nítos esperavam. A minha sensação era de que não havia intimidade nem pertencência. Resolvi fazer uma proposta: que fizessemos algo juntos, uma brincadeira. Teríamos que fazer um desenho em um papel grande, sendo que cada um teria uma caneta de uma cor. A regra era fazer um só traço que o seguinte continuaria até formarmos um bicho.

Quase todos aceitaram com maior ou menor facilidade. Alguns quiseram olhar um pouco antes de entrar. A atividade foi acontecendo e cada um ia vendo um bicho diferente. O papel não mudava de posição e estávamos dispostos em volta dele e comentávamos como de cada posição víamos uma coisa. Com certeza ia sair um bicho esquisito, que não era deste mundo. Tinhe uma boca enorme, rodas ao invés de patas, e um sexo masculino. Uma paciente ficou assustada dizendo do medo que tinha de ter um filho deformado, conversamos enquanto fazíamos. Depois de pronto ficou muito interessante e todos gostaram. Assinamos e os pacientes quiseram pregar na parede. Durante muitos dias o "bicho" foi alvo de comentários, não só do grupo de pacientes que o havia feito mas do resto da instituição.

Esta atividade pode criar um clima relaxado onde as pessoas puderam estar e fazer juntas sem exigências de certo e errado. O produto coletivo concretiza a existência do grupo onde a soma do trabalho de cada um produz algo novo, que é de todos. A existência de uma regra delimita a atividade facilitando-a. O conteúdo mobilizado no grupo pode ser levado para outros espaços na instituição onde continuaram a ser trabalhados.

O grupo se reúne e um paciente não consegue vir. Esta situação se repete a algum tempo, o paciente é chamado para vir ao grupo diversas vezes mas nem se levanta. Achamos que tem medo de se confrontar com suas reais possibilidades e limitações pois em sua casa sempre foi mimado e superprotegido mas também o deficiente, incapaz de qualquer produção. Na terapia ocupacional, quando consegue fazer alguma coisa que é reconhecida pelo grupo como produção própria fica assustado como se

só pudesse ser querido mantendo suas incapacidades. Este paciente precisava sempre ser reassegurado de que faz parte do grupo do jeito que estiver. De que tem seu lugar, sua importância.

Coloco para o grupo que uma das pessoas não está conseguindo vir e pergunto o que podemos fazer. Dizem que podemos chama-lo e digo que é tarefa do grupo. O grupo resolve ir até a sala onde está o paciente e fazer o grupo lá. Tentam chamar o paciente sem sucesso. Proponho criarmos uma estória onde cada um fosse contando um pedaço. Juntamente com as falas vamos passando um rôlo de barbante e formando uma rede. Este paciente, fingindo que dormia, disse que não queria entrar, que não sabia. Quando o rôlo chegou em suas mãos, anotamos como parte da estória suas falas - não tenho nada a dizer, estou como sono, vou embora, vouo falas da estória. Outros pacientes, mais delirantes, incluíam seu delírio na estória e outros ainda se incluíam como personagens trazendo claramente o que lhes afligia. Com idas e vindas conseguimos dar um final e também ver como havia ficado a rede. Alguns sugeriram que poderíamos desenhá-la em um papel e desmanchar os fios. Foram fazer isto. Outros comentavam que iriam escrever uma peça de teatro com aquela estória. O paciente que não queria entrar ficou intrigado quando pode escutar suas falas incluídas na estória do grupo.

A atividades tinha a intenção de incluir um membro do grupo da maneira que lhe fosse possível e também fortalecer os laços e a rede que se construí nos fala disso. Fazer uma estória que é do grupo e que é também a estória de cada um modificada, com múltiplos sentidos possíveis.

Logo no início do grupo, um paciente que estava saindo de um surto pergunta quem afinal fazia parte do grupo. Nomeamos as pessoas ausentes e presentes e ele conta uma situação muito confusa, onde teriam "feito seu retrato". Alguém propõe fazermos os retratos das pessoas do grupo. Pensamos em como poderíamos fazer e o 1º paciente pede que o façam grande e inteiro. Digo que podemos desenhá-lo no papel, em tamanho natural. Ele se deita sobre o papel e com muito cuidado fazemos seu contorno. Depois pintamos suas roupas, seu rosto, como ele está naquele dia. Cada paciente escolhe que parte quer fazer e eu cuidado para que saia bem feito, duando retoques quando necessário. Ele assiste, muito impressionado. Depois do grupo conta para as outras pessoas que o grupo de terapia ocupacional o havia feito.

Durante várias sessões desenhamos todos os pacientes do grupo. E uma atividade que eles gostam muito. Mesmo depois de algum tempo, cada novo integrante do grupo foi desenhado, a pedido dos pacientes.

Depois deste processo, os pacientes fazem muitos grupos onde escolhem atividades individuais ou compartilhadas com um terapeuta ou outro membro do grupo. Talvez tenham adquirido algum contômo para que pudessem trazer questões mais individuais.

Mais um exemplo de atividade que facilita a grupalização. Trabalha também com a questão da imagem corporal e tras, simbolicamente a necessidade que temos dos outros para que possamos nos constituir como um.

O grupo estava pequeno, reunido em volta de uma mesa. Uma paciente começa sua falta repetitiva e estereotipada, mas nem por isso menos angustiada: "preciso fazer um exame para saber como é que eu durmo. Porque eu não durmo desde que começou meu distúrbio de caráter, alguém tem que me ver dormindo, o problema é a despersonalização, o problema do corpo, eu não me sinto, etc. ..."

Esta falta aparecia o tempo todo e nestes rótulos a paciente tentava achar alguma referência. Mas ficava girando em círculos.

Tentei uma outra estratégia para vermos a questão de outra forma e possibilitar aberturas neste discurso.

Perguntei como era seu quarto, sua cama, sua roupa de dormir, fui estendendo a pergunta para o grupo. Cada um vai falando coisas suas no quarto e o que precisam para dormir. Proponho fazermos um quarto para o qual cada um levasse o que quisesse. Cada paciente escolhe o que quer fazer. Usam diversos materiais, espuma, papel, etc. ...

Um paciente não consegue construir nada tridimensional, apenas desenha a planta de seu quarto e vai nos contando muitas coisas a respeito de sua casa, sua família, suas dificuldades. Acolho sua falta e lhe mostro que ele também poderia consertar algumas coisas, construir outras. Foi ficando menos ansioso até escolher um objeto o construí-lo para o quarto coletivo.

## Juqueri; Transformação Impossível?

Denise Dias de Barres\*  
María Fernanda de Silvio Nicácio  
Elizobete Ferreira Mangia\*

Fátima Correa Oliver\*  
Francisco Drumond Marcondes\*\*

No final dos anos setenta a sociedade brasileira vive um período de ascenso do movimento social, que impulsiona o processo de redemocratização do país. A ditadura militar já não representa a forma política mais adequada de dominação de classe. Entre os sociólogos de caserna e seus aliados se elabora a "bertura lenta e gradual". Mas alguns setores da sociedade tem uma outra visão de democracia e investem na mobilização social. As grandes manifestações de trabalhadores da Grande São Paulo, associadas à companhia pela "anistia ampla, geral e irrestrita", aglutinam e compõem um novo campo de forças políticas. Este processo desemboca nas eleições gerais de 1982.

\* Auxiliar de Ensino - Curso de Terapia Ocupacional - FMUSP.

\*\* Psiquiatra - Programa de Saúde Mental do Trabalhador - CSI - Dr. Edgard Mantoanelli - ERSA - Suds-SP.

Neste momento, os sempre presentes e solícitos plantonistas da democracia liberal-burguesa encampam o discurso da mudança - quem não se lembra do "é hora de mudar!" - e capitalizam para si a esperança e o voto de cinco milhões de eleitores em nosso Estado. Como é sabido, esta mobilização prossegue até culminar, em 1984, nas maiores manifestações de massa da história do nosso país o movimento "Diretas-Já". Entretanto, apesar da sua dimensão, este movimento não reúne força suficiente para romper com as amarras que o aprisionam e o dominam. E para não deixar dúvida quanto ao retrocesso, uma negociação dos "de cima" restaura a ordem, o velho estado de coisas, através da "Nova República".

De qualquer forma, este período de crescimento do movimento social e o sentimento generalizado da necessidade de mudanças repercute nas instituições (1). Em larga medida, a tentativa de transformação institucional ocorrida no Juqueri, a partir de maio de 1983, será a expressão localizada do que transcorria no conjunto da sociedade.

O fundamentação ideológico que permeou as políticas sociais então implementadas se referenciava na defesa dos direitos humanos. Da mesma forma, ocorrem em outros Estados iniciativas semelhantes: na Colônia Juliano Moreira (Rio de Janeiro) no Hospital São Pedro (Porto Alegre) (2).

Todas essas experiências provocaram uma forte reação dos representantes dos interesses econômicos no setor saúde, sendo inicialmente neutralizadas e finalmente dissolvidas.

Este estudo do processo de transformação institucional que se tentou viabilizar no Juqueri, de maio de 1983 a abril de 1984, se baseia na análise de documentos, de matérias publicadas na imprensa, além de depoimentos de profissionais envolvidos na experiência.

O ponto de sustentação e polo irradiador da proposta de mudança foi um Grupo de Trabalho articulado, funcionalmente, à Diretoria Clínica do complexo asilar, que desempenhou ao mesmo tempo o papel de planejamento e execução. Assim, foi criada uma organização do trabalho independente da burocracia da instituição do trabalho independente da burocracia da instituição. Por isto, possuía uma agilidade e uma relação direta com todas as dificuldades sentidas ou suscitadas pelo processo na sua base. Este desenvolveu-se através de duas táticas: no início de Maio foi proposto um plano de emergência que visava reduzir a taxa de mortalidade, aumentar a saída hospitalar e promover a humanização das condições de internação e de trabalho, através da criação de cito frente de trabalho como o papel de desenvolver:

- 1 — Personalização e dignidade da condição de vida.
- 2 — Atendimento médico-psicológico.
- 3 — Atividade de treinamento, seleção e organização de funcionários.
- 4 — Atividades com familiares.
- 5 — Atividades em Oficina Abrigada.
- 6 — Atividades com grupos de pacientes.
- 7 — Atividades de sócio-terapia.
- 8 — Atividades de agro-pecuária.

Este conjunto de medidas ficou conhecido como "Projeto Juqueri". Para colocá-lo em prática era necessária a contratação e a transferência de um número reduzido de funcionários.

Para se ter uma idéia precisa do que ocorria (e ocorre ainda hoje) basta assinalar que de um total de 3000 funcionários, que era equivalente ao número de internados, apenas 1/3 estava vinculado às atividades das Unidades assistenciais: Clínicas, Colônias, Hospital Geral Entre outras\*. No entanto, uma nova divisão do trabalho no interior dessas unidades (incluindo tarefas administrativas) e a distribuição dos funcionários em turnos de 12 por 36 horas, acaba por determinar a exígua relação de 3 funcionários/100 internados. Os demais funcionários do complexo compunham uma crônica hipertrofia de burocracia, facilitada pelo clientelismo reinante na instituição e produto, inclusive, da estratégia defensiva daqueles que fugiam do contato direto com a miséria e a destruição inerentes à vida nos pavilhões.

Colocar em prática as propostas defendidas no Projeto dependia, também, da participação dos funcionários na construção de uma alternativa à precariedade das condições de trabalho de então. Neste sentido desencadeou-se uma série de práticas desconhecidas da instituição: assembléias diárias de pacientes e funcionários nas diversas Unidades; trabalhos como grupos de

Iniciou-se de fato um diálogo entre um grupo minoritário de técnicos comprometidos com esta prática e uma parcela dos funcionários responsáveis diretamente pela tutela dos internados. Nestas reuniões transparecia a grande expectativa de mudança e a convicção de que se poderia fazer diferente. Foram muitas as denúncias de corrupção e de arbitrariedades. O empenho de transformar era real.

Uma das medidas tomadas - a colocação de urnas em cada Unidade para a livre manifestação de todos - confirmou o clima de expectativa de mudança. A participação foi surpreendente e o conteúdo das denúncias e propostas feitas eram publicadas semanalmente em boletins que circulavam em todos os locais, subsidiando as discussões, orientando os possíveis encaminhamentos.

Nesta fase organizou-se o projeto de Centros de Convivência que integrou quatro frentes de trabalho: socioterapia e terapia ocupacional, oficinas, treinamento de funcionários e atividades com grupos de pacientes. Este projeto representava o principal instrumento para operacionalizar a mudança. Para as quatro frentes restantes foram encaminhadas propostas específicas: surge o projeto agro-pecuário, fundamentado na agricultura orgânica; o projeto dos Lares-abrigados (para albergar a maior parte da população) e a criação de Unidades especiais de intervenção: médico-gera, psiquiátrica, geriátrica, psicológica, neurológica, fisioterápica e de convalescentes (3,4).

Para a concretização dos objetivos do Projeto Juqueri dependia-se também da melhoria das condições de internação: suprimento adequado de alimentação, vestuário, material para higiene pessoal e de limpeza.

Desde o início, ainda durante a fase de discussão das várias propostas, ficou evidente a enorme dificuldade que se teria pela frente devido ao reduzido número de pessoal qualificado, ao despreparo da Equipe Técnica e à resistência imposta por parcela significativa enraizada na burocracia da instituição.

## Os Centros de Convivência

Partimos do fato de que a única opção de vida dos internos era o confinamento nos pátios e nos grandes pavilhões fechados. A tal inatividade, a falta de estímulo e o isolamento social imposto exacerbava a deterioração das condições psíquicas, concretizando a desumanização, aqui entendida como a perda da privacidade, da individualidade, da identidade pessoal, cultural e social.

Diante dessa realidade era urgente e indispensável a criação de mecanismo que pudessem auxiliar na recuperação da sociabilidade, base de relações sociais humanizadas. Estes deveriam ocorrer em espaços exteriores, rompendo com o confinamento nos pátios e pavilhões. Por outro lado, sabíamos que o Pavilhão não é, e jamais será, terapêutico e, por isto, a sua descaracterização se fazia necessário tanto no sentido da ocupação de um espaço personalizado, como na modificação da relação da relação custodial entre o interno e a instituição, a través da criação dos Lares Abrigados.

Se por si só, esta nova relação determinada pelas atividades dos Centros de Convivência não fosse suficiente para modificar, de imediato, o estatuto do internado, a sua existência permitiria que, sob novas condições concretas, transcorresse uma nova prática e, ao mesmo tempo, surgisse uma consciência crítica da antiga, assim, os Centros de Convivência seriam a negação do pátio, o pavilhão superado.

## Descrição dos Centros de Convivência

Os Centros abrangiam 5 áreas distribuídas no núcleo central, ligados entre si e com os diversos pavilhões através de galerias cobertas.

Centro de Convivência I - constituído por uma salão, que foi adaptado para projeção de filmes e de diapositivos, com capacidade para receber até 100 pessoas. Este encontrava-se desativado tendo sido, anteriormente, um depósito de roupas. Para o seu funcionamento havia a necessidade de 5 funcionários.

Centro de Convivência II - constituído por um conjunto de 3 galpões - 2 fechados e 1 aberto - e banheiros circundados por uma área verde. Neste centro foram desenvolvidas atividades artesanais, culinárias, jardinagem, horta e cantina. Foi prevista a necessidade de 12 funcionários.

Anteriormente, ali funcionava um pequeno bazar (que foi transferido para um local mais apropriado), além de servir como depósito de "coisas velhas". Entre outras coisas, encontramos o que restou do acervo do trabalho de arteterapia desenvolvido por Osório César no Juqueri, a partir da década de 40; e filmes sobre a história do Juqueri, inclusive da época de sua fundação, que estavam trancados há vários anos numbañheiro. Isto levantou a questão sobre como a instituição lida com a sua memória. Os filmes foram restaurados.

Centro de Convivência III - formado por um grande galpão fechado onde desenvolveram-se atividades coletivas: teatro, música, jogos de mesa, festas, bailes, cerimônias religiosas, assembléias. Foi previsto para esse centro a necessidade de 14 funcionários.

Anteriormente, este local foi um grande refeitório destinado funcionários não-técnicos e por eles chamado de "chiqueirão" pelas suas condições de higiene. Havia um outro refeitório, melhor cuidado, que era conhecido como o "refeitório dos médicos". Propusemos a existência de um refeitório único para funcionários e técnicos neste local.

Centro de Convivência IV - constituído por um edifício isolado com arquitetura característica da época de construção do Juqueri em 1895. No local foi proposta a instalação de um museu, que mais tarde passou a chamar-se Museu Osório César, a escola livre de artes plásticas, a biblioteca para os internados e sala de leitura. Este projeto foi desenvolvido pela Escola de Comunicações da USP.

Centro de Convivência V - formado por campo de futebol, quadra para esportes e duas edificações anexas compostas por banheiros, vestuários a uma edícula com 2 salões. Aqui desenvolveram-se atividades recreativas ao ar livre, jogos e ginástica. Este local, anteriormente, era utilizado, apenas, por funcionários e times de futebol da cidade de Franco da Rocha.

O Projeto dos Centros de Convivência foi financiado por verba especial obtida, diretamente, da Secretaria da Saúde e por nós administrada; pois a direção geral do Juqueri não se dispôs a investir na proposta, apesar de referi-la como prioritária no interior



da instituição. Assim, com apenas 16 funcionários voluntários os Centros I, II e III foram organizados e, razoavelmente equipados.

Durante a organização dos centros passamos a desenvolver, diariamente, no interior dos 8 pavilhões do Hospital Central, práticas que visavam a sensibilização para a proposta:

- reuniões com funcionários e pacientes.
- atividades musicais e expressivas acompanhadas pelos funcionários dos centros.
- passeios na área verde do complexo.

Queríamos tornar possível, num primeiro momento, a circulação dos pacientes nos espaços exteriores aos pavilhões e a criação de vínculos entre estes e os funcionários que trabalhavam nos centros. Retirar os internos dos pavilhões para passeios, para conhecer esses espaços exteriores era criar uma nova rotina, que quebrava a cadeia páteo-refeições-medicamentos-trabalho forçado-sono, minando a cultura da reclusão.

Através dos centros tentamos devolver ao interno seu direito de decidir para onde ir e o que fazer. Usamos nisso uma forma de apropriação de sua história, de seu lugar na instituição. Os funcionários dos centros buscavam os internos nos pavilhões para garantir suas saídas, este foi um trabalho árduo e repleto de contradições.

No centro onde se realizavam os trabalhos artesanais os pacientes escolhiam o tipo de atividades que gostariam de fazer, decidiam sobre o destino do produto final. Se o destino fosse a venda decidiam sobre o preço e a forma de pagamento. (Isto porque no Juqueri havia uma organização chamada Fundo Especial de Despesas, que se apropriava do produto e da venda das atividades dos pacientes que aguardavam meses pelo "pagamento" de uma parcela do valor de venda). Também passamos a administrar o bazar onde as atividades eram vendidas. Introduzimos formas de comercialização paralelas ao Fundo agilizando o sistema de retorno do dinheiro aos internos e abolindo o desconto. Apesar de todo o esforço não conseguimos abolir o próprio Fundo.

No Centro III através de jogos de mesa (baralho, dominó e damas) e da realização de atividades expressivas (desenho, cerâmica e pintura formavam-se grupos para conversar, que passavam a encontrar-se, diariamente. Havia pacientes que só observavam, nunca falavam, mas estavam sempre presentes. Percebíamos que o nível de trocas era muito alto. Aqui promoviam-se festas, bailes e cerimônias religiosas. As sextas-feiras tor nou-se tradicional a realização de um baile que reunia de 100 a 200 internos animados por um conjunto musical composto por funcionários e internos. Essa atividade era muito solicitada pelos internos e já fazia parte da cultura da instituição, mas agora se diminuiu o controle sobre quem podia ou não ir aos bailes e festas como se fazia anteriormente, pois se tentava garantir a participação de todos que desejassem.

Desenvolvíamos como os funcionários um trabalho diário de discussão sobre a prática cotidiana, os problemas surgidos, os conflitos, tentando sempre aprofundar o significado de nossa ação a cada momento.

Essa experiência desencadeou uma série de resistências de grupos conservadores e da própria Direção Gral de Juqueri. Passamos a ser responsabilizados por todo e qualquer incidente relacionado a internos que se encontrassem fora dos pavilhões. Nessa época havia um boicote de certos funcionários que facilitavam a saída de pacientes dos pavilhões para responsabilizarmos a posteriori. O contrario também ocorria. Também passamos a ser acusados, através do jornal de Franco da Rocha, de promover a promiscuidade entre os internos porque estimulávamos o desenvolvimento de atividades conjuntas entre homens e mulheres.

A grande objeção às atividades dos centros estava na "indisciplina" que as práticas geravam, pois "atrapalhavam" as rotinas, faziam "atrasar" o almoço e juntar, "tiravam" alguns pacientes do trabalho de limpeza e "criavam" internos que reivindicavam algumas coisas.

Apesar das resistências e pressões de todo o tipo a experiência continuou até dezembro de 1983. No entanto, desde novembro de 1983 iniciou-se o processo de desmantelamento gradual da equipe que coordenava a implantação de projeto.

## Os projetos específicos

Havíamos assinalado que outros projetos foram organizados para dar conta de necessidades específicas da população internada, não discutiremos aqui o desenvolvimento de tais projetos, detendo nos apenas no detalhamento do Projeto Centros de Convivência. Salientamos que, à exceção do Projeto Lares Abridados que tem uma história mais complexa e permanece até os dias de hoje apesar de todos os obstáculos encontrados, esses projetos tiveram seu desenvolvimento seriamente comprometido no início da tentativa de suas respectivas implantações.

## Considerações Finais:

Podemos observar que não faltaram propostas de trabalho visando a transformação institucional, faltou, na verdade, vontade política de um governo no sentido de respaldá-las pois, para tanto, conflitos com o poder conservador local ou com grupos ligados à corrupção, por exemplo, teriam que ser necessariamente enfrentados.

O fato da Direção Geral não ter estabelecido uma escala de prioridades permitiu o desvio, cada vez maior, do objetivo inicial de humanizar as condições de internação. Assim a solução de problemas mínimos ligados ao cotidiano dos internados esbarrou na flagrante incapacidade da administração em sensibilizar-se com a questão. O remanejamento de funcionários da área burocrática para atividades com pacientes - ponto crítico de todos os projetos - nem sequer foi tentado.

Salientamos também que não houve o necessário respaldo da então Coordenadoria de Saúde Mental, que optou por ceder às pressões de grupos conservadores. Vale lembrar que tal Coordenadoria foi empossada sobre o compromisso público da desospitalização, do fim da "páteo-terapia" e da mudança efetiva do Juqueri.

Há aspectos importantes desta experiência que são valiosos na discussão das possibilidades das práticas institucionais transformadoras, citamos como exemplo a produção de mudanças nas posturas de funcionários e as possibilidades de um novo relacionamento com os internos, as formas de conscientização sobre o papel dos técnicos, funcionários e do conjunto da

instituição; a adesão voluntária de internos e funcionários às práticas propostas pelos Centros; o questionamento cotidiano da violência institucional e as reações geradas pela desativação das celas fortes.

A situação do Juqueri, sempre veiculada em reportagens nos jornais e TU, continua a escandalizar a opinião pública.

Há muito o que discutir. O que restou de todo o processo desencadeado em 1983? Quantas novas tentativas também se viram frustradas?

O Juqueri é movido pelo trabalho cotidiano de centenas de internos que cuidam de tarefas essenciais à manutenção da instituição, sem que isso lhes tenha garantido o direito a reinserção social.

A instituição não suporta a possibilidade da reinserção social real da população nela internada. Isto significa a sua própria negação, a perda do seu papel. Ela impõe a todos, internos e funcionários, a reclusão e o confinamento nos pátios; mantendo-os longe das ruas e da vida das cidades, excluídos até a morte.

## Resumo

Relatamos o processo de transformação que se tentou desenvolver no Complexo Hospitalar de Juqueri durante 1983. Procuramos demonstrar que este processo foi expressão localizada de um movimento mais geral de democratização institucional que transcorria na sociedade brasileira, mostramos a sua fragilidade e o conseqüente retrocesso ao antigo estado de coisas. A tentativa consistiu em modificar o caráter custodial vigente, a partir da criação de "espaços livres", exteriores aos pátios e pavilhões, onde internados e funcionários permaneciam cotidianamente confinados. Estas espaços denominados "Centros de Convivência" constituíram o lugar privilegiado e estratégico do processo de mudança.

## Abstract

This report presents a transformation effort at Juqueri's Hospitalar Complex during 1983. We try to show this was a local example of Brazil's democratization process that happened in the whole country's political days. We also show the fragility of this process and the return to the experienced situation: Hospital internes and employees stayed restrained at the hospital's ward. To change this situation, we tried to transform this place of custody and created "free-spaces" out of the jail. These space are called "conviviality-center" and have become an important and strategic place in this transformation process.

## Bibliografia:

- 1 - Sader, E. Democracia é coisa de gente grande? in Bierrenbach, MI e Figueiredo, CP - Fogo no Pavilhão: uma proposta de liberdade para o menor, São Paulo, Brasiliense, 1987.
- 2 - Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Mental - Programa de Ressocialização da Colônia Juliano Moreira, RJ 1982 (mimeo).
- 3 - Secretaria de Estado da Saúde, Departamento Psiquiátrico II, Diretoria Clínica, "Projeto Integrado de Socioterapia e Terapia Ocupacional: os Centros de Convivência", Franco da Rocha, SP, 15 de agosto de 1983.
- 4 - Secretaria de Estado da Saúde, Departamento Psiquiátrico II, Diretoria Clínica, "Organização e implantação de um conjunto de medidas no DP-II. Introdução do Lar-Abrigado", Documento enviado a Diretoria Geral, 14 de setembro - 1983.

# UNA PROPOSTA DE TRABALHO PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIENCIA VISUAL

Walkíria Maria de Andrade Moura

Recife/BRASIL  
1988

Este trabalho está sendo realizado na Associação Pernambucana de Cegos - APEC, com sede em Recife-Pernambuco-Brasil. Atualmente desenvolvo nesta Associação a atividade de Orientação e Mobilidade, anteriormente realizada apenas em um Centro de Educação Especial por uma Pedagoga previamente treinada, que não utiliza os recursos que julgo necessários para o pleno desenvolvimento desta atividade.

Iniciando este trabalho, percebi que as possibilidades eram bem amplas a Terapia Ocupacional, não só devido a defasagem de profissionais na área de Locomoção, mas também por tratar-se de uma etapa importante no processo de independentização nas atividades de vida prática do indivíduo cego.

Apesar de me sentir apta para desenvolver esta atividade deparei-me com obstáculos iniciais inerentes a qualquer novo tipo de abordagem. Assim e que, as adaptações foram sendo feitas a partir da experiência de pessoas cegas já independente, unindo esta vivência com a carente teoria obtida na Universidade.

Para demonstração do trabalho a atividade de Locomoção servirá como eixo central. Começaremos conceituando-a:  
**LOCOMOÇÃO:** compreende o aprendizado do manejo da bengala (rítmo bengala/passos) e desenvolvimento da orientação temporal e espacial -utilizando os sentidos remanescentes- permitindo uma melhor mobilidade no meio.

## REQUISITO NECESSÁRIO PARA DESENVOLVIMENTO SATISFATÓRIO DESTA ATIVIDADE

<b>AVALIAÇÃO</b> Investigação do Estado de Disfunção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visual</li> <li>- Auditiva</li> <li>- Tátil</li> <li>- Olfativa</li> <li>- Gustativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentado</li> <li>De pé</li> <li>Caminhando/Correndo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proprioceptiva</li> <li>- Vestibular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicomotricidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equilíbrio Estático/Dinâmico</li> <li>Ritmo Com referencial</li> <li>Sem referencial</li> <li>Lateralidade</li> <li>Orientação Espacial e temporal</li> <li>Esquema Corporal</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senso-Percepções</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção</li> <li>Concentração</li> <li>Memória</li> <li>Tolerância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação Motora e Controle Motor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membros Superiores</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado Emocional</li> <li>• Atividades da Vida Diária</li> </ul>		

Com este conhecimento de cada indivíduo, damos início as atividades de modo a quebrar posturas viciosas para posteriormente introduzirmos a atividade de locomoção propriamente dita.

### ATIVIDADES RECREATIVAS ⇒ ESPORTIVAS

#### II - Objetivos

- Conhecimento total dos movimentos do corpo
- Treino dos sentidos remanescentes
- Treino da atenção, concentração e memória
- Conscientização de sua posição no espaço, da relação de si próprio com os objetos que compõe este espaço e vice-versa
- Evidenciação de pontos de referência em situações variadas

#### I - Recursos:

Brincadeiras e jogos que:

1. estimulem o corpo a pular, correr, andar rápido, desviar-se de obstáculos, etc.;
2. treinem os demais sentidos sempre relacionando-os e

aplicando-os na prática da vida diária.

No decorrer das atividades deparamo-nos com diversas situações que podem ir desde a descrença da atividade que está sendo realizada até o total descaço de si próprio. Cada etapa de trabalho é concluída com uma conversa sobre tudo o que foi vivenciado, esclarecendo situações e dúvidas que surgem. A auto-estima e a auto-confiança estão afetadas de modo a dificultar a integração.

Acreditamos que para alcançarmos o sucesso de todo este processo é necessário o fortalecimento contínuo da relação terapêutica. Com isto, se não estivermos promovendo a total independência, estaremos dando um grande passo em sua direção.

Recife, julho de 1988.  
WALKÍRIA MARIA DE ANDRADE MOURA  
2110-T.O.

Endereço para Correspondência:  
Associação Pernambucana de Cegos - APEC.  
Rua José Osório, 124 - Sala 23  
Madalena - Recife - PE, BRASIL  
C.E.P. 50711

## RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UMA ENFERMARIA, COMO PARTE DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM PSIQUIATRIA

### INTRODUÇÃO

Esse texto relata o trabalho desenvolvido durante a realização de um Curso de Aprimoramento em Psiquiatria Institucional destinado a profissionais recém-formados em Terapia Ocupacional. Trata-se de um curso promovido pela Escola Paulista de Medicina em convênio com a FUNDAP (Fundação de Apoio a Pesquisa) em São Paulo, Brasil.

Temos por objetivo divulgar e reafirmar a importância do Curso de Especialização em Terapia Ocupacional como instrumento para a formação profissional.

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Curso de Aprimoramento de Terapia Ocupacional em Psiquiatria Institucional tem duração de 2 anos com carga horária de 40 horas semanais e proporciona aos aprimorandos bolsa-auxílio custeada pela FUNDAP. Atualmente o seu programa e atividades estão estruturados da seguinte forma:

#### 1º ANO

##### 1. Cursos obrigatórios:

###### a) Teóricos:

- Psicopatologia (2hs/sem.)
- Estudo da Psicose (2hs/sem.)

###### b) Práticos:

- A atividade enquanto instrumento terapêutico (2hs/sem.)
- Princípios na organização de um setor de Terapia Ocupacional (2hs/sem.)

###### c) Teórico-prático:

- Curso Introdutório (2hs/sem.) - é o primeiro módulo do Curso de Especialização de Terapia Ocupacional em Psiquiatria do CETO - Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.

##### 2. Reuniões gerais:

- Reunião Clínica do Departamento de Psiquiatria
- Reunião do Setor de Terapia Ocupacional

##### 3. Estágios:

- 1º semestre: Enfermaria
- 2º semestre: Ambulatório

#### 2º ANO

##### 1. Cursos obrigatórios:

###### a) Teóricos:

- Psiquiatria Social (2hs/sem.)
- Psiquiatria Infantil (2hs/sem.)
- Psicanálise (2hs/sem.) - 2º módulo do CETO Centro de Estudos de Terapia Ocupacional

b) Prático:

— A atividade enquanto instrumento terapêutico (2hs/sem.)

2. Reuniões gerais:

- Reunião Clínica do Departamento de Psiquiatria
- Reunião do Setor de Terapia Ocupacional

3. Estágios:

- 1º semestre: Enfermaria
- 2º semestre: Ambulatório

*Observação: Durante todo o período do curso, os estagiários realizam no ambulatório clínico o atendimento individual de pacientes psicóticos, com supervisão de 1 terapeuta ocupacional do setor.*

Desenvolvemos a seguir o relato da experiência de estágio na Enfermaria, por ser este o serviço no qual estamos no momento.

## CARACTERÍSTICAS DA ENFERMARIA

Essa enfermaria conta com 18 leitos para pacientes do sexo feminino e constitui a unidade psiquiátrica do Hospital São Paulo, que é um hospital geral ligado à Escola Paulista de Medicina, localizado na cidade de São Paulo.

O trabalho é desenvolvido por uma equipe que consta de:

- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Enfermeira e 5 Atendentes de Enfermagem
- 7 Psiquiatras
- 1 Assistente Social
- 1 Psicólogo

Além desses profissionais a equipe é composta de estagiários de Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social, além de médicos residentes de psiquiatria.

A proposta de tratamento é centralizada na crise que motivou a internação, tratando-se, portanto, de pacientes em fase aguda da doença. São internações de curta permanência (média 20 dias), com posterior acompanhamento no Ambulatório de Egressos.

Esse tratamento é desenvolvido através de uma programação diária definida que envolve na sua realização a participação dos membros da equipe e estagiários nas diversas modalidades de atuação profissional.

## PROGRAMA DO ESTAGIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Esse programa envolve atividades multidisciplinares, das quais participam outros estagiários e médicos residentes de psiquiatria, atividades específicas de Terapia Ocupacional, além de reuniões gerais.

Durante o desenvolvimento desse programa o estagiário recebe supervisão específica de Terapia Ocupacional, supervisão dos Grupos operativos e supervisão de Casos Clínicos.

1. Atividades Multidisciplinares

- Grupos Operativos: três vezes por semana, coordenados pelo residente de psiquiatria, com uma hora de duração.
- Atividades de Cozinha: uma vez por semana, com a participação da enfermagem, estagiários e médicos residentes de psiquiatria, com uma hora de duração.

2. Atividades Específicas

- Grupos de Terapia Ocupacional: três vezes por semana, coordenados pela terapeuta ocupacional da enfermaria ou pela estagiária de Terapia Ocupacional, com 1 hora de duração.
- Grupo de Terapia Ocupacional: 1 vez por semana, com a participação de estudantes do 5º ano de Medicina, coordenado pela terapeuta ocupacional da enfermaria, com uma hora de duração.
- Grupos de Terapia Ocupacional: de paciente egressos da enfermaria, a nível ambulatorial, duas vezes por semana, com a participação de médicos residentes de psiquiatria, coordenado pela estagiária de Terapia Ocupacional com 1 hora de duração.

*Observação: O estagiário de terapia ocupacional é responsável pela seleção de atividades e pela organização de materiais utilizados nos Grupos de Terapia Ocupacional.*

3. Reuniões gerais

- Reunião Clínica
- Reunião Administrativa
- Reunião Geral

## NOSSA EXPERIÊNCIA NA ENFERMARIA

Pela nossa avaliação um dos principais objetivos do tratamento a ser desenvolvido em grupo é criar um ambiente de continência e de suporte, no sentido de situar a paciente em relação à internação à crise pela qual está passando.

Em relação à Terapia Ocupacional pudemos observar que os grupos de atividades permitem à paciente a expressão de suas fantasias, desejos, medos e conflitos em um nível não verbal, facilitando a elaboração da crise.

Um outro aspecto seria a possibilidade da paciente experimentar um papel que não o de doente, entrando em contato com o seu lado sadio.

A partir do material e dados obtidos nos grupos de atividades, a Terapia Ocupacional participa ativamente das discussões junto à equipe multidisciplinar auxiliando inclusive, na elucidação diagnóstica. Em geral as discussões de caso são realizadas nos espaços de supervisão, onde também são discutidos coordenação de grupo e alguns aspectos que se estabelecem na relação paciente Terapeuta-Atividade.

A vivência desse processo nos permitiu o aprofundamento de conhecimentos teóricos de Psicopatologia, Psiquiatria Clínica e Terapia de crise correlacionados à Terapia Ocupacional, além da experimentação de diversos papéis no trabalho em equipe multidisciplinar.

## CONCLUSÃO

Em resumo, somado ao aprendizado teórico e prático da Psiquiatria Clínica e Terapia Ocupacional em Psiquiatria, tivemos a oportunidade de participar das discussões e reflexões acerca da inserção da terapia ocupacional em uma equipe multidisciplinar, trabalhando em uma enfermaria de pacientes em crise.

Achamos importante ressaltar que não saímos dessa experiência com respostas prontas e acabadas mas, ao contrário, com o reconhecimento da necessidade constante de se buscar cursos de especialização como base para a prática profissional.

Lucia P. Ferraz Alves  
Mária Isabel N. de Almeida

São Paulo

# ESPECIALIZANDO TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM PSIQUIATRIA: UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA

Maria José Benetton (1)  
Sonia Maria Leonardi Ferrari (2)

Resumo: O propósito deste trabalho é a descrição de um curso de aprimoramento para terapeutas ocupacionais, onde a escolha da corrente psicodinâmica em psiquiatria, especifica e determina o uso de atividades com pacientes.

## "Specializing Occupational Therapists in Psychiatry: a psychodynamic approach"

This paper describes one course for occupational therapists where the psychodynamic school of psychiatry is the main determinant of a specific use for activities with patients.

Unitermos: Especialização, Terapia Ocupacional, Psiquiatria, Psicodinâmica.  
Key words: Specialization, Occupational Therapy, Psychiatry, Psychodynamic.

1. Coordenadora do Setor de Terapia Ocupacional do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina.  
Coordenadora do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.
2. Sócia-fundadora do Hospital Dia "A Casa".  
Coordenadora do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.

"A terapia ocupacional revista a luz do pensamento dinâmico, deixa de ser considerada apenas como um meio de manter os pacientes ocupados e como fonte de renda para a instituição, para se transformar em verdadeiro auxiliar da psicoterapia: as suas indicações vão sendo aos poucos definidas, admitida a tese de que as diferentes atividades devem satisfazer as necessidades psicológicas dos diferentes indivíduos"

(DOYLE, 1950).

## I. INTRODUÇÃO

Após estágio curricular no Setor de Terapia Ocupacional do Departamento de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, alguns alunos da Universidade de São Paulo, em 1974, formaram sob a coordenação de Maria José Benetton um grupo de estudos. Em anos posteriores outros grupos, formados por sete ou oito estudantes de Terapia Ocupacional foram se organizando. Até 1978 os seminários e supervisões da prática foram montados de acordo com os interesses e questões levantadas pelos grupos. Por esse tempo se pensou em organizar o conteúdo das discussões em diferentes disciplinas. Esperava-se com isso suprir algumas deficiências dos cursos de graduação.

Em 1981, abandonando a idéia de corrigir falhas, com Sonia Maria Leonardi Ferrari, participante de um dos grupos iniciais foi criado o Centro de Estudos de Terapia Ocupacional com propósitos assistenciais e de ensino.

O programa assistencial consta de atendimentos individuais e/ou grupais em terapia ocupacional de forma ambulatorial. O ensino se propõe a organização de cursos de especialização e aperfeiçoamento, programação e participação em palestras, simpósios e congressos.

Em 4 de fevereiro de 1982 inicia-se o Curso de Especialização em Terapia Ocupacional Psiquiátrica, com carga horária média total de 400 horas/aula. Concomitantemente incentiva-se a organização de grupos de estudo em outras áreas clínicas, onde a Terapia Ocupacional atua. Foram convidados paetristas e professores para esses cursos, porém dois anos depois esses programas se extinguiram. Ao lado disso, o interesse pelo curso da área de Psiquiatria foi aumentando, auxiliado até pela política estadual de saúde que determinava a existência de terapeutas ocupacionais em todos os ambulatórios e hospitais psiquiátricos do Estado. A partir de 1983 a própria Coordenadoria de Saúde Mental programava cursos de especialização para seus profissionais, tendo sido o CETO através dos seus professores um dos grupos participantes de tal programa de aperfeiçoamento.

É a partir daí, numa revisão global das disciplinas implanta-se definitivamente uma filosofia para o curso, definindo-o em terapia ocupacional psiquiátrica em linha psicodinâmica.

Em 1984, foi firmado um convênio entre o Centro de Estudos de Terapia Ocupacional e o Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina de tal forma que o Curso de Especialização passa a ser administrado por essas duas entidades.

Tendo sempre como meta a ampliação do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional em 1987 associa-se a ele Maria Elisabeth Brito e Sylvia Soglia, na expectativa de que ano a ano esse quadro possa multiplicar-se.

## II. O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL PSQUIÁTRICA EM LINHA PSICODINÂMICA

É constituído por seis disciplinas com carga horária semanal de duas horas, não existe seleção prévia para admissão, sendo o primeiro ciclo da disciplina "Curso Introdutório" eliminatório. Caso o estudante não obtenha média oito neste primeiro semestre, será eliminado. O aluno poderá optar por fazer quantas disciplinas quiser por ano, é sugerido porém para melhor aproveitamento o seguinte esquema:

1º semestre	Ciclo I do "Curso Introdutório".
2º semestre	Ciclo II do "Curso Introdutório + Psicopatologia".
3º e 4º semestres	"Introdução à Psicanálise".
5º e 6º semestres	"Terapia Ocupacional Psiquiátrica em linha Psicodinâmica + Laboratório de Análise de Atividades".
7º e 8º semestres	Supervisão de Caso.

As matrículas são abertas anualmente de 01/02 a 20/02. As disciplinas iniciam na primeira semana de março, com férias em julho e o encerramento do ano em 15/12. A responsabilidade da organização global das disciplinas é da coordenação do CETO, cabendo aos professores o desenvolvimento dos temas de acordo com a metodologia de sua preferência.

### III. AS DISCIPLINAS

#### 3.1. "Curso Introdutório"

##### 3.1.1. Ciclo I

A introdução do aluno no curso se dá através desta disciplina, que num primeiro momento oferece elementos para que este possa se posicionar frente à demanda, exigências e responsabilidades inerentes ao processo de formação.

O conteúdo programático consta de teorias sobre História da Clínica, Psiquiatria, da Terapia Ocupacional e do Estudo de Pequenos Grupos.

Optou-se pelos grupos operativos, após exposição teórica como um dispositivo de ensino, onde os estudantes passam de receptores passivos a co-autores do produto de transformação do conhecimento científico em instrumento operativo.

Através de leituras, aulas expositivas ou seminários o aluno vai adquirindo conhecimentos que deverão ser firmados através da elaboração em grupo.

Alcançar o objetivo nesta disciplina significa que o estudante demonstra responsabilidade, conhecimento e capacidade de participação em aula.

Temas de estudo:

- Saúde Mental x Psiquiatria.
- A História da Psiquiatria x Instituição Psiquiátrica.
- A História da Terapia Ocupacional.
- A terapia Ocupacional x Instituição Psiquiátrica.
- Psiquiatria x Terapia Ocupacional x Política de Saúde Mental.
- A Psiquiatria x Instituição Psiquiátrica x O Grupo.
- Grupo em Terapia Ocupacional Psiquiátrica.

##### 3.1.2. Ciclo II

Este segundo ciclo da disciplina inicial busca através do uso de atividades montar o estudo de caso em Terapia Ocupacional. Fazer e analisar o que faz é o ponto de partida para a aprendizagem do uso de atividades como instrumento terapêutico. Fazer com intenção, desenvolvendo as imagens de um sonho e compondo-as no desenho, a reprodução de um sentimento, a bela produção, a busca de organização interna e externa. A cada passo, cada atividade, tem que conter a intenção da reprodução de imagens mentais suscitadas no momento da ocorrência do grupo. O resultado deverá ser um dossiê de cada aluno contendo informes, através das atividades e dos relatos ligados a elas, e da participação no grupo. Como um prontuário de pacientes, esses dados servirão para análise cruzada de cada estudante.

A avaliação implica na quantidade e qualidade de trabalhos realizados isoladamente ou em participação com os demais membros do grupo, demonstrando aprendizagem quanto a realização de atividades, compreensão das possibilidades e limites da comunicação não verbal e a percepção da coerência ou incoerência entre o verbal e não verbal.

Temas de estudo:

- As primeiras entrevistas em Terapia Ocupacional.
- A minimização do sofrimento versus realidade da dor.
- Falar x Imagens mentais.
- Historicidade x Sintoma.
- Prontuário e anotações.
- História direta e indireta.
- Observação e anotação.
- Formação de Grupo x Sintomas Regressivos.

#### 3.2. Psicopatologia Especial

Procura-se nesta disciplina ao lado das noções teóricas essenciais, oferecer uma visão de conjunto da especialidade que permita uma orientação realmente produtiva no trabalho diário. Inicia-se com a discussão dos sintomas neuróticos e psicóticos e sua explicação multidimensional. Segue-se o estudo das técnicas especiais para compreensão dos distúrbios psicológicos, levando-se a considerações gerais de ordem diagnóstica e prognóstica. Ao longo desse estudo tem-se a preocupação de não perder de vista a importância de fatores sócio-culturais. Assinala-se a cada passo a interveniência da



constituição familiar, estrutura educacional, ou de um encaminhamento inadequado dos conflitos emocionais do indivíduo, em qualquer período de sua formação.

Temas de estudo:

- Funcionamento Geral do Psiquismo.
- Psicogênese.
- Motivações da Conduta Humana.
- Mecanismos de Adaptação Psicológica.
- Síndromes Psiquiátricas.
- Diagnóstico e Prognóstico.
- Estudo Comparativo das Psicoses.

### 3.3. Introdução à Psicanálise

A atividade como instrumento terapêutico vista a luz de diferentes correntes psicanalíticas alcança objetivos vários, no decorrer de tratamento principalmente de psicóticos.

Para alguns como elemento intrinsecamente terapêutico leva a suprir necessidades emocionais básicas, propiciando a sublimação. Para outros está inscrita no âmbito do campo transicional como elo de ligação entre objeto interno e externo. Há ainda aqueles que usam-na como elemento catalisador do vínculo terapêutico. Em qualquer dessas ou outras teorias abordadas neste curso, implica no conhecimento através desta disciplina dos fundamentos teóricos do desenvolvimento psíquico e da simbolização em psicanálise.

Não só por serem as contribuições mais originais e fundamentais para o edifício psicanalítico que "Os três ensaios da Sexualidade" e a "Interpretação dos Sonhos", são o passo inicial desta disciplina. Junto ao estudo das "Relações Objetivas" formam o alicerce da compreensão da comunicação não verbal, através do processo de realização de atividades.

Temas de estudo:

- Processos mentais inconscientes.
- Energia psíquica.
- Progressão, fixação e regressão.
- Modos de funcionamento do aparelho psíquico.
- Função da prova de realidade.
- Princípios do prazer.
- Mecanismos de defesa.
- Relação objetivas.
- Processo primário.
- Simbologia dos sonhos.
- Transferência.
- Contratransferência.

### 3.4. Terapia Ocupacional Psiquiátrica em linha Psicodinâmica

Momento de teorização e síntese, da construção de um corpo teórico do qual a Terapia Ocupacional vai se utilizar. Injunção que se estenderá ao longo desta e das disciplinas posteriores.

A psicanálise como base para o aprofundamento do estudo das psicoses, sua historicidade, sua clínica e a importância da linguagem não verbal no processo terapêutico.

Estudo dos símbolos e imagens mentais que se dimensionam no fazer, e a possibilidade de validar e decodificar esta "fala" no acontecer do vínculo terapêutico.

Estes aspectos são estudados teoricamente através de leitura e seminários de diferentes autores e da apresentação e estudo de casos em atendimento em Terapia Ocupacional.

Temas de estudo:

- Introdução ao pensamento psicodinâmico e sua relação com a atividade terapêutica.
- A especificidade da psicose.
- Atividade, realidade e fantasia.
- Arte como expressão do inconsciente.
- Representações simbólicas.
- Relação de objeto.
- Projeção e transferência.
- Contratransferência.
- Imagem do corpo.
- Relação terapeuta-paciente.
- Personalidade do terapeuta.
- Relação terapeuta-paciente-atividade.

### 3.5. Laboratório de Análise de Atividades

No segundo ciclo do "Curso Introdutório", utiliza-se atividades para a semelhança à situação do paciente, compor um prontuário da produção do aluno, agora, deixando de lado o formal, preocupa-se com o "sentir". Ao fazer, busca-se viver, perceber, compreender do lugar do outro, isto é, do lugar do paciente.

Estabelecer condições para o estudante criar, programar, estudar e realizar atividades é o ponto de partida para reflexões sobre técnicas do uso de atividades como terapia. A exigência de um bom produto final, em algum momento desde laboratório, implica em atentar para o processo e técnica de realização de atividades propiciando o ensino e organização da

realidade. A vigência do acaso (o fato novo, não previsto) repetições, e das associações ocorridas nas, ou através das atividades, permite avaliar a ocorrência da comunicação dos fenômenos intra-psíquicos. Neste momento, ressalta-se a importância da análise pessoal, instrumento imprescindível para acompanhar tal processo.

Do ponto de vista da psicodinâmica, atividades sem ligação ou conexão aparente entre si, são o início de um jogo. Cada jogador terá que compor com elas um texto que sobretudo seja uma comunicação. O significado é apenas o pano de fundo no qual descansam os fantasmas como se fossem figuras em relevo. Da mesma maneira que na leitura de um romance, com a volúpia da incorporação, se colocando na posição do herói, ou se deliciando pela clara descrição como guarnição apetitosa, o terapeuta introjeta, empática, realiza a aprendizagem da terapêutica através da atividade. Tal qual arqueólogo que escava sua própria arqueologia, o terapeuta ocupacional vai encontrar sua forma de ser arqueólogo daquele que pelo sofrimento, tem soterradas as primeiras imagens. Depois costurá-las com linha e agulha, conectá-las com papel e tinta, refazê-las com lápis e borracha.

### 3.6. Supervisão de Caso

Em 1908, Max Graff, famoso musicólogo vienense, pertencente ao conjunto de intelectuais fundadores do primeiro grupo psicanalítico reunidos em torno de Freud, leva ao seu mestre observações sobre manifestações sexuais de seu filho Herbert Graff. Posteriormente começam a surgir manifestações fóbicas (medo de sair para a rua, medo de ser mordido por cavalos) neste menino de cinco anos que iria se transformar no célebre caso Hans. Max Graff, procura novamente Freud, que o institui analista. Começa assim a primeira psicanálise de uma criança e junto com ela a primeira supervisão.

Leon Grinberg no livro "Supervisão Psicanalítica" (de 1971) considera de grande importância para o desenvolvimento do processo de aprendizagem do "aluno" a identificação ou assimilação. O supervisionado, para ele, caminha entre dois polos: por um lado, repete, copia, por outro improvisa. Mas apoiado pelo estudo da técnica analítica e da teoria, ele poderá alcançar o objetivo da supervisão, que é basicamente a integração entre teoria e clínica. Outorga ao supervisor o duplo papel de educador e terapeuta, e diz, para situar a problemática, que nesse processo, o supervisionado vai entrar em contato com a "filosofia" do supervisor e com a "filosofia" do instituto ao qual pertence. Em outras palavras, entende a supervisão como processo identificatório. Consideramos que a supervisão de caso em terapia ocupacional é um caso particular da supervisão em psicanálise e que pode se desenvolver de acordo com os pressupostos de Grinberg. Isso no que se refere à dinâmica entre supervisor e supervisionado. Sem dúvida os aspectos técnicos da Terapia Ocupacional, tendem por outro lado a peculiarizar tal relação. Também aqui, vemos como é muito importante a atividade, quando se trata do terapeuta aprendiz. É privilegiada sempre uma ação, uma atitude, um gesto dele, no lugar da palavra. Tanto quanto é necessário a existência dos trabalhos realizados pelo paciente e o relato do processo da confecção para a supervisão.

## IV. BIBLIOGRAFIA

- BENETTON, M.J.: "A Importância da Psicanálise na Formação do Terapeuta Ocupacional". Palestra realizada no Centro de Estudos de Psicanálise, São José dos Campos - São Paulo em 04/12/1987.  
DOYLE, I.: "Introdução à Medicina Psicológica". Editora da Casa do Estudante do Brasil. Rio de Janeiro, 1950.  
GRINBERG, L.; LANGER, M. e RODRIGUE, E.: "Psicoterapia del Grupo". Editorial Paidós, Buenos Aires, 1971.

Queremos agradecer os professores que ajudaram a construir este curso, Beatriz Aguirre, Maria Cristina Budeu, Raquel Pires, Mariângela Quarente e aqueles que continuam conosco, Helena M. Cruz, Maurício Porto, Moisés Rodrigues da Silva, Nelson Luiz Magalhães Carrozzo, Sílvia Fernandes, Stella Maria Malta e Wilma Szarf Szwarc.

MARIA JOSÉ BENETTON  
Escola Paulista de Medicina  
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica  
Rua Botucatu, 740 - 3º andar - VL Clementino  
CEP 04023 - São Paulo - SP

# REFLEXOES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAUDE NA SOCIEDADE CONTEMPORANEA E AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL\*

Correa Oliver\*\*

## I. INTRODUÇÃO

Esta comunicação tem por objetivo levantar algumas questões a cerca do conceito de trabalho utilizado, predominantemente, no modo de Produção capitalista e suas interferencias na prática de Terapia Ocupacional.

Para auxiliar a análise recorreremos à discussão sobre o Processo de produção na sociedade moderna e a noção de saúde-doença como processo social. Também lançamos mão do estudo de alguns artigos escritos por terapeutas ocupacionais que falam sobre a concepção de trabalho publicados no American Journal of Occupational Therapy; bem como da observação da prática de terapia ocupacional em instituições psiquiátricas e em instituições de habilitação e reabilitação profissional.

Por que é importante estudarmos a relação saúde e trabalho? Porque é no processo de produção que é determinada a relação saúde e doença e esta determina quem está ou não apto a permanecer inserido no mercado de trabalho. E, também, no processo de trabalho que se forjam as pessoas, sua condição é consciência.

Assim, a ótica utilizada é aquela que procura entender a condição do trabalhador inserido ou não no processo de produção; e não a dos estudos que privilegiam a maximização da produção e do lucro, via incompatível com a preservação e manutenção da saúde.

Procurarei refletir sobre a questão homem-trabalho, do ponto de vista da saúde, para melhor compreender as relações que constroem os indivíduos que temos diante de nos em nossa prática profissional.

## II. A relação saúde-Trabalho

A reforma protestante fou um dos fatores que contribuiu para a construção do modo de produção capitalista, nela o trabalho pode ser entendido como uma forma de servir a Deus e passa a ser "vontade de Deus que todos os homens trabalhem, mas é contrário a Deus que os homens cobiçem até mesmo os frutos de seu trabalho, estes devem ser reinvestidos para permitir e incentivar mais trabalho, é o trabalho que aliviará a culpa e conduzirá para a vida santa e piedosa".<sup>(1)</sup>

Assim, valorizava-se e justificava-se o comportamento e as atitudes necessários a uma parte dos homens, que são exigências do capitalismo. Isto possibilitou e justificou o desenvolvimento social de um determinado tipo de homem capaz de um trabalho cada vez mais incessante e metódico.<sup>(2)</sup>

Já no século XIX, Marx e Engels fazem, na "A Ideologia Alemã", uma análise detalhada do significado do trabalho no desenvolvimento do homem. Neste texto afirmam que a "forma como os homens produzem os seus meios de existência depende em primeiro lugar da natureza, isto é, dos meios de existência já elaborados e que lhes é necessário reproduzir; mas não deveremos considerar esse modo de produção deste único ponto de vista, isto é, enquanto mera reprodução da existência física dos indivíduos. Pelo contrário, já constitui um modo determinado de atividade de tais indivíduos, uma forma determinada de manifestar a sua vida, um modo de vida determinado. A forma como os indivíduos manifestam a sua vida reflete muito exatamente aquilo que são. O que são coincide portanto com a sua produção, isto é, tanto como aquilo que produzem como com a forma como produzem. Aquilo que os indivíduos são depende portanto das condições materiais da sua produção."<sup>(3)</sup>

Marx aponta que a divisão social do trabalho ao mesmo tempo em que determina a divisão entre proprietários e não proprietários, entre trabalhadores e pensadores, determina a formação das classes sociais.<sup>(4)</sup> Assim, a condição mais típica do capitalismo é a necessidade de existir, ao mesmo tempo e no mesmo lugar, uma concentração de capital e da propriedade nas mãos de poucos e uma enorme massa humana desprovida de qualquer meio de sobrevivência, que não seja a sua própria força de trabalho. Este fato determina que este homem, sem dinheiro ou propriedade, tenha que se "oferecer" no mercado de trabalho. Ao fazer isto, este homem -transformado por esta relação em trabalhador e em mercadoria- submete às condições estabelecidas pelo capitalista. Estas condições se dão de forma a garantir que a produção do trabalhador seja muito maior do que o valor do seu salário. Este excesso é que vai originar o lucro e este é o segredo do modo capitalista de produção. O trabalho assalariado é portanto a essência do capitalismo.

Segundo Braverman "é importante salientar que o que o capitalista compra não é uma quantidade contratada de trabalho, mas a força para trabalhar por um período contratado de tempo."<sup>(5)</sup> E ainda completa, mais adiante, com esta afirmação "o que distingue a força de trabalho humana não é sua capacidade de produzir excedente, mas seu caráter inteligente e proposital que lhe dá uma infinita adaptabilidade e que produz as condições sociais e culturais para ampliar a sua própria produtividade. Assim, pode-se utilizar muitas formas para aumentar a produção da força de trabalho - jornadas mais longas e o uso de instrumentos mais produtivos que aceleram o ritmo de trabalho".<sup>(6)</sup>

O processo de trabalho industrial se desenvolve em meio à luta de classes, onde é necessário aprimorar formas de controle sobre os trabalhadores. O principio básico desse controle consiste na separação entre execução e elaboração do processo de trabalho, como está definido na proposta taylorista de organização científica de trabalho.

Segundo Edith Seligmann esta forma de administrar representou, e ainda representa, um marco na história dos processos de trabalho e um golpe muito grande na saúde de milhões de trabalhadores. Os pressupostos do sistema taylorista são: padronização e controle rígido dos tempos, movimentos, dos instrumentos de trabalho e controle permanente realizado por diferentes agentes de administração.<sup>(7)</sup>

Dessa forma estão eliminadas quaisquer possibilidades de manifestação da individualidade e da sociabilidade, pois estas poem em risco a eficiência e a ordem fundamentais para a maximização da produção.

Seligmann cita trabalhos de Laurell, Marques e Frankenhaeuser que falam da desqualificação crescente dos trabalhadores, onde o seu saber é transferido para a máquina, isto é, para o capital. Isto faz como que se materialize o controle, quando se transfere para a máquina o conhecimento e iniciativa do trabalhador, eliminando a subjetividade e facilitando processo de embotamento emocional a medida que a tecnologia se desenvolve.<sup>(8)</sup>

Ha ainda outros fatores intervenientes na determinação da natureza agressora do trabalho: os diferentes regimes e turnos de trabalho, o ambiente físico e a organização do trabalho.

Entende-se por organização do trabalho: o ritmo, a duração da jornada, tempo para descanso, hierarquização, sistemas de controle e segurança, rotatividade de pessoal, desinformação e o desvio e acúmulo de funções, principalmente, nos períodos de recessão econômica.<sup>(9)</sup>

Não podemos deixar de lembrar a condição de vida desses trabalhadores proporcionada pelo seu nível salarial e oportunidades de emprego, migração, habitação insatisfatória, transportes insuficientes, poluição ambiental e a violência urbana.

Por essas condições torna-se possível e necessário que os indivíduos tenham corpo e mente amortecidos pela apropriação de sua subjetividade, em nome do progresso e da produção. Assim, teremos trabalhadores desprotegidos e vulneráveis a grande número de distúrbios no seu equilíbrio físico e mental, já que se procedeu à eliminação de sua maior defesa: o aparelho psíquico íntegro.

Percebemos que o trabalho determina a vida dos indivíduos, ainda mais que isso, o valor social atribuído ao trabalho permite que, as pessoas se submetam às mais adversas condições de trabalho. Todos devem estar a ser aptos para trabalhar, mas serão saudáveis e aceitos socialmente, apenas aqueles aptos para o trabalho, esquecendo-se de como este é gerador de problemas de saúde.

Dentro dessa lógica - do processo produtivo - é necessário que todos, aptos ou não, tenham como parâmetro a vida para o trabalho; que se transforma em valor social, e um dos mais importantes. Aqui também estão incluídos os indivíduos que quer por doença, deficiência ou desvio estão impossibilitados de inserção no mercado de trabalho, mas que tem para si o valor social do trabalho tanto na estruturação de sua subjetividade quanto na organização das relações de produção, que muitas vezes tentam arranhar com sua inserção marginal no processo de produção.

### III. A CONCEPÇÃO DE TRABALHO UTILIZADA EM TERAPIA OCUPACIONAL

Observamos em alguns artigos publicados no American Journal of Occupational Therapy em 1985 que a concepção de trabalho é a predominante na atualidade; ou seja, é através do trabalho que as pessoas serão inseridas ou reinsertas socialmente. Notamos também, que alusão feita à natureza agressora do trabalho no atual modo de produção é colocada como fator inerente do trabalho e do processo produtivo. Assim, são citados a rápida mudança dos valores sociais com a constante evolução tecnológica, a alienação, o stress, a perda da criatividade, o desemprego crescente o tédio e a insatisfação nos papéis produtivos mais tradicionais.<sup>(10)</sup>

Essas questões levam Laura Harvey-Krefting a apresentar a Terapia Ocupacional no futuro como uma alternativa, não apenas para o atendimento de indivíduos doentes ou deficientes, mas também aos desengajados de uma existência produtiva: os desempregados, as crianças e velhos. Poderia haver também o atendimento daqueles que participam, diretamente, do processo produtivo, mas que estão insatisfeitos com a forma como produzem. Pelas razões já assinaladas serão quase todos os trabalhadores assalariados.

Isto representa uma proposta de Terapia Ocupacional a ser viço exclusivo do controle social exercido pelos serviços de saúde, que abstrai as condições em que são "fabricados" esses indivíduos. Esta proposta tem por finalidade esconder as contradições sociais refletidas na experiência individual dos trabalhadores. Assim, estaríamos contribuindo para a institucionalização, através dos serviços de saúde, do uso do "hobby" como tratamento para os que trabalham. Para os desinseridos do mercado de trabalho a Terapia Ocupacional representaria a "única a maior experiência subjetiva de produtividade".<sup>(11)</sup>

Será essa a realidade na América Latina? A divisão internacional do trabalho reserva aos países do terceiro mundo a parcela do trabalho mais danosa à saúde dos trabalhadores e do meio ambiente, pelos salários mais baixos, com as piores condições de vida e menor poder de resistência pela sua organização sindical mais frágil.

Convivemos com os processos de produção tecnicamente mais atrasados, ao mesmo tempo como a implantação crescente de tecnologia, sem planejamento e sem a preocupação com o impacto sobre a vida social.

Temos nos serviços de saúde - o resultado dessa convivência - crianças com paralisia cerebral devido a sofrimento fetal pelas péssimas condições de assistência à maternidade, trabalhadores do setor terciário com doenças profissionais ou então indivíduos acidentados no trabalho e incapacitados para o retorno à produção.

No Brasil, temos uma política social que não garante sequer a aposentadoria ou salário-desemprego para a sobrevivência digna, ou seja a inserção social se dá sempre via trabalho, o trabalho é o valor social maior.

Em Terapia Ocupacional temos atendido, na grande maioria, indivíduos desinseridos do processo produtivo, seja momentaneamente por doença ou distúrbios gerados pela condição de vida e de trabalho, seja permanentemente por fugirem à normalidade necessária a disciplina pelo trabalho (por doença mental ou física ou pelo desvio da norma por marginalidade ou delinquência).

A maior parte das instituições de ensino ou saúde onde trabalhamos têm como objetivo a inserção ou reinserção social através do trabalho, que dificilmente são atingidos dada a organização do processo de produção. Colaboramos para legitimar esse discurso que é cindido na ação direta com as pessoas com as quais trabalhamos. Elas têm, senão a consciência do funcionamento social, pelo menos o sentido da exclusão a que estão submetidas. No entanto a nossa prática tem dificuldades para ser transformada, por quê?

No Brasil, as instituições que trabalham com a habilitação ou reabilitação profissional são, respectivamente, beneficentes, filantrópicas ou mantidas pela contribuição dos próprios trabalhadores através da Previdência Social.

A Terapia Ocupacional nas instituições filantrópicas contribui para a exclusão dessa população do convívio social, reproduzindo no seu atendimento prática assistenciais estigmatizadoras, paternalistas juntamente com a proposta taylorista de produção. No entanto essa população jamais será integrada no mercado de trabalho permanecendo sob muitos aspectos dependente da instituição.

A Terapia Ocupacional nas instituições de reabilitação profissional que atendem os segurados da Previdência Social utiliza-se do trabalho artesanal como meio de recuperação da funcionalidade física sem resgatar e integrar nessa ação a experiência de cada indivíduo no processo de trabalho, na doença profissional ou no acidente de trabalho. Sabemos que estes trabalhadores poucas vezes retornam ao mercado de trabalho ou quando o fazem têm dificuldade de nele permanecer.

Na maior parte das vezes temos nos utilizado do trabalho como forma de intervenção, qualificado ou desqualificado socialmente. Propomos ou a produção artesanal -fabricação de vassouras, tapetes, pregadores de roupas ou utilitários- ou então o trabalho abrigado em oficinas através de sub-contratos com indústrias, que repetem sem crítica ou restrição, a proposta taylorista da produção em série além de disincubar essas indústrias do pagamento de encargos sociais desses "aprendizes". Então, a falta de condições físicas e ou mentais dessas pessoas e sua necessidade de reinserção passem a ser argumentos técnico-científicos que justificam esse uso.

Assim, acredito que estamos criando aprendizes eternos da inserção ou reinserção social, tendo como parâmetro a normalidade tão massacrante, isto é: a linha de produção, o cartão de ponto, a pontualidade, a assiduidade, a colaboração com os outros, o respeito às regras e à hierarquia bem como a qualidade de trabalho. Enfim, tudo que se exige dos demais trabalhadores, forjando no interior desse microcosmo -as instituições- "ficcção de operários normatizados". E pela implantação dessa disciplina e pela adaptação a ela que esses indivíduos serão "reconhecidos" como reais e não pela sua inserção concreta no processo produtivo (como deveria ser, para concretizar o objetivo explícito da instituição) impossibilitando dessa forma a sua existência enquanto pessoas que devem ter lugar no contexto social.

Penso que devemos refletir sobre o conhecimento e reconhecimento de nosso papel e de nossa condição enquanto técnico neste modo de produção; para que possamos criar formas de intervenção que nos coloquem mais próximos da realidade social e não apenas do controle social, que é o papel fundamental das instituições onde temos trabalhado.

Penso que devemos buscar maior proximidade da realidade de técnicos e de pacientes, de suas necessidades e de sua consciência, bem como das estratégias de sobrevivência de que se utilizam para permanecerem vivos, mesmo que ainda loucos, deficientes ou delinquentes.

## BIBLIOGRAFIA

1. MILLS, W. — O Trabalho in A Nova Classe Média, RJ, Zahar, 1980.
2. MARX, K. & ENGELS, F. — A Ideologia Alemã. 3º ed., Lisboa, Presença, 1975.
3. CHAUF, M. — O que é Ideologia, 12ª ed., SP Brasiliense, 1983.
4. BRAVERMAN, H. — Trabalho e Força de Trabalho in Trabalho e Capital Monopolista — a degradação do trabalho no século XX, RJ, Zahar, 1981.
5. SELIGMANN, E. — Trabalho e Saúde Mental in CAMON, U. (org.) — Crise, Trabalho e Saúde Mental, SP, Traço, 1986.
7. Saude Mental e Trabalho in TUNDIS, S. (org.) Cidadania e Loucura, R.J. Vozes-ABRASCO, 1987.
8. HARUVEY - KREFTING, L. — The concept of Work in Occupational Therapy: a historical review, American Journal of Occupational Therapy, 395: 301-307.

\* Trabalho apresentado no IV Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais em Belo Horizonte - julho de 1988 e no I Simpósio Latino Americano / 2º Congresso Argentino de Terapia Ocupacional - outubro de 1988.

\*\* Auxiliar de ensino do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.

- (1) MILLS, W — A NOVA CLASSE MEDIA, P. 234.
- (2) Ibid., p. 235.
- (3) MARX, K. & ENGELS, F. — A Ideologia Alemã, p. 19.
- (4) CHAUI, M. — O que é Ideologia, p. 54.
- (5) BRAVERMAN, H. — Trabalho e capital monopolista - a degradação do trabalho no século XX. p. 55.
- (6) Ibid., p. 58.
- (7) SELIGMANN, E. — Crise econômica, trabalho e saúde mental, in CAMON, U. (org.) — Crise, trabalho e saúde mental no Brasil, p. 72-73.
- (8) Ibid., p. 71-72.
- (9) SELIGMANN, E. — Saúde mental e trabalho, in TUNDIS, S.A. (org.) — Cidadania e loucura, p. 239-246.
- (10) HARVEY-KREFTING, L. — The concept of work in Occupational Therapy: a Historical Review, p. 306.
- (11) Ibid., p. 207.

# A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Rubens de Campos Filho  
Ana Maria Galluzzi

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho discute a implantação dos serviços de Terapia Ocupacional, há cerca de um ano em equipe multidisciplinar na Clínica Pró-Mental situada na Cidade de São Paulo, conveniada como a SUDS.

Composta por profissionais médicos, psicólogos, assistente social e terapeuta ocupacional o grupo de trabalho segue os princípios e baseia-se na Teoria de Personalidade de Augusto Comte introduzida e difundida no Brasil pelo professor doutor Anibal da Silveira, tendo seus estudos continuados por doutor Rubens de Campos Filho.

A primeira parte do trabalho discute sucintamente a teoria de personalidade utilizada para o atendimento de nossa clientela.

Estende-se para o conceito de equipe multidisciplinar, passando pela discussão da intervenção da Terapia Ocupacional, terminando com a tentativa de demonstrar a atuação de uma equipe que age efetivamente em conjunto.

Os resultados dessa intervenção são relatados na Conclusão. Deve-se considerar que ainda são restritos os resultados e conclusões científicas, pois consideramos ainda curto o período de implantação do setor de Terapia Ocupacional nesse ambulatório.

## I. O DESENVOLVIMENTO HARMÔNICO DO SER HUMANO. ASPECTOS GERAIS DA TEORIA DE PERSONALIDADE DE AUGUSTO COMTE.

Durante a vida o homem sofre um processo de desenvolvimento e maturação constante que objetiva seu aperfeiçoamento. Esse desenvolvimento baseia-se na tríade de um determinado substrato orgânico somado a fatores psicológicos individuais e ao fator social.

Segundo Augusto Comte a personalidade divide-se em três esferas: Afetiva, Conativa e Intelectual compostas por um conjunto de funções subjetivas e inatas que regem as disposições interiores e promovem o relacionamento do indivíduo com o meio exterior de maneira harmônica.

Existe entre as esferas e as funções relações hierárquicas de regência e estímulo proporcionando ação conjunta simultânea e dinâmica.

Os primeiros sinais das funções manifestam-se precocemente mesmo que ainda não totalmente maduras. Todas são inconscientes ou seja: percebe-se o exercício da função, não a função em si já que são abstratas, subjetivas.

A esfera afetiva divide-se em dois setores básicos: a individualidade e a Sociabilidade compostos por um conjunto de tendências que impelem o indivíduo a satisfazer continuamente as necessidades da própria existência e adaptar-se harmônica e naturalmente ao mundo social.

A maturação do sistema nervoso e o amadurecimento psicológico leva à submissão gradativa das necessidades egoísticas (Individualidade) às necessidades altruísticas (Sociabilidade) atingindo equilíbrio.

Na fase inicial do desenvolvimento humano existe basicamente necessidade de preservar e manter a espécie, característica que se estende durante toda a vida, se bem que modificada. Os chamados Instintos de Conservação ou seja: instinto nutritivo, instinto sexual e instinto materno são responsáveis por essa característica.

Os instintos Nutritivo e Sexual são básicos, energeticamente fortes e estimulam as demais funções psíquicas. O instinto Materno ou de Posse apresenta um nível de diferenciação superior em relação aos dois anteriores pois depende de fatores do meio ambiente. E através dele que o indivíduo se "apossa" de objetos, fatos ou produtos que dele emanam a través de uma ligação afetiva intensa. A essa função está ligada a formação dos nexos primários das imagens materna e paterna, importantes para relações interpessoais futuras.

Através das funções do Aperfeiçoamento o indivíduo fixa os primeiros nexos simbólicos de seu contato e de sua manipulação do ambiente.

A Destruição (dos obstáculos) e a Construção (dos meios) leva a um processo constante de conhecimento, contato e adaptação ao ambiente. Construir é uma tendência evolutiva básica que se mantém por toda a vida.

Aumentando seu contato com o mundo o indivíduo tem tendência a satisfazer suas necessidades de domínio e aprovação; funções Orgulho e Vaidade respectivamente.

A necessidade de dominar (Orgulho) o ambiente, as pessoas e os objetos faz parte do processo de auto-afirmação, auto-conhecimento e aceitação de seus limites, concluindo sua identidade psicológica. Para sentir-se aceito pelo grupo social o indivíduo tem a necessidade de ser aprovado pelo mesmo e a função Vaidade é então evidenciada. Estas duas funções estimulam o indivíduo desde as primeiras fases de adaptação ao ambiente e presidem a concepção dos futuros papéis sociais adotados.

As funções da Sociabilidade ou do Altruísmo (Bondade/Apego/Veneração) ainda pertencentes à esfera afetiva completam a harmonia psíquica que possibilita a modificação, desenvolvimento e aperfeiçoamento humanos. São resultantes da relação do indivíduo com o meio ambiente e se expressam através das relações interpessoais.

O apego propicia um vínculo intenso com pessoas e lugares que desenvolve o interesse do indivíduo por seu semelhante. Esse sentimento facilita a relação de dependência importante para a constituição de família e grupos.

A veneração se traduz pela disposição do indivíduo em reconhecer e assimilar os valores culturais, sociais e humanos de seus superiores.

São funções importantes para assimilação de valores grupais.

A Bondade se caracteriza pela capacidade do indivíduo em "dar de si" através de ligação espontânea e criativa com o meio. Supõe a noção própria de identidade, o amadurecimento da elaboração lógica, a adoção consciente de normas de conduta e responsabilidade pessoais e grupais assim como o respeito aos sentimentos e idéias alheios.

A esfera Afetiva é responsável, portanto, por regular o interesse do indivíduo pelo meio exterior, atender às necessidades individuais e sociais e assim harmonizar a personalidade. Gera estímulo para as esferas Conativa e Intelectual, para o trabalho mental e a ação explícita.

A esfera Conativa, intermediária à afetiva e à intelectual é responsável, através de funções subjetivas pela exteriorização e estabilização do comportamento do indivíduo no meio.

Conação traduz-se por ação, atividade sem a qual seria impossível a ação explícita e o trabalho mental.

Essa esfera é composta por três funções: a Coragem que é responsável pelo estímulo que desencadeia a ação; a Perseverança que mantém o ato ou a disposição para atuar e a Prudência responsável pelo refreamento ou inibição do ato.

Quando funcionam harmonicamente temos continuidade na ação do trabalho mental e a atividade ordenada, do contrário atividade desordenada e descontinuidade da ação.

A esfera Conativa também gera estímulo à esfera Intelectual.

E através da esfera Intelectual que se estabelece a comunicação do indivíduo com o meio externo ou seja onde ocorre a elaboração de dados e a comunicação dessa elaboração.

Composta por funções básicas, a saber: funções da observação Concreta e Abstrata; funções da Elaboração Dedutiva e Indutiva e funções da Expressão Oral, Escrita e Mímica, é a esfera mais hierarquizada e que mantém regência indireta sobre a Afetiva e direta com a Conativa.

As funções psíquicas estão presentes em todos os indivíduos, porém o dinamismo da personalidade se diferencia de pessoa para pessoa, pois depende da maneira peculiar como essas funções se articulam.

## II. IMPLANTAÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA CONVENIADA COM A SUDS.

Conceitualmente a Equipe Multidisciplinar é caracterizada pela perspectiva de atuação em conjunto de diferentes especialidades de forma a se complementarem harmonicamente. Desse modo, Também no acompanhamento psiquiátrico a cooperação voltada para uma assistência global do cliente só pode ser realizada quando as contribuições das diversas disciplinas se adaptam umas às outras.

A implantação do setor de Terapia Ocupacional surge baseada nessa ideologia, numa clínica que já contava com os serviços de médicos psiquiatras, psicólogos e assistente social, cuja atuação calca-se na Teoria de Personalidade de Augusto Comte.

O Terapeuta Ocupacional é o profissional ligado à Saúde que utilizando-se de atividades de diferentes tipos se propõe a avaliar e tratar o paciente psiquiátrico junto à equipe multidisciplinar.

O encaminhamento desses pacientes chega dos diferentes setores profissionais constante anamnese e avaliação, características do quadro e da dinâmica de personalidade, assim como aspectos a serem investigados e tratados na Terapia Ocupacional. Por vezes, o Terapeuta presta auxílio diagnóstico e avaliativo do cliente e também o encaminha a outros profissionais quando necessário. Este tipo de relacionamento interdisciplinar em muito contribui para um entendimento mais profundo da problemática do cliente e para melhor acompanhamento terapêutico.

Independente da avaliação médica e psicológica é realizada a avaliação ocupacional.

O processo de avaliação pode ser realizado através de execução de atividades, exploração senso-perceptiva, contato e relacionamento com o ambiente e o terapeuta, exploração da vida ocupacional passada e presente, além de entrevistas realizadas com o cliente e seus familiares.

Através desses dados é traçado o plano de tratamento que complementarmente o restante do tratamento (médico/psicológico).

Os atendimentos são individuais com 50 min. de duração, semanais ou quinzenais dependendo da possibilidade sócio-econômica do cliente. Geralmente a condição social dessa clientela é precária devido principalmente ao afastamento da vida produtiva.

As atividades são individualmente indicadas e constam de um programa que gradativamente tem por objetivo a melhoria de qualidade de vida desses indivíduos no ambiente doméstico e na comunidade.

Em muito contribui a atuação da Assistente Social que através de visitas domiciliares e investigação da situação social do cliente e da família, fornece elementos de referência para orientação terapêutica ambulatorial e domiciliar.

Atendendo às necessidades do cliente providencia encaminhamento aos recursos existentes na comunidade como escolas e classes especiais; oficinas e cursos profissionalizantes.

Abandonando aos moldes clássicos até hoje empregados a atuação da Terapeuta Ocupacional e da Assistente Social junto à Família e ao cliente tem intervenção principal nas esferas conativo-afetiva e visa a adequação individual e social desses indivíduos, contribuindo com o acompanhamento do restante da equipe e a efetivação de soluções mais adequadas a seus processos de vida.

## III. A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL PRINCIPALMENTE NAS ESFERAS CONATIVO-AFETIVAS

Faz-se necessário compreender primeiramente a interrelação e o dinamismo que se estabelecem entre as três esferas da personalidade no ser humano.

De forma simplificada poderíamos dizer que um indivíduo é impressionado pelos estímulos do meio, armazenando-os de forma sincrética e difusa na esfera afetiva que é geradora de estímulos e energia para as outras esferas.

Quando se associa o estímulo afetivo à intelectualidade ocorre a ação explícita ou o trabalho intelectual. A esfera Conativa é responsável, então pela coordenação da atividade. Existe necessidade da energia captada transformar-se em ato; a afetividade entra em contato indireto com o meio através da ação. Da mesma forma a intelectualidade rege conação e afetividade e conação estimula esfera intelectual.

As três esferas convivem harmonicamente no indivíduo equilibrado, porém nos processos patológicos teremos alterações destas estruturas que somadas à problemática social levam o indivíduo ao afastamento do mundo, tornando-o psicossocialmente cronificado.

A inadequação familiar e social e o afastamento do mundo exterior (incluindo-se o período de internação), nas psicoses, na deficiência mental, nos distúrbios de aprendizagem e motricidade, principalmente, levam o paciente a um processo de defesa quando em contato com a sociedade.

Essa defesa acaba por se transformar em uma interiorização que dificilmente o profissional médico e psicólogo conseguem romper sem a ajuda de especialidades como a Terapia ocupacional e o Serviço social.

A Terapia Ocupacional é considerada como um processo de interação e comunicação que atua a nível concreto, na vivência prática de situações para expressar-se, exteriorizar sua ação.<sup>(1)</sup>

Segundo Comte toda ação tem o aspecto subjetivo da personalidade e o comportamento explícito traduz de alguma maneira as relações entre o indivíduo e o mundo exterior.

Para que se concretize a ação explícita ou ato exteriorizado (comportamento) é necessário a participação da afetividade e da conação.

Segundo Cerqueira a atitude do Terapeuta Ocupacional pode intervir, induzir a uma atuação mais intensa, inclusive possibilitando ao cliente, de forma mais fluente, o relato de suas dificuldades.

E justamente nesse crivo que se apoia à intervenção da Terapia Ocupacional principalmente nas esferas conativo afetivas realizando muitas vezes o rompimento dessa interiorização. Esse rompimento geralmente aumenta as chances de uma intervenção psicoterápica mais eficiente no setor de psicologia por exemplo.

O trabalho acontece em complementação porque o médico, além da terapêutica medicamentosa apoia-se principalmente na comunicação verbal, assim como o psicólogo. O Terapeuta Ocupacional por sua vez, trabalha primordialmente a nível da comunicação não-verbal e do elemento concreto realizando estímulo para a fluência de módulos instintivos e dos sentimentos, dando oportunidade para manutenção da ação, quando trabalha com coragem, prudência e firmeza.

A tentativa de criar um espaço compartilhado entre o terapeuta, a atividade e o cliente visa estimular a noção de realização da atividade, que aqui se traduz por ação e a partir daí, reconhecer com mais facilidade os processos vivenciados.

No desempenho de atividades conjuntas com o cliente o terapeuta ocupacional dispõe de si mesmo como instrumento terapêutico criando, desenvolvendo e acompanhando as condições e situações que permitam a ocorrência do processo terapêutico que se dá através da inter-relação do paciente com o terapeuta, a atividade e o grupo.

O reconhecimento desde a imagem corporal nesses clientes, a valoração da aparência e higiene pessoal, o desenvolvimento de responsabilidade e autonomia até o contato com atividades desconhecidas para aplicação em sua vida ocupacional e busca de adaptação vocacional e profissional, constam do programa de atendimento em terapia Ocupacional. A oportunidade de julgar realisticamente suas habilidades e limitações e o desenvolvimento da personalidade favorecem o "crescimento" desses clientes.

O trabalho da assistente social complementa a finalização desse processo pois ela realiza a "ponte" de ligação entre o material gerado em Terapia Ocupacional e os recursos reais da sociedade.

(1) Outros autores já anteriormente, consideraram essa visão para a Terapia Ocupacional, vide Fedeur e Fidler, porém baseados na Teoria Psicanalítica.

Neste Trabalho coincidentemente os autores assim a consideram baseados em Augusto Comte.

## CONCLUSÃO

Apesar de a implantação de Terapia Ocupacional na referida clínica ser recente (cerca de um ano), já podemos detectar alterações no curso evolutivo da doença em alguns pacientes.

Ao intervir principalmente nas funções afetivas e conativas, esse tipo de terapia tende a modificar o estado dos indivíduos que, em consequência da doença, estejam afastados da vida produtiva e de relação.

Nos indivíduos para os quais até mesmo a comunicação, verbal e não-verbal, está comprometida, em geral verifica-se melhora nos contatos intra-interpessoal assim como no contato com o meio ambiente e na ação nele desencadeada, o que acarreta desenvolvimento da capacidade de iniciativa, da autonomia e da independência. Esse processo amplia as possibilidades para a psicoterapia e tende a estimular, ainda que de forma lenta, uma ação mais produtiva desses indivíduos no meio social, principalmente nos casos de psicose e deficiência mental.

Nos distúrbios de motricidade e de aprendizagem, percebe-se melhora ao nível conativo (características comiciais), na coordenação motora e na aquisição de autonomia para as atividades de vida diária.

A ação da Terapia Ocupacional junto à equipe multidisciplinar tem conseguido interferir positivamente no processo de vida dos pacientes atendidos, no sentido de alcançar uma adequação individual e social mais satisfatória.



# Para Qué Terapia Ocupacional con Abusadores de Drogas en una Comunidad Terapéutica

T.O. Marla D. Montilla

"A mí no me pasa nada! Vengo porque me traen. Mis viejos se preocupan, no entienden que si yo quiero, dejo la droga. Esta Comunidad no es para mí; el otro lugar sí porque es para gente como yo: drogadictos". "Aquí no, porque aquí, están todos locos. Y yo no estoy loco!"

Y es entonces que comienza el desafío.

Al paciente lo echaron de todas partes. Si lo echaron, no pudieron contenerlo. Nosotros sí. Nosotros podremos.

La omnipotencia queda en descubierto. Pero... ¿nosotros, el equipo tratante de esta Comunidad Terapéutica podremos? ¿Así de solos? Nos haría falta... Nos hace falta el paciente y su familia.

Con la creencia y convicción de que contamos con ellos, lo podemos intentar.

Juan, que durante tres meses y permanentemente decía: "No quiero venir más", pero venía; "no voy a trabajar", y miraba; "¿no ven que este tratamiento es ineficaz?", hoy nos confirma que valió la pena: "Uds. no entienden que soy drogadicto, pero son buena gente. Aparte, no sabía qué me gustaba trabajar con arcilla".

Caer en el juego de la seducción permanente sin notarlo, podría abortar lo hecho hasta ahora.

Desde la primera entrevista, enfatizamos las NORMAS comunitarias de puntualidad, asistencia, no portar drogas para su consumo o para los demás. Es el mandato que no existió; es la ley. Y es la firmeza al mantener una negativa, o una aprobación.

Las transgresiones se suceden vertiginosamente. Y si el Terapeuta Ocupacional pierde el sentido de que la tarea es CONJUNTA con el paciente, el grupo y el equipo, se hará depositario de toda la problemática de ese paciente y a veces, de la del grupo.

El tratamiento grupal abusadores de drogas incluidos en un grupo de pacientes psicóticos, Borderline, neuróticos graves, resulta dificultoso en su manejo.

Las alianzas entre abusadores, sus códigos propios de comunicación gestual y verbal apropiados para aislar al terapeuta de turno y marginarse del grupo de "locos", nos mueven a incluir no más de dos pacientes abusadores en el grupo.

Fascinante en el Taller, interesante, misterioso.

Lo hemos visto colaborando, ayudando a otros, respetando horarios y haciendo que se respeten.

Y me he preguntado: "pero en realidad, ¿qué le pasa?, no encuentro la razón, el para qué está internado".

La pared tupida de slogans escritos, que sobrepasan los límites de la cartelera, me brinda respuestas: "marihuana libre", "arriba la coca", "paz, drogas y amor", "Voy por la vida; voy por la PAZ. No a la droga, sí a la LIBERTAD".

Pedro, hace dibujos muy coloridos, inteligibles algunos, escondedores todos. Tan plásticos!... Como Roque, Ana, Marta, María y Juan, todos dejan en sus dibujos ojos lagrimeando, canillas goteando sangre, hombres torturados, vísceras, caretas, jeringas, monstruos, el diablo, armas.

En una mañana de líneas quebradas, rectas y curvas, y mucho color, aparece el dibujo escondido; tal como a través de una fuerte red de contención, se deja deslizar el frasco escondido, el pegamento abierto la puerta del baño franqueada por un tiempo mayor al habitual.

Esconden para que les encuentren.

Su omnipotencia, inseguridad, desconfianza, pobreza en el diálogo o verbosidad, su vivencia de vacío interior, su dificultad para PENSAR y luego HACER, su marcada ansiedad y sensación de aburrimiento, me llevan a delinear objetivos.

Para cada paciente una estrategia diferente, particular, individualizadora.

Y entonces, los objetivos:

- Que logre aceptar los límites propios y los de los demás.
- Que logre mayor seguridad y autovaloración, recrear vínculos con los participantes del grupo, escuchar y ser escuchado.
- Que aprenda a utilizar su tiempo libre, asimilar la experiencia, pensar, luego hacer.
- Lograr que logremos que algunos de estos objetivos se cumpla.

La Institución, la casa está preparada para recibirlo. Erabanderado en la droga, se presenta a sus compañeros de grupo como "el elegido". El grupo lo recibe, mira y escucha como al "inteligente, el vivo, el sano, tiene el don de la palabra"; "es encantador, me da miedo lo que dice". Cuenta sus hazañas, sus vuelos y sus viajes. Monotemático, relata detalladamente cómo preparar la droga, cómo y cuáles "pegan", de qué elementos se componen y cantidades para viajar. Pronto establece alianzas a modo de secretos con quienes tienen similar problemática.

En una oportunidad, el secreto aludía a la tenencia de marihuana y posterior reparto. Denunciado el autor por uno de los intervinientes en conflicto con este subgrupo y descubierto, buscó apelar a la "falta de moral del soplón".

La consecuente suspensión hasta la próxima sesión de Terapia Familiar, resultó eficaz para el paciente y para el grupo. Los más frágiles comenzaron a cuidar a "los poderosos"! Y estos, a dejarse cuidar.

La alianza con el Terapeuta Ocupacional buscando funcionar como COTERAPEUTA, es bienvenida.

Su temor al ridículo, a verse realizando actividades que minimiza por recuerdos infantiles, cuando él está para "consumiciones mayores", provocan su resistencia a participar. Gradualmente lo orientamos hacia tareas de responsabilidad, como por

ejemplo: aportar y seleccionar música apropiada para determinada actividad grupal, o colaborar en la programación de una salida.

Así, abrimos un camino menos doloroso para su inclusión.

Con actividades compartidas con la Terapeuta Ocupacional o con otros integrantes del grupo, se pretende acompañar su evolución.

A través de actividades con una misma técnica durante un largo tiempo, será posible trabajar la asimilación de la experiencia, errores y logros.

Con la inclusión de una técnica nueva se ve necesitado de pedir ayuda y de PENSAR con la T.O. en los pasos a seguir.

"Yo quiero hacer un aparato con dos cosas como lo que se pone arriba del caballo, para poner la... ¿no? y que sea de eso, pero más grande", "para la moto", me dice Pedro.

"No entiendo nada, pero podemos verlo dibujado", contesto. Mientras lo intenta, el grupo da nombres al proyecto en una serie de adivinanzas. Y yo pienso en la dificultad de Pedro para poner palabras, en su pobre lenguaje. En su incomunicación. En su soledad.

Después de dibujadas las dos carteras colgantes unidas por una misma asa, le solicito nos describa a todos su proyecto. Entre todos buscamos las palabras adecuadas para poder entendernos. Después, alguien propone conferencias acerca de temas que interesen a todos.

Las fisuras en el equipo pronto son detectadas, cuanto más las que puedan existir entre las Terapistas Ocupacionales. Otras veces las crean. "Que raro ¿no? por la mañana me dejan hablar por teléfono; por la tarde vos no me dejás. ¡Pónganse de acuerdo!"

"Me dijo Alicia que este trabajo lo siga con ella y que con vos empiece otro. Me dijo que Uds. trabajan de manera distinta la arcilla. Es medio rara Alicia ¿no?"

"Y vos fijate, si él que es médico me dice que si no quiero no trabaje en el Taller, yo le voy a Hacer caso".

Recorta información, descalifica en público o en privado, lo que se dice; lo que se hace, al terapeuta, a los compañeros, a la Institución o bien establece relaciones idílicas, constituyéndose a posteriori, en un derivador a la Comunidad Terapéutica de "amigos con problemas".

Cuando el paciente dice estar aburrido, no sabe qué hacer y le proponemos hacer su aburrimiento con arcilla, aparece éste como un sinónimo de depresión. De vacío interior. El tiempo libre es para estos pacientes, especialmente, la hora del aburrimiento, la hora de las peleas de la protesta por la represión, por el sistema carcelario, la hora de proponer todo lo que no puede: irse, dar un paseito solo, abusar del uso del teléfono, tirar piedras a una planta sólo para probar puntería.

Para el equipo, es el tiempo de mayor contención, tiempo de propuestas claras, de mayor acompañamiento, tiempo de instrumentación de juegos y de preparación para la próxima actividad.

Cuando el paciente se niega a participar o a hacer, legalizamos esta situación ante el grupo, con la prohibición de hacer en toda esa sesión.

Cuando minimiza el trabajo de los demás, cambia notoriamente su actitud, cuando le indicamos lo planteé por escrito para luego publicarlo en la cartelera de la Comunidad, ya que nosotros comprendemos que esto es lo único y para siempre que él puede sentir.

Con estos pacientes, expuesta a la omnipotencia, impotencia, al abandono, al desentendimiento (y bueno! que haga lo que quiera!), expuesta al desafío, fascinación, alerta permanente, forcejeo, agresiones y mucho afecto, he recogido frustraciones y grandes gratificaciones.

Mi trabajo en la Comunidad Terapéutica ha requerido siempre de mis recursos de creatividad e imaginación, contención y afecto, y tiempo para el conocimiento y la reflexión.