ORGANIZA:
A.T.O.S.
Asociación de Terapistas Ocupacionales de Santa Fe

INFORMES E INSCRIPCION
SECRETARIA: OBISPO GELABERT 2848 - TEL: 042 / 27052 (15 A 17 HS.)
FAX: 042 / 550242 - 42126
CORRESPONDENCIA: MORENO 2473 - 3000 SANTA FE - ARGENTINA

TOMO 1

SUMARIO

c(For)017

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

PRECONGRESO
09 y 10 de Setiembre de 1995
CENTRO CULTURAL PROVINCIAL
JUNIN 2457 - SANTA FE - ARGENTINA

CONGRESO - SIMPOSIO
11, 12 y 13 de Setiembre de 1995
PARANINFO DE LA U.N.L.
BV. PELLEGRINI 2750 - SANTA FE - ARGENTINA

efeo P/ [illegible] b ocup.
de como definir un plano
logía humana (Rodríguez)
ólo de ocup. humano P/ Rac. c/deterioro cognitivo
[illegible] en [illegible] de libertad
[illegible] humana
[illegible] del vínculo trabajo (Coro Muro)
o en el agua

[illegible]
[illegible] interno inconciente de la mujer
[illegible] e mujeres
[illegible] de comunicación P/ mujeres
o Korsio
[illegible] e interdisciplinarias gráficas..
[illegible] de pensar la clínica de la Psicosis
[illegible] en conjunto externo (Hengelberg)
el trabajo como función. (Schiller)
[illegible] cognitiva
[illegible] con Parál. en Pac. [illegible]
[illegible] Cervical [illegible]
[illegible] en amputados MMS
[illegible] a domicilio
[illegible] de TO
[illegible] Posturales en adolescentes

INDICE TOMO 1

M O D U L O S

MODULO 1

ALGUNOS CONCEPTOS TEORICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

LA INSTRUMENTACION DE ACTIVIDADES- UNA FUNDAMENTACION TEORICA POSIBLE

T.O. Liliana Paganizzi
Centro de Psicoterapias Integradas (CPI)
Amenabar 1000 (1426)-Cap Fed-Bs. As.-Argentina
TE:(01) 784-2722

Este trabajo se propone transmitir una forma de interpretar teóricamente algunos fenómenos que aparecen en TO .

Partimos de la hipótesis de que es posible pensar la realización de actividades como fenómenos comunicativos que implican un sistema complejo de relaciones donde coexisten y se complementan elementos verbales y no verbales.

Según Eco (1986) el sistema verbal es la forma mas espectacular en que el hombre manifiesta sus pensamientos pero que, sin duda, es muy dificil expresarlos sin la recurrencia de otros muchos signos que participan del llamado sistema no verbal o analógico.

Entendemos que la comunicación interhumana implica la participación ineludible de signos Lingüisticos (L) y No Lingüisticos (NL), siendo la palabra el signo mas conocido y estudiado, propondremos aqui focalizar los denominados signos "no convencionalizados", aquellos que parecen percibirse de manera natural o espontánea y que sin embargo intervienen constantemente en la comunicación en general y en nuestra práctica en particular.

Para avanzar en esa dirección parece necesario a) trabajar los diferentes signos NL y b) proponer una articulación posible con la práctica de la Terapia Ocupacional.

LOS DIFERENTES TIPOS DE SIGNOS NL

Formalmente la *comunicación* se establecería entre dos seres humanos dedicados intencionalmente a expresarse algo; esta expresión sería posible en la medida que un signo emitido por una fuente es interpretado por un destinatario.

El primer aporte que hace Eco (1986) es considerar que metodológicamente la comunicación requiere de *un interpretante humano*; la carencia de tal interpretación borra la comunicación, declarándola inexistente.

Es la posibilidad de interpretar lo que transforma una mera señal en un signo y es esta precisamente una primera aproximación al concepto de signo según esta nueva ciencia que es la semiótica. El signo es en principio una señal con sentido, aquello que puede estar en lugar de alguna cosa. En la comunicación habría diferentes fuentes emisoras de señales que interpretadas podrán ser signos que intervengan en una comunicación posible, así sea esta fugáz o pasajera. Si en éste ámbito percibiéramos humo, por ejemplo, dejaría de ser una señal si le adjudicáramos algún sentido, una interpretación; ahora el humo puede ser el signo de un cigarrillo mal apagado, un papel que se prendió accidentalmente, un cable en cortocircuito.

Dentro de cierto marco cultural compartido cada persona podrá ir dando diferentes sentidos a la señal percibida y lo tramitará de una diferente; Para algunos podrá ser alarma, para los organizadores del congreso una convocatoria a investigar y resolver el asunto.

En relación a esta misma situación puede que algunos no terminemos de dar interpretación alguna, y sin embargo comencemos a ordenar las carpetas del Congreso o tomar la cartera, estirar el cuello, mirar por la ventana, emitimos señales concientemente o no, que pasan a ser signos si algún interpretante le adjudica algún sentido.

En esto consiste el segundo aporte de Eco al considerar diferentes tipos de signos NL según provengan 1) de una fuente no humana y 2) de comportamientos humanos emitidos inconscientemente.

La filosofía, la Lingüística han identificado diferentes tipos de Signos adecuados a sus propios fines, aquí en relación a nuestra disciplina proponemos que los Signos No Lingüísticos puedan ser pensados según provengan del sujeto o de los objetos:

.Provenientes del sujeto: signos corporales
signos provenientes de su indumentaria, vestimenta y alimentación

.Provenientes de los objetos: signos que se construyen a partir de los materiales y técnicas
las herramientas y objetos de uso o de contemplación (estéticos)

A los fines de esta presentación daremos sólo algunas características y referencias de cada uno, entendiendo que muchos de los mencionados son de reconocimiento permanente en nuestra práctica. En realidad este estudio sólo viene a intentar hacer un uso conciente de algunos fenómenos que parecen intuitivos o naturales a la hora de hacer un señalamiento, una intervención, ofrecer una actividad o detectar algún cambio en los pacientes que asistimos.

a. Signos provenientes del sujeto.

a1. Corporales: tomados tradicionalmente como los fenómenos no verbales por excelencia, según Serrano (1981) presentan tres grandes bloques 1) el cuerpo, 2) manejo de objetos y manejo del espacio, y 3) el paralenguaje verbal. Son posibles de ser estudiados desde las investigaciones realizadas por la Cinesia (estudio del movimiento) y la Proxémica (estudio de espacio), según autores como Birdswhistell (en Davies 1971), Hall (1985) entre otros. Al ser estos signos identificados habitualmente en nuestra práctica, seguiremos adelante solo mencionando que los aspectos no-verbales de la comunicación aparecen heterogéneos, variados, complejos. Acorde a lo planteado son siempre cuestiones a interrogar sin cerrar con respuestas apresuradas, con un sentido impuesto.

a2. *Vestimenta, alimentación e higiene:* provienen de las denominadas actividades de la vida cotidiana, pensadas aquí como vehículos de reconocimiento social y cultural (la forma de comer, de vestirse) que promueven la convivencia con otros.

El reconocimiento de estos Signos suele convocar precisamente a organizar alguna actividad que los incluya como tema. En Psiquiatría suele usarse el término "bizarro" para dar cuenta de un arreglo personal un tanto desajustado o poco oportuno. La forma de vestirse, higienizarse o comer adquieren una función social y conllevan connotaciones simbólicas imprescindibles para lograr la coexistencia con otros aunque también la propia supervivencia.

A la hora de trabajar en instituciones donde la relación de los asistidos con la comunidad se halla mas que debilitada o con pacientes que padecen entre otras de una falla en el ordenamiento simbólico, el reconocimiento y tramitación de este tipo de signos observables puede ser el sustento y punto de partida para la organización de alguna actividad posible.

Trabajar a partir de estos signos se propone acotar lo que impide o llena de tropiezos la convivencia con otros y pretende estar alejado de un entrenamiento protocolar.

<u>b. Signos provenientes de los objetos</u>

b1. *Materiales, técnicas:* los signos provenientes de estas particulares fuentes resultan de recientes investigaciones realizadas por Eco (1981) (1986) entre otros y son denominados *signos icónicos,* término proveniente de Icono en tanto serían signos que tienen cierta semejanza con alguna cosa, sin ser idéntica. En TO planteamos que los distintos materiales poseen *cualidades* diferentes (humedad, dureza, fragilidad) que aparecen como *señales* que en ocaciones convocan alguna interpretación posible y es entonces que (las señales) se convierten en *signo:* cuando la grieta de una vasija, el enriedo del hilo o el agujero de varios puntos caídos en un tejido obtiene una respuesta de fastidio, tristeza, bronca, alguna ligazón ha habido que merece ser interrogada o al menos registrada por nosotros.

Los materiales y las técnicas son fuente de innumerables señales, cada persona rescatará la que resulta pertinente a su vida y al medio cultural en el que se halla inmerso.

Es en este sentido que la realización de actividades se convierte en un campo de significaciones en tanto es posible intentar la articulación de un signo con otro, lo que sucede en el material o la técnica, la respuesta o impacto en el paciente, nuestro registro o pregunta acerca de lo que vemos.

La experiencia clínica nos señala que este seguimiento e identificación es posible cuando la atención se realiza en grupos pequeños o en un ambito individual.

b2. Herramientas y objetos de uso y/o contemplación: el uso de herramientas en TO tiene en principio una función técnica, su diseño particular promueve esa función (una cuchara la de tomar algún elemento, una tijera la de cortar). Es el conocimiento de dicha función, se decida ejercerla o no, lo que hace que su presencia promueva un fenómeno comunicativo. El uso o reconocimiento de una herramienta implica una interpretación de su funcionalidad, dando cuenta además de algunas convenciones culturales (uso de plancha, uso de utencilios) y/o aprendizajes realizados (uso de una perforadora, de un compás, una regla estecas, etc.)

Las herramientas como los tantísimos objetos que los pacientes realizan en tanto promuevan un uso (guardar dinero, sostener una fotografía, contener flores, etc.) conllevan entonces una función útil, que viene a proponer una primera articulación observable entre lo que se hace y su destino.

Hay además una segunda articulación posible que no es observable y se denomina función Simbólica. Implica reconocer que un objeto se presta a una articulación subjetiva que apoyada en la utilidad, la trasciende. La billetera tiene el sentido de guardar dinero y quizás la ilusión de un dinero propio, o de demostrar cariño, destreza o imposibilidad.

Las funciones UTILES y SIMBOLICAS están siempre sujetas a cambios, perdidas, sustituciones, recuperaciones. Las útiles están mas sujetas a los vaivenes culturales (novedades, modas, por ejemplo) mientras que las simbólicas lo están en un orden mas subjetivo.

Para finalizar queremos señalar que los signos (NL) que consideramos aquí, muy resumidamente por cierto, intervienen, son una constante en la comunicación interhumana.

Esta presentación pretende transmitir que es posible identificar y articular signos de diferentes categorías y comenzar a nombrar lo que de hecho no deja de expresarse aún cuando su percepción quede en ocaciones sepultada bajo el nombre de INTUICION, esa rara forma de "saber" que uno va en un camino cierto, con una intervención o una actividad que parece adecuada y que sin embargo no podemos dar cuenta en palabras. Nos permite, dar crédito no solo a lo que el paciente nos dice que le pasa sino también a lo que suponemos, a partir de lo que nos muestra. De la articulación de cuestiones tan diversas es que , consideramos se construye una trama teórica posible que sustenta la utilización de actividades en el área de la salud mental.

BIBLIOGRAFIA

ECO, Umberto, La estructura ausente, Barcelona, Ed. Lumen, 1986.

ECO, Umberto, Tratado de Semiótica General. Barcelona, Ed Lumen, 1981.

DAVIS, F. La comunicación no verbal. Madrid. Alianza Editorial. 1971.

HALL, E. La dimensión oculta. Siglo XXI. Bs. As. 1985.

SERRANO, Sebastiao. La Semiótica. Barcelona. Ed Barcelona. 1981.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

DOS EJES PARA ANALIZAR LA ACTIVIDAD OCUPACIONAL

T. O. María Susana Llimós

Hospital de Día del Hospital de Emergencias psiquiatricas T.de Alvear

Avenida Warnes 2630 ( ) Capital Federal.

Teléfono: 521-5300.

ARGENTINA

La propuesta es analizar la actividad ocupacional desde dos dimensiones: diacrónica y sincrónica .

Tomando el eje histórico - diacrónico podríamos pensarla como un producto social heredado, como una recreación que se actualiza constantemente

Desde esta perspectiva, la actividad ocupacional se presenta poseedora de un status convalidada históricamente en el pasado remoto.

Ya cuando nuestros antepasados adoptaron para sí la postura erecta, generaron con ese hecho una multiplicidad de cambios,que se tradujeron en la ampliación de algunas funciones, como la captación sensorial, y el descubrimiento con posterior perfeccionamiento de otras, como la manipulación y exploración de objetos constituyentes de su habitat.

En este marco evolutivo, cerebro y mano inacabados van a ir perfeccionándose en dependencia mutua y de esta operación conjunta se irán ampliando los límites del conocimiento.

Tanto el reparto de actividades como las actividades conjuntas son frutos de la evolución, llegando a un punto en que los hombres en cuestión tuvieron necesidad de trasmitirse algo, de decirse algo.

Así es que, en el amanecer de la humanidad, el hombre, siendo ya poseedor de su lenguaje pero muy demandado por su subsistencia, abandona su condición de ambulante recolector, para situarse en un lugar determinado;

C4. 3

donde domestica animales y aprende a sembrar, y con esta actividad intencionada se propone, hacer producir al suelo. Este primer paso de apropiación sobre su medio natural se conoce como agricultura.

El ciclo entre siembra y cosecha afectaba de modo determinante su vida, de modo que terminaba adecuando sus actividades a ésos condicionantes.

Pero en el devenir histórico, se observa que este primer paso de apropiación y estos factores ecológicos naturales, fueron modificándose dando lugar a otro tipo de relaciones más complejas, donde no sólo interviene el medio como determinante, sino los hombres estructurando las condiciones de trabajo de otros hombres. Se generan así las desigualdades, surge el excedente como resultante de las mismas; y, las nuevas necesidades creadas por esta situación, conducen a la idea de intercambio.

En esta reciente actividad no solo se intercambian objetos artesanales, primitivas manufacturas, sino trabajo, trabajo físico. Hay quienes trabajan para sí, hay quienes trabajan para otros.

En consecuencia, nacen actividades contemplativas como productos de estas deferencias, pero también, de un entorno que ofrece mayor seguridad, a saber: la observación y la meditación. Ambas ejercen una influencia decisiva en el perfeccionamiento de las artes y en la creación de la industria.

Correlativamente, el desarrollo de la agricultura permitió la alimentación masiva que aumentó la población, y aceleró el progreso.

Las ideas que se trasmiten, los hechos que acontecen, las costumbres respetadas por los miembros de una sociedad buscan trascender la tradición oral, enraizarse en la memoria, permanecer, nace la escritura.

Desde el comienzo de la caza con herramientas toscas, hasta la invención de la escritura, que representan la una y la otra los estadios más opuestos de la humanidad, cada período étnico ha estado marcado por inventos, a partir de los cuales el hombre creó culturas diferentes con modos de vida peculiares como lo constituyen el paso de lo crudo a lo cocido en el caso de la producción del fuego; las posibilidades de organizar el abastecimiento, almacenando granos, previendo sequías y consecuentes hambrunas, como lo origina el uso de la alfarería.

Avanzando velozmente en la línea del tiempo, podríamos ver en la Revolución Industrial no sólo, el nacimiento de la máquina de vapor y su

aplicación en el proceso de industrialización, mediante la incorporación de la actividad masiva y seriada, sino también, el advenimiento del trabajo asalariado en oposición a formas productivas anteriores basadas en el contrato servil.

Ya en nuestro siglo, el conocimiento de bacterias condujo a la elaboración de vacunas, indispensables en los centros urbanos, concretadas gracias a la existencia del microscopio.

Y en la actualidad resulta impensable el proceso industrial carente de tecnología de punta- informática y robótica.

Como también en el terreno de la biología, los estudios sobre ADN de animales y plantas nos enfrentan con la emergencia de una legislación bioética, capaz de regular y controlar los riesgos de una inescropulosa manipulación.

La mención a estos descubrimientos sin articulación en lo temporal, tienen por objeto señalar una linealidad, una continuidad presente en cada uno de ellos, ya que su aparición marca el inicio de múltiples consecuencias en ámbitos diversos como el político, económico y social.

Además este continuo e incesante indagarse y buscar respuestas fue el impulso conductor del hombre. Y es desde allí, que fue operando sobre la naturaleza, intentando su dominio, descubriendo a cada paso nuevas destrezas, sorprendentes habilidades, repitió conductas hasta convertirlas en hábitos, observó resultados, eligió y seleccionó centenares de miles de veces.

La aceptación o el rechazo que genera su accionar, es la prueba evidente que cada acto esta siempre en referencia a un otro. Por eso es que en esta tarea de pulsación continua nunca estuvo sólo, sino rodeado de sus pares, y es precisamente por su naturaleza social, que cada individuo es un nexo de relaciones sociales, del mismo modo que cada sociedad es un nexo de relaciones individuales, fuera de ellas no hay existencia malguna.

Hasta acá la historia es conocida. Pero esta relación de implicación que acaba de ser enunciada, ¿ Hasta donde dará cuenta del hombre emergente de la revolución tecnológica ?.

El recorrido temporal es el soporte del cual me sirvo para introducir el eje a-histórico, sincrónico, desde donde la actividad ocupacional puede ser considerada como un todo en sí, como un conjunto de relaciones

que interactúan mutuamente.

Desde esta dimensión se podría pensar que la actividad ocupacional es al sujeto como la lengua es al hablante, un conjunto de relaciones necesarias para regular el ejercicio del hacer en la sociedad, por lo tanto es ajena a la arbietrariedad del sujeto.

En el análisis anterior, el histórico, diacrónico vemos que los inventos en tanto hitos demarcatorios han estado siempre enlazando, vinculando acciones pasadas con las presentes y a ambas con las futuras.

Por ello nos resulta impensable el acceso a nuevas etapas sin la adquisición y dominio de las precedentes.

Cómo concebir el alimento cocido sin la utilización del fuego? y a éste sin las condiciones necesarias y la técnica adecuada para producirlo? o cómo concebir el aumento poblacional divorciado de la expansión agrícola? y a ésta sin la introducción del arado de hierro?.

Todas las intervenciones del hombre como actividades destinadas a transformar su hábitat físico o su entorno social están siempre sujetas a la aceptación previa de un sistema de reglas que regulan tanto el proceso como el resultado.

Dejando estos lejanos ejemplos y tratando de aproximar éste modelo a nuestro presente, se podría pensar que la multiplicidad de ocupaciones que conforman el espectro contemporáneo incluyen actividades con mayor o menor número de requerimientos, sean individuales, grupales o colectivas y que abarcan dentro del entramado social desde las ocupaciones básicas cotidianas hasta las de conducción política pasando por las de creación, investigación, recreativas y de servicio.

En ellas hay un aspecto común que es independiente de la complejidad que las caracteriza. Estan integradas por una diversidad de elementosque se vinculan entre sí, generando diversas relaciones.

En cualquier caso, el fin o logro estará mediatizado por una idea, por la instrumentación de recursos y por un modo de operar sobre los mismos. Es la presencia de estos factores lo que posibilita anticipar el objetivo propuesto.

Considerando a la actividad ocupacional como sistema diremos entonces, que en su interior reinan relaciones diversas, a saber:

- de oposición
- de combinación

de complementariedad

Con el objeto de visualizar estos conceptos tomemos un par de ejemplos.

La preparación de una comida.

En primer lugar surgen una serie de requerimientos inherentes a su elaboración que consisten en la presencia de elementos concretos y abstractos. Entre los primeros, figura el estado de la materia a elaborar, las condiciones de los utencillos, el tiempo a emplear, la temperatura requerida y la intencionalidad. En tanto que los abstractos, estan representados por la idea y su proyección en el tiempo.

De la interacción entre ambos tipos de elementos se genera un resultado, cuya calidad en este caso, será mayor cuanto mayor sea la fidelidad a la regla establecida, la receta, forma magistral de llevar a cabo una comida ya que se supone repetidamente probada y aceptada por concenso.

Este mismo ejemplo puede servirnos para señalar que los elementos sal y azúcar se encuentran en una relación de oposición ya que una cantidad determinada del primer elemento no es equivalente a la misma cantidad del segundo en cuanto a sus efectos.

En cambio, la relación de sustitución implica una identidad de valores entre los elementos a intercambiar, ésto es un condimento o una esencia pueden reemplazarse por sus semejantes sin afectar estructuralmente el resultado.

Tomemos ahora el otro ejemplo de características diferentes:

La fotografía artística.

Entre sus requerimientos indispensables figuran: cámara manual,material técnico (para impresión y revelado), fotoquímicos, y conocimiento y manejo del instrumental como elementos concretos, a los que sumamos la idea y su proyección temporal, como abstractos.

También en este caso habrá un producto resultante de la vinculación entre ambos elementos.

Otros, propios de la fotografía artística como lo son el retoque y el enmarcado, guardan no obstante una relación de complementariedad con los indispensables, ya que solo debido a la presencia de éstos se garantiza el proceso fotográfico. En tanto que el enmarcado y el retoque pueden o no

estar presentes.

Como las etapas de esta actividad marcan un orden, que no puede ser alterado, cada elemento tiene una única forma de combinarse con su anterior y posterior. Por lo tanto la transgresión a ésta secuencia, altera el producto de modo estructural (relación de combinación).

De los ejemplos mencionados podríamos arriesgar una conclusión.

. las relaciones de sustitución y complemetariedad parecen no comprometer al producto final al menos en su esencia.

. las relaciones de oposición y de combinación por el contrario, lo afectan al punto de determinar una transformación en el resultado.

De todo lo expuesto podríamos agregar que la actividad ocupacional así entendida nos posiciona frente a un orden, a una sucesión, a una contiguidad que se concibe con la idea, se visualiza en la imagen, se hace tangible en lo real y se contextualiza en lo social.

Por último, lo que aparece como linealidad es solo aparente,es una ficción que posibilita expresar lo enunciado, porque los actos vivos, los actos de creación se estructuran sobre la sensatez y la locura, sobre el pensamiento lógico y la desorganización del mismo.

El hacer artístico al igual que el científico se tocan en este punto, puesto que es cierto que se requiere un manejo, una técnica, un dominio; es este conocimiento precisamente el que autoriza la transgresión a lo instituído dando lugar a la emergencia de la actividad creadora.

BIBLIOGRAFÍA

Clarín: Suplemento lo nuevo en tecnología, ciencia y salud - Agosto 1994.

Daneri, Gomez M, Capozzo: La ocupación y la cultura, algunas reflexiones terapia ocupacional. El camino del hacer - Agosto 1991.

De Saussure, Ferdinard: Introducción Cap. II, segunda parte Cap. IV, V, curso de linguistica general - 1916. Barcelona - Planeta - Agostini 1985.

Francisco, Berenice: Terapia ocupacional: La actividad humana como recurso terapeutico. Traducción M. L. Bustingorri.

Hernando, Martinez Anton: Actividad proceso de simbolización - setiembre 1988.

Kielhofner, Gary: El modelo de ocupación humana. Primera parte - setiembre 1980. Resumen y traducción L. Moreno.

Krader, Lawrence: Publicación teórica de la cátedra historia de la teoría antropológica. Profesor Herran.

Goldman Lucien: La ilustración y la sociedad actual.Caracas. Monteavila Edit. - 1968.

Leplat, Jaqueline: Ficha de introducción al diseno y la arquitectura moderna.Desarrolos técnicos y culturas antiguas.

Morgan Lewis: La sociedad primitiva - Cap. I,IV, editorial Ayuso - Madrid 1971.

Preiswerk, Perrot: Etnocentrismo e historia - Cap. III, editorial Nueva Imagen - 1979.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

Sobre como definir un plano

Como comenzar a exponer nuestro trabajo... cuando sentimos que la teoría nos ordena pero también nos limita, cuando el diagnóstico funciona como un estigma, la patología paraliza, el tratamiento terapéutico debería seguir con cierto lineamiento dogmático y cuando la legislación vigente confunde proteccionismo con cuidado.

¿Queremos hablar entonces de un psicótico, de la psicosis de un paciente, de su institucionalización?

En realidad, intentaremos hablar de lo que queremos: de Miguel , de la formación de nuestro equipo interdisciplinario, con un determinado abordaje y proceso terapéutico, que propone un afuera estratégicamente mediatizado...de sobre como defenir un plano.

Teniendo en cuenta que: tres puntos conforman un plano; podríamos considerar que un tratamiento basado sobre tres puntos (paciente, equipo, afuera) forman el plano que le permite al paciente ganar nuevos espacios.

Reconstruyendo la historia:

Miguel nació en Abril de 1958, cuando tenía 6 meses murió su padre, por lo que a partir de ese momento convivió con su madre, su abuela materna, y su hermana 16 años mayor, la cual falleció de leucemia, teniendo Miguel 8 años.

" Mi mamá dijo que ella se fué de viaje, recién supe que murió cuando mi abuela, que no me quería, dijo en voz alta: ella que era inteligente se murió y él que es un tonto sigue viviendo...".

" A los 13 años empecé a sentirme raro, ví a un muerto ahorcado, un conjunto de música en mi habitación, cuando comía hablé arañas, quería estar solo así nadie me hacía daño.

Mi madre decía: No salgas así nadie le hace daño".

Cuando tenía 16 años comenzó tratamiento psiquiátrico ambulatorio debido a transtomos de conducta.

A los 19 ingresó al servicio militar de donde fue dado de baja a los 15 días.

" En la conscripción estuve bien hasta que mi madre me fue a visitar, me sentía mal poque sentía que ella estaba sola, empecé a no comer para que me dejaran ir con mi madre ".

" Nada me hacía reir, me sentía deprimido, no salía de mi casa, me agredí con golpes en la cabeza porque estaba harto de contener el deseo sexual "

A los 24 años estuvo internado durante 2 meses por descompensación psicótica, con diagnóstico presuntivo de esquizofrenia paranoide. Cinco años más tarde murió su madre de un paro cardíaco.

" Cuando murió mi madre dejé de sufrir porque al quererla sufría mucho, ella quería que todos los días fueran de fiesta porque uno nunca podía saber si ese era el último día de vida, igual que yo acá ".

A partir de este episodio fue derivado al Centro de Investigaciones Psiquiátricas de Buenos Aires (1987). Ingresó con un diágnóstico de esquizofrenia simple y recibía altas dosis de medicación. Dentro de la institución tuvo 3 intentos de suicidio por lo que se le aplicaron 7 Tratamientos Electroconvulsivantes. No asistía a las terapias grupales y su tratamiento se limitaba al psicofarmacológico y las entrevistas con el psiquiatra.

3

De cómo se inició el tratamiento: del esconderse al encontrarse

El pasaba la mayor parte del día en su cuarto sentado en su cama, replegado bajo una sábana, ausente, escondido....habiendo podido reunir, casi por coincidencia el conjunto de signos y síntomas necesarios que lo habilitarían a llevar, antes que su nombre, el cartel de Esquizofrenia Simple.

No podía conectarse con los otros, o al menos parecía no interesarle. Era alimentado e higienizado por la enfermera. Revolvía los tachos de basura en busca de comida. Utilizaba muy pocas palabras, sus respuestas se limitaban a movimientos de cabeza

Para mí, Terapista Ocupacional de la Institución, Miguel poseía conductas que a simple vista se asimilaban a las de pacientes autistas, por lo tanto comencé a trabajar con él en forma individual.

Así se iniciaron nuestros primeros contactos: comencé a permanecer a su lado imitándolo en sus conductas y actitudes como forma de aceptación, como intento de establecer un vínculo. Por las mañanas, entraba a su habitación y desde "fuera" de la sábana le preguntaba si podía "entrar" con él, me sentaba a su lado y comenzaba a hablarle... lentamente, a medida que pasaron los días, Miguel fue aceptando quitarla.

Más tarde, comencé a subir a su cuarto, para invitarlo a ir a Terapia Ocupacional. En ese momento, cada vez que me acercaba a él para saludarlo, Miguel decía, mirando hacia arriba: "no me toques porque sufro". Como una forma de inducir algún cambio a esta constante, comencé a imitarlo transformándome en un espejo que exaservaba y ridiculizaba esta conducta. Este juego de imitación, donde cobraba valor el acercamiento corporal y afectivo mediatizado por la palabra, comenzó a parecerle gracioso; lo que le permitió acceder a un nivel funcional más activo. A partir de esto pudimos comenzar a encontrarnos en la mitad de la escalera y no sólo él podía dejarse abrazar por mí, sino que él podía abrazarme también.

Después de dos largos años de trabajo individual, Miguel sorpresivamente me solicitó participar del programa de salidas terapéuticas que funcionaba en la institución. Por primera vez expresó en forma clara y concisa un pedido: " quiero salir a pasear con ustedes ". En estos primeros contactos con el afuera fueron surgiendo muchas respuestas de parte de Miguel que mostraban que existía un gran potencial que jamás había sido trabajado, y lentamente pudo comenzar a prestar sus espacios, los que conformaron un lugar de experiencia compartida, empezando a distinguir " otros objetos distintos que él ".

A partir de las respuestas de Miguel, me surgieron también muchas preguntas, que compartí con otras profesionales de la institución, juntas comenzamos a pensar en la posibilidad de nuevos abordajes. Esto produjo un giro que llevó a la consolidación de un primer equipo.

Comenzamos a dudar de su diagnóstico, por lo que recurrimos a una supervisión extrainstitucional. A partir de esto, nos pareció necesario ofrecerle al paciente un modelo identificatorio masculino. Con la inclusión de tres terapeutas nuevos, que no pertenecían al staff institucional, quedó conformado el equipo actual: un equipo interdisciplinario dispuesto a trabajar con diferentes líneas teóricas y diversos abordajes .

Revisando un diagnóstico: de paciente esquizofrénico a Miguel Impaciente.

Al trascender el diagnóstico de paciente esquizofrénico, pudimos encontrar a Miguel impaciente. Buscando descentralizarlo, frente a la cristalización que este estigma le provocaba, comenzamos a ensayar nuevos espacios terapéuticos posibilitándole espacios para la creación, la cooperación, la colaboración y el estímulo de las potencialidades percibidas en él.

Mientras participaba del programa de salidas terapéuticas comenzó concurrencias asistidas a determinadas actividades que funcionaban dentro de Hospital de Dia, como alternativa para salir del cierre institucional, como una forma más de introducir el tercer punto del Plano: el Afuera. Esta intervención no produjo la respuesta esperada, Miguel no quiso concurrir más: ".....la comida es peor, si me siento mal no tengo mi cama, la gente es distinta...". El equipo suspendió la actividad en tanto este nuevo espacio no hacia más que repetir la estructura de internación.

Simultaneamente se abordó al paciente desde la técnica del "Reflecting Team", con el objetivo de crear un espacio terapéutico propio donde Miguel pudiera desplegar sus subjetividades. Esto permitió abrir nuevos interrogantes, un mejor conocimiento paciente - terapeutas, que Miguel pudiera expresar en palabras lo que demostraba de otras maneras. La terapia de reflecting, produjo un viraje en el proceso, ampliando las posibilidades de tratamiento.

Buscando que se enfrente a diferentes estímulos, se implementaron salidas individuales de tipo cultural, social y recreativa que realiza con terapeutas acompañantes. Estas salidas, le dan la posibilidad de resignificar su pasado, le permiten construir un presente diferente al actual y le habilitan proyectarse en el futuro.
Se planificaron fines de semana fuera de la institución, donde a través de la confrontación con diversos estímulos se favorece su adaptación a la comunidad . Al tener que resolver situaciones en forma independiente, se

C4 (6)

acrecienta su nivel de autonomía . El terapeuta, en tanto mediatizador en un camino desde el adentro hacia el afuera, solo interviene cuando Miguel no puede resolverlo por sus propios medios.

Se invitó a Miguel a asistir periódicamente a las reuniones con el equipo donde se lo interioriza sobre el desarrollo del programa y para que él pueda expresar sus intereses y necesidades fuera del espacio individual.

A lo largo de este proceso, fue adquiriendo hábitos de aseo y arreglo personal, independencia en el manejo del dinero y en la toma de decisiones (dentro de sus posibilidades). Desaparecieron las conductas más bizarras, autoagresivas y delirantes observadas al ingreso, que fueron reemplazadas por conductas socialmente aceptables y un mayor nivel de adaptación y plasticidad frente a los diferentes cambios y a los demás.
Surgió interés por explorar y por mostrar sus producciones creativas: manuales y literarias. Y finalmente, comenzó a expresar sus emociones.

Logró recuperar la funcionalidad de ciertos aspectos de la esfera cognitiva, plafonados por falta de estímulo, lo que nos despertó el interés por evaluar el nivel su pensamiento. Estas técnicas mostraron que Miguel, se halla en el nivel de pensamiento operatorio concreto, con índices de acceso al formal. Mediante la ejercitación de las funciones se vería realmente, hasta dónde puede llegar a nivel cognitivo. Inferimos, que a partir de su capacidad de adaptación frente a los diferentes estímulos, podrá acceder a un estadio superior.

Al año de comenzado nuestro trabajo en equipo, frente a la evolución de Miguel y dado el aumento de contención terapéutica; el médico tratante inició el reajuste de medicación en forma paulatina, actualmente disminuida en un 75 % intentando, aún hoy , hasta alcanzar la dosis mínima necesaria para la estabilidad del paciente .
8 La medicación, puede ser ahora quién acompañe un tratamiento y no quién lo sostiene.

7

Más allá del plano

Mucho antes de imaginar la existencia del plano pudimos enfrentarnos a la realidad de uno de sus puntos: Miguel.

Ahora Miguel significa algo para alguien. Está sostenido por el afecto, el afecto que puede producir efectos de cambio.

Pudo transitar un viaje lúdico desde la dependencia a la independencia, desde la anomia a la participación.

Ser algo más que un paciente psicótico confinado a permanecer bajo el cuidado hospitalario.

Descubrimos un segundo punto, este equipo de terapeutas, que exige una posición firme respecto a la posibilidad de modificar lo que muchas veces se define como inmodificable. Para esto, fue necesario mantener en suspención los conocimientos teóricos " insustituibles ", para permitirnos que, Miguel, nos enseñe sobre la locura y para lograr la producción de una posición teórico - clínica en constante formación.

Y un último punto: un afuera estratégicamente mediatizado por el equipo. Que le permite al paciente enfrentarse al mundo , que si bien puede ocacionarle temor por ser desconocido para él, es al fin y al cabo, el lugar que le permitirá desarrollar sus aptitudes y explorar terrenos, a los que de alguna otra manera le sería imposible acceder.

Ya que el trabajo con un solo paciente no es significativo como modelo de tratamiento, más que cerrar alguna conclusión, nos interesó tomar los interrogantes que se fueron abriendo a lo largo de esta experiencia terapéutica, por lo que a partir de ésto, intentaremos continuar nuestro trabajo con Miguel y con otros pacientes, que como él, necesitan de este tipo de abordaje; para que nos permita corroborar que:

Si tres puntos, no alineados, conforman un plano, éste será la base que le permitirá al paciente ganar nuevos espacios.

Bibliografía:

Sigmund Freud."Obras Completas".
Donald Meltzer."Exploración del autismo".
Sidney Rosen. "Los cuentos didácticos de Milton H Erickson. Y mi voz irá contigo."
Francis Tustin." Autismo y Psicosis infantiles"
Paul Watzlawick. "Teoría de la comunicación Humana"
Lorna Wing. "La educación del niño autista".
Donald W Winnicott ."Realidad y Juego"
Susana Kuras - Silvia Resnizky. "Acompañamientes Terapeuticos y Pacientes Psicoticos".

MODULO 2

APLICACION DEL MODELO DE OCUPACION HUMANA.

(NO) tradición ocupacional.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

ECOLOGÍA HUMANA - VIDEO "EL JUEGO EN IMAGENES"

T.O.Nidia Martijena

Escuela de Terapia Ocupacional. Univ.Nac.Mar del Plata

Primera Junta 2338. (7600) Mar del Plata - Tel. (023) 4-1419

ARGENTINA

El objetivo del presente trabajo es explicar de manera sencilla y comprensible conceptos teóricos. Utiliza imágenes realizadas por la alumna María Elena Beltrán durante el cursado de la asignatura Terapia Ocupacional. U.N.M.d.P.

Históricamente, los terapistas ocupacionales han utilizado indistintamente los conceptos medio ambiente y contexto,para explicar la relación que se establece entre el hombre y el medio, en donde ambos son influenciados y modificados recíprocamente. La teoría general de los sistemas provee el fundamento para el Modelo de Ocupación Humana descripta por Kielhofner y Burke en 1980, basada en los principios

- que los seres humanos son de naturaleza ocupacional
- que el hombre puede experimentar disfunciones ocupacionales
- que la ocupación posee un significado natural para recuperar una función.

Asimismo sostienen que la conducta ocupacional es aquella que realiza el hombre en el transcurso de un día e insume tiempo, energía y esfuerzo para desempeñar las ocupaciones en el hogar, trabajo y tiempo libre.

A partir de estos conceptos se traza una perspectiva de complementariedad con los principios ecológicos en las ciencias sociales. El objetivo es poner énfasis en la complejidad del contexto como variable clave en el planeamiento de la intervención en terapia ocupacional.

El término Ecología Humana sirve de marco referencial para comprender al hombre, los vínculos que establece con el medio y los efectos que producen estas relaciones.Esta estructura ecológica es utilizado para explicar que el hombre, en el transcurso de la vida se construye en contacto con lo humano y lo no humano, con estructuras físicas, de conocimiento y afectivas que en forma interrelacionada le permite actuar en el mundo.

El juego en el niño es comparable al estudio en el adolescente o el trabajo en el adulto. Comprender este planteo abarca las características individuales, físicas, sociales y culturales del medio ambiente, sumado a los aspectos temporales del contexto.

El movimiento está motivado por una necesidad de explorar utilizando las manos para manipular los objetos y transformarlos en conceptos. Las acciones o tareas cambian a dichas estructuras y a la vez las modifica. El conocer características y desarrollar tareas, le brinda la oportunidad de relacionarse con las personas

El lugar elegido para jugar, es en esencia una zona intermedia entre el mundo del niño y el mundo externo. El espacio lúdico permite colocar lo cotidiano entre paréntesis, suspendiéndolo para poner en escena fantasías y deseos. Los elementos se organizan con una finalidad en sí mismo, con reglas propias de ordenación y funcionamiento. Respeta las diferencias individuales y propone experiencias culturales que pueden ser repetidas y transmitidas relacionando el presente, pasado y futuro.

El juego permite por su desarrollo el proceso de individuación y socialización. Independencia, libertad, rivalidad, compañerismo, elección, limitación, confianza en el otro, seguridad en sí mismo, autoestima; la construcción de "yo" y "no yo" dado por los fenómenos transicionales que son experiencias funcionales acompañadas de pensamientos y fantasías; capacita en el establecimiento de semejanzas y diferencias y prepara al niño para el juego compartido, aceptando reglas, compromisos y sanciones.

Observar el contexto del juegos desde una perspectiva temporal incluye contemplar la edad cronológica, el desarrollo madurativo, su ubicación en el momento del ciclo vital en el que se produce la situación lúdica, el estado de salud y el tiempo que dedica al mismo.

La ocupación lúdica debe ser analizada según se manifieste, en forma incidental o sistemática, y registrada para que sus resultados sean evaluados en términos de logros o dificultades. La intervención terapéutica se da en colaboración con la persona y su familia.

Por medio del marco de referencia ecológico se pretende abordar a la persona para que mantenga el equilibrio en su estado de salud, favorer la calidad de vida de la población, evitar los desequilibrios emocionales que se manifiestan durante el ciclo vital de todo individuo.

REFERENCIAS

DUNN W. et al. 1994. *The ecology of human performance: a framework for considering the effect of context. American Journal of Occupational Therapy, 48 595-607*

KIELHONER G. et.al. *Model of human occupation. Ed.Williams & Wilkins. N.York 1985*

MARTIJENA N. *Ecología Humana ¿utopía o realidad? Ed.Martijena. Mar del Plata 1995*

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

EL MODELO DE LA OCUPACION HUMANA APLICADO A UN GRUPO DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO EN ARGENTINA.

Autora: T.O. Natalia B. Lindel .

Miembro del Centro de Terapia Ocupacional del Centro Cardiovascular de Santa Fe.

9 de Julio 2946 - 3000 Santa Fe - Argentina - Te: 042-43980.

T.O. del Centro de Actividades Terapéuticas de San Nicolás

Falcon 130 - 2900 San Nicolás - Argentina - Te: 0461-34315..

T.O. del Area de Beneficios y Desarrollo Social de SIDERAR SAIC-Organización Techint.

Presidente de la Asociación de Terapistas Ocupacionales de Santa Fe.

I- Introducción:

Este paper intenta presentar el modo en que he aplicado el **Modelo de la Ocupación Humana** a un grupo de pacientes con deterioro cognitivo en nuestro país. Este modelo teórico que surge en los Estados Unidos para una población con características diferentes a las nuestras, necesita ser adaptado a la causalidad personal, intereses, valores, hábitos y habilidades comunes en nuestro país.

El origen del **Modelo de la Ocupación Humana**, intrínseco a la Terapia Ocupacional y su búsqueda de interpretación científica desde el mismísimo concepto de conducta ocupacional propio de nuestra disciplina, despertaron y mantuvieron en mí la motivación por estudiar este modelo. Por esta razón traté de formarme en el tema , visité la Universidad de Illinois en Chicago e instituciones donde el Dr. Gary Kielhofner con sus seguidoras están implementando el Modelo

y me decidí a realizar este trabajo.El mismo fue presentado en 1994 en el 11° Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional, durante el Curso precongreso denominado "Perspectivas Internacionales del Modelo de la Ocupación Humana: Innovaciones en la teoría, investigación y práctica clínica" ante la invitación a compartir experiencias y recontextualizar el Modelo de acuerdo a una población diferente.

Para el mismo utilicé una batería de instrumentos de evaluación y estrategias de tratamiento del Modelo, que adapté y diseñé para la población de pacientes con déficit cognitivo que estaba atendiendo.El objetivo de este trabajo es documentar la interpretación y tratamiento de estos pacientes en términos del **Modelo de la Ocupación Humana.**

II- Material y Métodos:

Cicuenta pacientes adultos y gerontes entre 55 y 85 años de edad fueron evaluados: 18 de sexo masculino y 32 de sexo femenino, los cuales se acercaban a la clínica para consulta con el médico neurólogo por dificultades de memoria y atención. Los mismos eran derivados a Terapia Ocupacional para evaluación cognitiva y funcional y para tratamiento. Esta muestra de pacientes fue dividida en dos grupos:

A- **Pacientes con déficit cognitivo benigno:** Producido por procesos neuróticos en relación al stress, depresión, etc. En el primer caso el stress se debe a una sobrecarga psíquica causada por las demandas y requerimientos del **ambiente** social y laboral unida a una **causalidad personal** de elevada autoexigencia. En el segundo caso, de depresión, una predisposición orgánica se asocia a una sobrecarga emocional causada por dificultades en los **roles** laborales y un débil **subsistema volitivo**. En ambos casos existe una **disfunción ocupacional** y un **desequilibrio de los sistemas** que resulta en un déficit de **habilidades** cognitivas acentuado básicamente en la memoria y atención. Estas alteraciones son de características reversibles y las funciones reentrenables.

B- **Pacientes con déficit cognitivo maligno:** Producido por procesos progresivos degenerativos tales como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, el Sindrome de Multiinfarto, etc. En estos casos la patología causa un déficit de las habilidades cognitivas principalmente la memoria y el lenguaje, y luego se expande hacia la pérdida de gnosias, praxias, entre otros.

Estas patologías con pérdida de **habilidades** conllevan a una alteración de los **roles** activos y una **disfunción ocupacional**. La evaluación y evolución es estandarizada por ciertas escalas de demencias tales como la "Global Dementia Scale" de Reisberg y la "Clinical Dementia Rating", entre otras. La primera (específica para deterioro de tipo Alzheimer) sistematiza siete estadíos cognitivos; la segunda (especial para sindromes de tipo vascular) clasifica el compromiso en cinco estadíos, siendo en ambas escalas los tres últimos niveles, demenciales.

Los instrumentos del **Modelo de la Ocupación Humana** utilizados fueron los siguientes:

- Evaluación de funcionamiento ocupacional.

- Autoevaluación de funcionamiento ocupacional.

- Lista de chequeo de roles.

- Cuestionario ocupacional / registro de actividades.

- Entrevista sobre historia de desempeño ocupacional.

- Escala de control externo / interno.

Estos pacientes fueron tratados entre septiembre de 1992 y marzo de 1994 en tratamientos de mediano y largo plazo con difrente frecuencia de abordaje según las necesidades del paciente.

Finalmente he organizado los resultados de la aplicación de éstos instrumentos en la siguiente tabla comparativa.

III- Resultados:

IV- Análisis y conclusiones:

A- Primer grupo: de pacientes con déficit cognitivo benigno:

Circuito de Retroalimentación:

Estos pacientes han quebrado su **equilibrio de sistemas** dando lugar a una insatisfacción del paciente y del **ambiente**, lo cual disminuye su **funcionamiento ocupacional** al nivel de **ineficacia**. El **subsistema volitivo**, que no pudo llevar a su máxima expresión el **impulso de entrada**, ha perdido energía inicial y el **subsistema de los hábitos**, se ha desorganizado. El **subsistema de desempeño** muestra un déficit de **habilidades**, especialmente de procesamiento y de comunicación. La **salida de sistema** se transforma en insuficiente y rígida o se bloquea: en estos casos, el paciente siente la necesidad de pedir licencia en el trabajo, la idea de reincorporación suele ser angustiosa y luego su realización, difícil. La **propiedad de resonancia** de los **sistemas abiertos** explica cómo el problema tiene repercución en todo el sistema. Además, la **equifinalidad** se encuentra afectada, lo cual limita las posibilidades de cambio espontáneo.

Intervención de Terapia Ocupacional:

Desde Terapia Ocupacional consideré dos líneas de tratamiento para asistir a estos pacientes: En primer lugar, un abordaje holístico desde el **Modelo de la Ocupación Humana**, tratando de desmembrar la causa psicosocial del problema; y en segundo espacio, un programa de recuperación cognitiva - memoria especialmente - con técnicas de asociación y visualización. Estos pacientes suelen tener un potencial interesante de analisis de su **conducta ocupacional**, utilizado con la orientación de la Terapista Ocupacional: ellos tienen un sistema volitivo fuerte , que bruscamente se debilita, pero estos pacientes son capaces de establecerse **objetivos y planes de acción** con mínima o moderada asistencia. Ellos pueden tomar decisiones y recuperar la **sensación de control interno** de sus vidas. Sencillamente, en los momentos de crisis suelen necesitar intervención profesional para reorganizarse a sí mismos. Por último, el programa de recuperación cognitiva ha tenido resultados favorables, dadas las característica reversible de la afección y la cualidad creativa y alternativa de nuestra profesión para implementar las técnicas.

B- Segundo grupo: de pacientes con deterioro cognitivo maligno:

Circuito de Retroalimentación:

Estos pacientes han creado inintencionalmente un **círculo** de características viciosas con el **ambiente**. El sujeto había logrado su adaptación y bruscamente la pérdida de **habilidades** de procesamiento, comunicación y luego práxicas han afectado su **subsistema de desempeño**. Consecuentemente, los **subsistemas volitivo y de hábitos** han sido fracturados también. Entonces se ha iniciado una **trayectoria de cambios negativos**: frustración, miedo a denunciar sus déficits al hablar y actuar, **sentimientos de incompetencia** que los paralizan y reducen el número de oportunidades de mantener funciones y explorar otras conservadas. Luego, cuando el paciente intenta nuevamente, vuelve a frustrarse y **refuerza** sus sentimientos negativos.

Por otro lado, la pérdida de **habilidades** asociada con una convicción interna negativa explícita o no provoca una experiencia de duelo en el entorno, que **retroalimenta** negativamente la insatisfacción personal del paciente. La familia, que generalmenteconstituye el **ambiente** más próximo, sufre la enfermedad de su "persona querida"se involucra en las experiencias de frustración, lástima y convicción negativa, reforzando una vez más el **círculo** de características viciosas.

Esta **disfunción ocupacional** con tendencia a la inactividad tiene, a su vez, influencias negativas sobre el déficit cognitivo, por la pérdida de estimulación.

Intervención de Terapia Ocupacional:

Este tratamiento permitió **entradas al sistema** del paciente que lo condicionaron terapéuticamente para producir respuestas - **output** - de **retroalimentación** positiva. La clave está en el criterio adecuado de selección de actividades, que facilite experiencias de éxito, comprometiendo funciones y **habilidades** conservadas, que prevean estimulación y mantenimiento de las mismas, para prolongar la posibilidad de lograr gratificaciones.

El primer nivel de motivación del **subsistema volitivo** es la exploración orientada para recuperar algunos **intereses** y entrenar aptitudes que deben ser incluidas en una **rutina** adaptada que se organiza según las posibilidades del paciente. En estas circunstancias el **ambiente** se transforma en extremadamente importante, especialmente la familia: sus demandas deben ser simplificadas y deben ofrecerle las ayudas técnicas posibles para la compensación del déficit: indicadores visuales, adaptaciones de baño, reducción de elementos innecesarios que aumentan la confusión, etc.

Los esfuerzos del tratamiento están orientados a mantener los **roles** activos que comprometen las funciones cognitivas y demoran su deterioro; y a poner en funcionamiento un **círculo** de interacción positiva que dignifique los días del paciente.

Es verdaderamente importante que el paciente descubra la permanencia de **objetos** valiosos existentes previamente a la enfermedad, como vínculos afectivos fuertes para sobrellevar la misma. Quiero compartir con ustedes los siguiente versos que representan un llamado a la comprensión además de la devoción científica desde nuestra profesión:

UNA PEQUEÑA CONFUSION

Sólo quiero unas líneas, para decir que estoy vivo,
que no estoy alrededor de la muerte.
Supongo que estoy más olvidadizo
y tengo un poco confundida mi cabeza.

A veces no puedo recordar
si es que estoy al pie de la escalera,
si debo subirla para algo
o si acabo de bajar por ella.

Con frecuencia estoy frente a la heladera
y mi mente se llena de dudas:
¿ es que acabo de guardar algo
o al contrario lo estaba por retirar ?

A veces cuando está oscuro
con mi ropa de noche me encuentro
y no se si me estoy llendo a la cama,

o si me acabo de levantar.

Así pasó mi turno de escribirles
y no hay necesidad de preocuparse
creo que ya he escrito bastante
y no los quiero aburrir.

En fin recuerden que los quiero
y deseo que estuvieran aquí
pero llegó el momento del correo
y debo decirles "adiós".

Y aquí estoy frente al buzón
con mi rostro enrojecido !
En lugar de enviar mi carta
acabo de volver a abrirla.

Finalmente, es importante el trabajo con el **ambiente** familiar para mantener los códigos de comunicaciónm, las actitudes de apoyo y para fortalecer las uniones afectivas que son el pilar de la extrema dedicación que estos pacientes demandan a sus familiares. Este fue un gran desafío habiendo trabajado diariamente con ellos.

V- Comentarios sobre ésta experiencia con el Modelo de la Ocupación Humana en nuestro país

Hemos analizado la causa de los procesos de stress con déficits cognitivos benignos a raíz de las excesivas demandas del **ambiente** y del **subsistema volitivo** del paciente. A esto se le suma que en una gran parte de los casos, la selección del trabajo ha sido condicionada por la realidad socioeconómica del país (**ambiente**): se han comprometido en puestos de trabajo que no condicen con sus **intereses** o no son significativos para ellos o no satisfacen sus expectativas personales (**causalidad personal**).De este modo el **círculo de realimentación** positiva deseado es inhibido justo en el punto en el cual el paciente debería desarrollar una conducta laboral dinámica, que se expanda a la **conducta ocupacional** general alcanzando nuevos **intereses** y

valores De este conflicto en el **subsistema volitivo** resulta el déficit en el **subsistema de desempeño** (habilidades cognitivas).

Este conflicto puede ocurrir durante el período productivo de la vida y permanecer latente apareciendo con mayor severidad en el momento de la jubilación. La insatisfacción de la **causalidad personal** se agrega a la imposibilidad pasada de desarrollar **intereses** y a la falta de recursos económicos, dificultando el **desempeño** en actividades actuales creativas de **tiempo libre.**

Un gran número de pacientes de la tercera edad en nuestro país **(ambiente)** necesitan asistencia familiar y / o profesional para organizar su **tiempo** y redefinir **objetivos** en esta nueva etapa. La tendencia es a utilizar el **tiempo libre** en ocupaciones pasivas y poco creativas y vivir extremadamente pendientes de los recuerdos y de la vida de los jóvenes de la familia. Por esta razón es muy importante orientar **roles activos** propios para la tercera edad que posibiliten su integración dinámica a la comunidad conservando el protagonismo en sus vidas. No existen suficientes organizaciones con estos objetivos que estimulen su auto confianza. Las políticas gubernamentales son poco claras y las obras sociales no se hacen cargo totalmente. Esta situación se ve notablemente dificultada en el segundo grupo de pacientes analizados: con déficit cognitivo maligno o degenerativo, dada la mayor vulnerabilidad de su **sistema.**

Por último otro elemento sociocultural de gran incidencia es el siguiente: "familia" y "religión" son **valores** importantes que facilitan a veces el proceso de elaboración de este conflicto y la identificación de nuevos objetivos. En este caso el círculo de retroalimentación es positivo. Cabe aclarar el riesgo de aumentar exageradamente la **creencia de control externo** que inhibe las conductas reparatorias. Cuando estos **valores** se unen a los recursos institucionales y profesionales apropiados la expectativa de éxito **ocupacional** se ve notablemente incrementada.

BIBLIGRAFIA:

* A Model of Human Occupation: Theory and Application. Gary Kielhofner, Dr. P.H. - Williams & Wilkins.

* Papers:

- Application of the Model of Human Occupation in the Treatment of the Stroke Victim. Carolyn Weber, O.T. 441, spring semester, Dr. Kielhofner; 07/05/88.

- The Model of Human Occupation as a Theory Base in the Treatment of Substance Abuse. Deborah Bala, O.T. 441, Dr. Kielhofner; March 12,1990.

- Training in Free time and Rehabilitation. (Manual of Veda Beck-Ford).

- The M.O.H.O.. Second Part: Ontogenesis in the Temporal Adaptation Perspective. Gary Kielhofner. A.J.O.T.. October, 1980.

- Clinical Decision Making in Alzheimer's Desease. (Unpublished paper).

- A User's Guide to the Occupational Performance History Interview. Gary Kielhofner, Alexis Henry, Deborah Walens.

* Material del "Clearing House": Copias de los siguientes instrumentos de evaluación:

- Assessment of Occupational Functioning .
- Self assessment of Occupational Functioning.
- Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale.
- Occupational Questionaire / Activity Record.
- Occupational Performance History Interview.
- Role Checklist.
- The Reid-Ware Three Factor Internal-External Control Scale.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

"LA DISFUNCIÓN OCUPACIONAL EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD QUE ASISTEN A LOS TALLERES DE LA U.P. Nº 15 BATÁN." 1994.

T.O.TELLECHEA, Mónica y T.O.TERUGGI, Mabel

Chile 742, Tel.(023) 73-4866 Córdoba 3064, Tel. (023) 92-2578
7600-MAR DEL PLATA PCIA. BS. AS. ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está dirigido a estudiar la existencia de disfunción ocupacional en los internos que asisten a los talleres de la Unidad Penal Nº 15 de Batán.

A tal efecto se utiliza como marco teórico el Modelo de Ocupación Humana, constructo teórico desarrollado en Estados Unidos, por el Terapista Ocupacional Gary Kielhofner.

Se observó un alto porcentaje de internos que presentan disfunción ocupacional del sistema en su conjunto, correspondiendo el mismo a un número de sesenta y dos internos; además cincuenta y seis internos presentan disfunción ocupacional en un solo subsistema, tanto sea el volitivo, de los hábitos o del desempeño solamente, sin presentar disfunción total; quedando treinta y dos de ellos con función ocupacional.

Se pudo observar que los internos que asisten a los talleres de la Unidad Penal Nº 15 presentan porcentajes importantes de disfunción ocupacional y la variable que está asociada positivamente con ella es: tipo de ocupación del interno en el período previo a su reclusión.

interrelacionado de componentes energéticos y simbólicos que juntos determinan la elección consciente de la conducta ocupacional".

El componente energético es una tendencia general a explorar y dominar.

El componente simbólico son imágenes que incluyen causalidad personal, valores e intereses.

La ocupación está motivada en la necesidad humana de explorar y dominar a sí mismo y a su ambiente.

El modelo de ocupación humana utiliza el término dominar, para describir la tendencia global humana de adquirir control sobre las acciones personales, sobre las demandas y desafíos presentados por el ambiente físico y social.

De esta manera, dominio se usa aquí, connotando responsabilidad y adecuación a las demandas externas y a los deseos personales de ser capaz.

La tendencia subyacente a explorar y dominar tiene una base biológica. Es considerada una necesidad que nace del complejo sistema nervioso de los seres humanos que requiere estimulación sensorial y la oportunidad de actuar.

La tendencia natural a explorar lleva a los seres humanos a investigar, crear, fabricar, celebrar, competir, cooperar y embarcarce en toda la amplia gama de acciones que constituyen la conducta ocupacional.

Como el subsistema volitivo es el superior y el que manda en el sistema abierto, que representa la naturaleza ocupacional de los seres humanos, es el más importante para determinar la conducta adaptativa o mal adaptativa.

Las elecciones que el individuo realiza pueden tanto optimizar como desorganizar los subsistemas de los hábitos y del desempeño.

SUBSISTEMA DE LOS HÁBITOS

Este subsistema es el responsable de organizar la conducta del individuo en patrones o modelos. Está compuesto de un grupo de imágenes que guían la conducta en la vida cotidiana.

Los grupos de imágenes que constituyen este subsistema son:

Roles

Hábitos

En el curso del desarrollo la persona percibe que los otros en el grupo social lo reconocen ocupando ciertas posiciones. Las personas aprenden que tienen posiciones en los grupos sociales, pero también que se espera que se comporten de cierta manera dado su status.

Los roles internalizados son imágenes que las personas tienen de sí mismo, ocupando ciertos status o posición en el grupo social, y de las obligaciones o expectativas que acompañan ese rol.

Los hábitos son imágenes que guían la rutina y maneras típicas de las personas de desempeñarse. Es la estructuración temporal de las conductas.

La organización de los hábitos es el grado en que uno tiene un uso característico del tiempo, que permite un desempeño capaz en una variedad de ambientes y roles y provee un equilibrio de actividades.

SUBSISTEMA DEL DESEMPEÑO

Este subsistema es el que está más directamente ligado a la salida del sistema. Estructuralmente está compuesto por destrezas y su función es producir acciones.

Las destrezas consisten en componentes de la acción organizados e interrelacionados que guían el alcanzar un logro o propósito dentro de condiciones ambientales variables. Estas destrezas no sólo incluyen los movimientos y percepciones necesarias para actuar, sino también la toma de decisiones y resolución de problemas.

Dentro de este subsistema se organizan las reglas que gobiernan las acciones. Estas reglas traen como consecuencia la formación de estrategias flexibles para la producción de acciones y el uso de la retroalimentación para guiar las operaciones.

Las destrezas y las reglas que las organizan, no son estructuras innatas, se adquieren a través del juego exploratorio y de la práctica de dominio.

El subsistema del desempeño es crítico a la adaptación global del sistema. Hábitos y roles sólo pueden construir rutinas de conducta sobre las destrezas pre-existentes, disponibles para organizarlas en modelo. El subsistema volitivo sólo puede establecer esas conductas que el subsistema del desempeño puede producir. De ésta manera, la configuración de destrezas en el subsistema del desempeño restringe los subsistemas de niveles superiores. Por el contrario los subsistemas superiores organizan el subsistema del desempeño. El subsistema volitivo, a través de establecer las salidas determina qué destrezas se van a aprender a través de la práctica de exploración y dominio.

El subsistema de los hábitos organiza las destrezas en rutinas para la vida diaria y el desempeño de roles. Aquellas destrezas que no son utilizadas en éstas rutinas se vuelven obsoletas. Aquellas que son utilizadas rutinariamente se vuelven más efectivas.

La interacción de estos tres subsistemas es crítica para determinar la composición de las salidas del sistema.

IMPLICANCIAS DE LA INTERACCIÓN PERSONA-AMBIENTE

Al examinar la relación del sistema abierto con el ambiente, este modelo "conceptualiza el ambiente en cuatro círculos concéntricos.

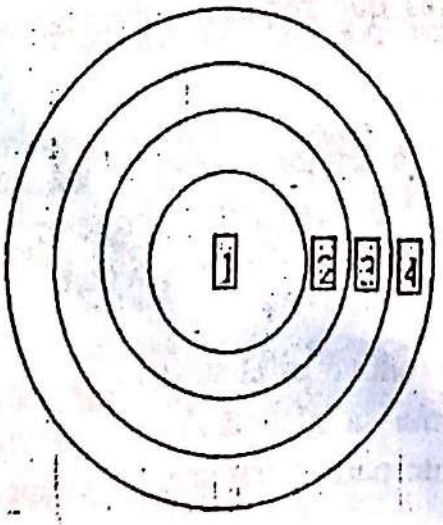
El corazón del círculo consiste en los objetos, materiales y artefactos de la vida diaria.

El siguiente círculo consiste en las tareas, proyectos o actividades que incluyen tiempo libre, trabajo y actividades de la vida diaria y que determinan el uso de los objetos.

Alrededor del círculo de tareas están las organizaciones y grupos sociales. Estos grupos proponen ciertos roles, la relación entre los roles y las tareas necesarias para el funcionamiento del grupo.

El círculo final, la cultura, consiste en las creencias que unen y gobiernan las acciones de los grupos.

Estos círculos juntos representan una jerarquía en el ambiente que influye en la decisión de permanecer en el ambiente y el siguiente desempeño en ese medio."



1-OBJETOS

2-TAREAS

3-GRUPOS SOCIALES

4-CULTURA

Las personas tanto forman, como son formadas por el ambiente.

La función y disfunción ocupacional refleja la historia de las interacciones con el ambiente. Como resultado, ningún intento de entender la conducta de una persona va a ser completo sin una comprensión del ambiente del cual viene la persona y de los patrones de conducta que fueron estimulados y anulados en ese ambiente.

DELINCUENCIA

El hombre de hoy debe aprender a vivir adaptado a un mundo social que él mismo ha ido construyendo, esquematizando y que se encuentra regido por una estructura normativa que impone un control social.

Las normas son principios reguladores de una sociedad, establecidas por el grupo para el control de la conducta de sus miembros en su mutua relación. Son las formas en que dicho grupo se acomoda a las necesidades y satisfacciones de la vida social.

Pese al afianzamiento de las normas en el ámbito social, los hombres se resisten en grado y aspectos diversos al control normativo. Esta desviación a las normas se produce porque a pesar de existir entre individuo y sociedad una relación continua y dinámica que generalmente es armónica no excluye que pueda transformarse en antagónica.

La sociedad considerando la inevitable presencia de tendencias proclives a despreciar el marco normativo crea paralelamente sanciones aplicables a quienes desafían las normas sociales.

La infracción a la norma y su correspondiente sanción origina una desviación en los patrones conductuales.

El delito es un comportamiento anímico y corporal del hombre que a causa de su efecto antisocial está jurídicamente prohibido y

Las causas del delito o los factores de la delincuencia pueden ser definidos como el conjunto de fuerzas internas y externas que determinan en el individuo la realización de un acto criminal.

La dinámica del delito está formada por elementos biológicos y/o sociológicos, los cuales a través de la propia fusión, dan lugar a los complejos fenómenos psíquicos de los que surgen las acciones criminosas.

El hombre "medio o normal", es aquel que posee suficiente capacidad para hacerse un concepto de lo que es bueno y de lo que es malo, de lo lícito y de lo ilícito, y reconocer por experiencia propia, que lo ilícito está reprobado por la opinión general, y en ciertos casos prohibido y penado por las leyes.

Según Kielhofner, "las causas de la delincuencia apuntan a procesos sociales en los que el calificado como delincuente se encuentra perdido en las propiedades del ambiente que lo rodea y sus propias necesidades personales. De ésta última se infiere que la delincuencia es una inhabilidad para manejar eficazmente el estilo de vida en términos de criterio para el éxito. El delincuente es incapaz de derrotar al medio que lo rodea más dignamente, comprometiéndose con conductas desviadas, sacrificando toda posibilidad de hallarse en una vida normal."

UNIDAD PENAL N° 15

En la Ley Orgánica 9079/78 se pauta que el Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires, es una fuerza de seguridad que contribuye al mantenimiento del orden público y colabora en la obtención de la paz social.

Tiene por misión la custodia y guarda de los procesados y la ejecución de las sanciones penales privativas de la libertad, como así también toda otra que se le imponga por leyes, decretos y resoluciones. Actuará como auxiliar permanente de la administración de justicia.

Entre sus funciones se encuentran la de velar por la seguridad y custodia de las personas que se alojan en establecimientos de su dependencia, sometidos a procesos o cumpliendo penas privativas de libertad, procurando que el régimen carcelario contribuya a preservar y/o mejorar sus condiciones morales, educación y salud.

El lugar donde se efectivizó la presente investigación, es la Unidad Penal N° 15.

Está situada en el kilómetro 8 de la Ruta N° 88, inaugurada el 29 de noviembre de 1980 y habilitada un año después.

Está construida en un predio de cuarenta y nueve hectáreas, alojando a procesados y penados.

Tiene capacidad para albergar a ochocientos internos varones, en celdas individuales, en dieciséis pabellones para cincuenta internos cada uno. Se la clasifica como de máxima y mediana seguridad.

Rodean al establecimiento alambradas perimetrales triples, completando el sistema atalayas de observación perimetrales.

En cuanto al personal de la Unidad Penal N° 15, está formado por oficiales y suboficiales. Contando además con un equipo de profesionales para la asistencia de los internos.

Esta unidad cuenta con:

- escuela primaria y secundaria
- estudios universitarios
- talleres de: tornería, carpintería, tapicería, zapatería, chapa-pintura, fábrica de fideos, panadería, artesanías, fábrica de guantes, huerta y mantenimiento.
- sanidad: hospital de 25 camas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los objetivos del presente trabajo fueron:

- Contrastar la teoría existente del "Modelo de ocupación humana" y su aplicabilidad en las personas privadas de libertad que asisten a los talleres de la Unidad Penal Nº 15 de Batán.

- Estudiar el equilibrio o no de los subsistemas volitivo, de los hábitos y del desempeño de las personas privadas de libertad, que asisten a los talleres de la Unidad Penal Nº 15 de Batán.

La realización de las tareas de investigación en la Unidad Penal Nº 15, sufrieron varios contratiempos ajenos a nuestra voluntad y a las autoridades de la misma. El primer acercamiento a la institución tuvo lugar a principios de 1993, explicando a las autoridades en que consistirían las tareas a realizar en dicha Unidad, lográndose la autorización correspondiente.

Las entrevistas-evaluación se vieron demoradas por problemas internos del Penal: amotinamientos, fugas, muerte de un recluso y cambio de autoridades. Estas se concretaron a mediados de 1994.

La entrevista-evaluación se administró a los internos que asistían a los talleres de máxima y mediana seguridad: carpintería, chapa y pintura, tornería, tapicería, artesanías, confección de guantes, zapatería, fábrica de fideos, panadería, huerta y mantenimiento.

Para la confección de las mismas se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

◊ existencia o no de disfunción ocupacional, a través de la función de los subsistemas volitivo, de los hábitos y del desempeño.
◊ edad, tipo de delito, tipo de ocupación, tiempo de permanencia en la unidad.

Hubo que determinar en forma precisa las preguntas que se harían para que se respondieran lo más exactamente posible al marco teórico y fueran representativos de aquel; en ellas se evalúan las actividades productivas, de descanso y tiempo libre en tres instancias: a) cuando se encontraba en libertad; b) durante su estadía en el penal; c) sus aspiraciones cuando logre la libertad; y de esta manera poder evaluar aspectos como: causalidad personal, valores, intereses, hábitos, roles, y la manera de desempeñarse.

El subsistema volitivo y de los hábitos, fueron evaluados directamente en el interno. El del desempeño a través del maestro de taller, dado que el período autorizado para la concurrencia al penal, fue breve e imposibilitó la evaluación directa en el puesto de trabajo de cada interno.

Se tuvieron en cuenta las variables intervinientes sospechando que cualquiera de las nombradas podían incidir en la variable dependiente.

Fueron evaluados todos los internos que asistían a los talleres de máxima y mediana seguridad cuyo número correspondió a ciento cincuenta (150) internos que conformaron el universo de estudio.

RESULTADOS

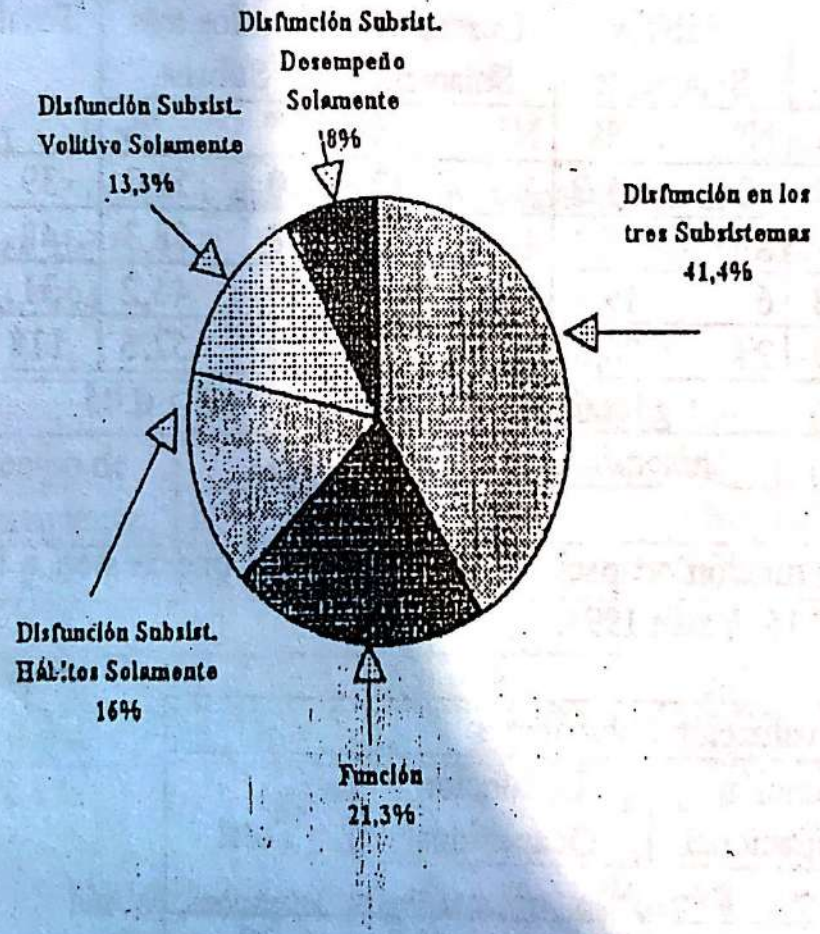
Mediante la realización de la entrevista-evaluación, se pudo observar que un 21,3% de los internos presentaron función en los tres subsistemas, mientras el doble presentó disfunción en los tres subsistemas en forma conjunta, lo que indica la presencia de un desequilibrio total del sistema y el 37,3% presentó disfunción en por lo menos un subsistema.

TABLA N° 1

Existencia de función o disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. N° 15. Batán.

Evaluación Sistema	Nº	%
Función en los tres subsistemas	32	21,3
Disfunc. Subsist. Volitivo Solam.	20	13,3
Disfunc. Subsist. Hábitos Solam.	24	16
Disfunc. Subsist. Desemp.Solam.	12	8
Disfunc. en los tres Subsist.	62	41,4
Total	150	100

GRÁFICO Nº 1



Existencia de función o disfunción ocupacional en los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15. Batán.1994.

No se halló significación estadística al relacionar la edad y tipo de delito cometido por el interno con la presencia de disfunción ocupacional.

La edad promedio fue de 30 años y el mayor porcentaje de disfunción se encontró en el grupo de 23 a 28 años situándose la mediana en los 25 años.

TABLA Nº 2

Existencia de disfunción ocupacional, según edad en los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15. Batán.1994.

	Disfunción Ocupacional								
Edad	Disf. Subsist. Volitivo Solamente		Disf. Subsist. Hábitos Solamente		Disf. Subsist. Desempeño Solamente		Disfunción en los tres Subsist.		Total
(años)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
18-23	4	10,3	10	25,6	5	12,8	20	51,3	39
23-28	8	16,7	8	16,7	4	8,3	28	58,3	48
28-68	8	25,8	6	19,3	3	9,7	14	45,2	31
Total	20	16,9	24	20,3	12	10,2	62	52,6	118

$\chi^2 = 4,59$ g.l.= 6 P> 0,05

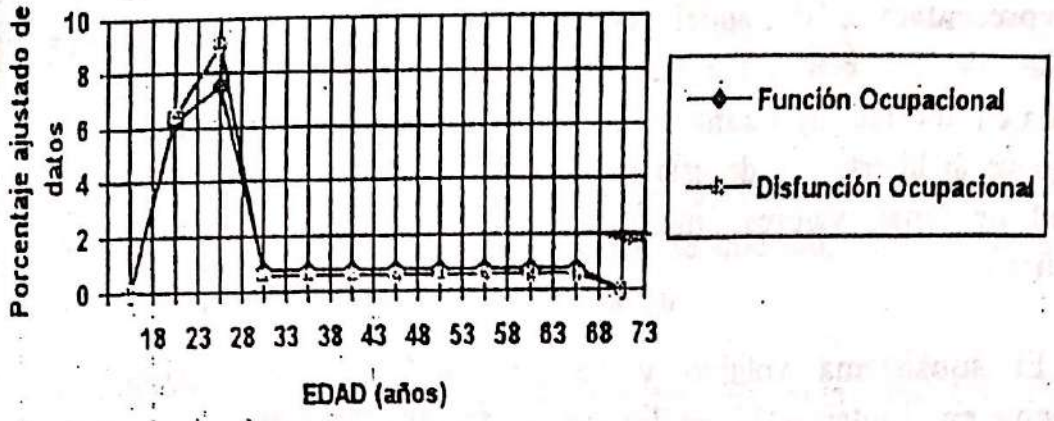
TABLA Nº 3

Función y disfunción ocupacional en los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15. Batán.1994.

	Evaluación Subsistemas				
Edad	Función Ocupacional		Disfunción Ocupacional.		Total
(años)	Nº	%	Nº	%	
18-23	10	33,3	20	66,7	30
23-28	12	30,0	28	70,0	40
28-68	10	41,7	14	58,3	24
Total	32	34,1	62	65,9	94

$\chi^2 = 5,19$ g.l.= 2 P> 0,05

GRÁFICO Nº 2



Función y disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15. Batán. 1994.

TABLA Nº 4

Disfunción ocupacional en los distintos subsistemas, según tipo de delito, de los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15. Batán.1994.

Tipo de Delito	Disfunción Subsistemas								Total
	Disfunc. Subsist. Volitivo Solamente		Disfunc. Subsist. Hábitos Solamente		Disfunc. Subsist. Desempeño Solamente		Disfunc. en los tres Subsist.		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Contra la Propiedad	12	17,1	13	18,6	7	10,0	38	54,3	70
Contra las Personas	8	16,7	11	22,9	5	10,4	24	50,0	48
Total	20	16,9	24	20,3	12	10,2	62	52,6	118

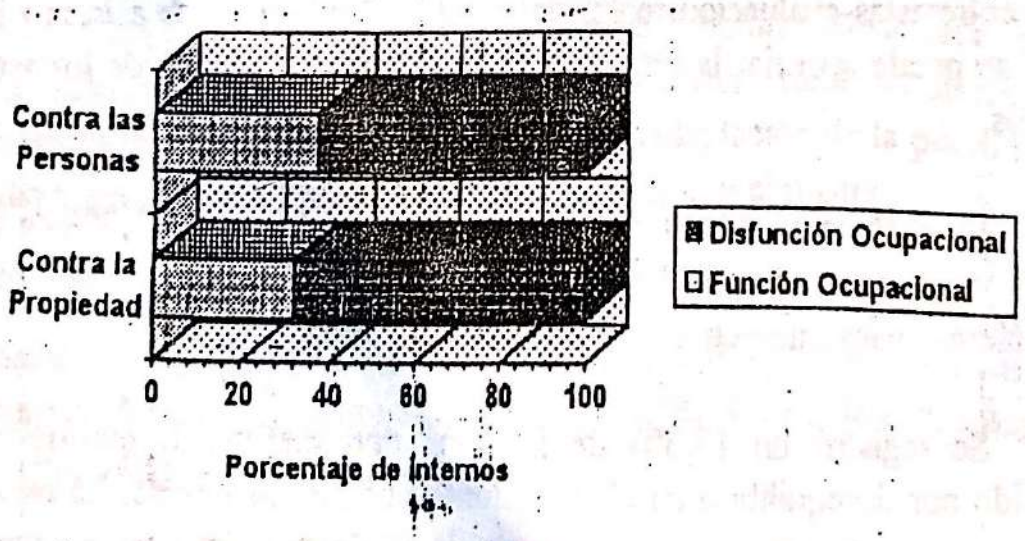
$\chi^2 = 0,38$ g.l.= 3 P> 0,05

TABLA N° 5

Función y disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. N° 15, según tipo de delito cometido.Batan.1994.

Evaluación Subsistemas					
Tipo de Delito	Funcion		Disfunción		Total
	N°	%	N°	%	
Contra la Propiedad	18	32,1	38	67,9	56
Contra las Personas	14	36,8	24	63,2	38
Total	32	34,1	62	65,9	94

GRÁFICO N°3



Función y disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. N° 15, según tipo de delito cometido.Batán.1994.

TABLA Nº 6

Disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15, según tipo de permanencia en la misma. Batán.1994.

Disfunción Ocupacional Subsistemas									
Tiempo de Permanencia (años)	Disfunc. Subsist. Volitivo Solám.		Disfunc. Subsist. Hábitos Solam.		Disfunc. Subsist. Desempeño Solam.		Disfunc. en los tres Subsist.		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
0-3	9	15,0	10	16,7	5	8,3	36	60,0	60
3-6	6	16,7	8	22,2	4	11,1	18	50,0	36
6-12	5	22,7	6	27,3	3	13,6	8	36,4	22
Total	20	16,9	24	20,3	12	10,2	62	52,6	118

$\chi^2 = 4,96$ (corrección de Yates) g.l.= 6 P> 0,05

TABLA Nº 7

Función y disfunción ocupacional en los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15, según tipo de permanencia en la misma. Batán.1994.

Evaluación Subsistemas					
Tiempo de Permanencia	Función		Disfunción		Total
	Nº	%	Nº	%	
0-3	12	25,0	36	75,0	48
3-6	12	40,0	18	60,0	30
6-12	8	50,0	8	50,0	16
Total	32	34,1	62	65,9	94

$\chi^2 = 4,47$ g.l.= 2 P> 0,05

No se encontró significación estadística entre el tiempo de permanencia del interno en la unidad y la función o disfunción ocupacional.

04 (15)

TABLA Nº 8

Disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15, según ocupación del mismo en el período previo a su reclusión. Batán.1994.

Tipo de Ocupación	Disfunción Subsistemas								Total
	Disfunc. Subsist. Volitivo Solam.		Disfunc. Subsist. Hábitos Solam.		Disfunc. Subsist. Desempeño Solam.		Disfunc. en los tres Subsist.		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Permanente	14	42,4	6	18,2	6	18,2	7	21,3	33
Temporario	6	7,1	18	21,1	6	7,1	55	64,7	85
Total	20	16,9	24	20,3	12	10,2	62	52,6	118

$\chi^2 = 29,8$ g.l.= 3 P< 0,0001

Se pudo verificar que existe una alta significación estadística (como lo muestra la tabla Nº 8), al relacionar el carácter permanente o temporario de la ocupación del interno, en el período previo a su reclusión, con la presencia de disfunción ocupacional: $\chi^2 = 29,8$; g.l.= 3; P< 0,0001.

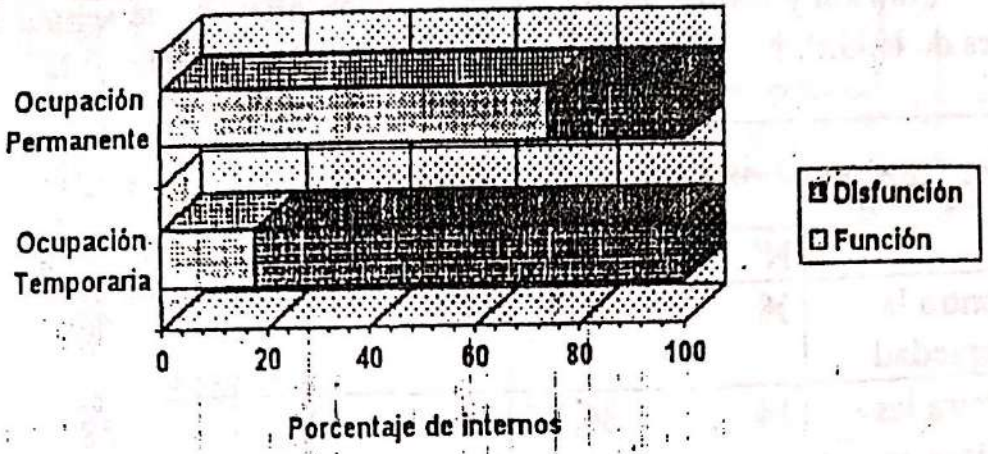
TABLA Nº 9

Función y disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15, según ocupación del mismo en el período previo a su reclusión. Batán.1994.

Tipo de Ocupación	Evaluación Subsistemas				Total
	Función		Disfunción		
	Nº	%	Nº	%	
Permanente	20	74,1	7	25,9	27
Temporario	12	17,9	55	82,1	67
Total	32	34,1	62	65,9	94

$\chi^2 = 27,1$ g.l.= 1 P< 0,00001

GRÁFICO Nº 4



Función y disfunción ocupacional de los internos que asisten a los talleres de la U.P. Nº 15, según ocupación del mismo en el período previo a su reclusión.Batán.1994.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados arrojados por las entrevistas-evaluación realizadas a los 150 internos que asisten a los talleres se puede apreciar la importancia del medio en la vida de los seres humanos.

La evaluación de los subsistemas determinó que el 21,3% de los internos se encontraban con los tres subsistemas en equilibrio y por ende sin problemas para interactuar con el medio ambiente.

Se registró un 13,3% de internos con disfunción ocupacional producido por desequilibrio en el subsistema volitivo solamente. La misma se debe a una deficiencia en la tendencia de explorar y dominar el mundo que lo rodea, déficit en su relación con los objetos, inadecuadas verbalizaciones y juegos con otro, que no le han permitido tener una información adecuada acerca de sus propias conductas y sus efectos en el ambiente. Desde pequeños no han podido crear una imagen interna de si mismos como agentes en el mundo.

Esta imagen evoluciona con el tiempo en tres imágenes diferenciadas que aquí se ven alteradas y son: valores, causalidad personal e intereses.

Un 16% de los internos presentó disfunción ocupacional en el subsistema de los hábitos solamente y se atribuye a la falta o pérdida de roles. Los roles se estructuran y dan sentido a la conducta ocupacional cotidiana. Las personas que no han adquirido suficientes roles, tienden a sentir una falta de identidad, sentido y estructura en su vida diaria.

Se observó un pobre ejercicio de roles. El patrón de hábitos era muy pobre e inestable y no permitió el desarrollo de una conducta consistente y flexible para acomodarse a los cambios y contingencias del ambiente.

Y sólo un 8% presentó disfunción ocupacional en el subsistema del desempeño solamente, lo que implica un déficit de la persona en el desarrollo de habilidades para desempeñarse en distintas formas de conducta con propósito.

El 41,4% de los internos registró disfunción ocupacional en todos los subsistemas, lo que determina un desequilibrio total del sistema. Esto demuestra tanto el desequilibrio como la desadaptación de la persona con el medio y las dificultades serias para interactuar con el mismo.

La falta de adaptación se produce en la medida que no es capaz de afrontar los desafíos, expectativas y oportunidades del ambiente y se comporta de tal manera que no puede mantener y aumentar su integridad y sus componentes.

De esta manera disfunción ocupacional describe un mal funcionamiento en la relación entre una persona y el ambiente. Los factores que contribuyen a la disfunción ocupacional provienen tanto del ambiente, de las posibilidades de la persona, como de ella misma.

Se observó que la edad y el tipo de delito cometido por los internos no tiene relación con la disfunción ocupacional.

Con respecto al tiempo de permanencia de los internos en la unidad, no se observó significación estadística, en relación a la función y disfunción ocupacional, dado que el χ^2, nos está indicando que no existe una relación entre estas dos variables. Creemos que esto se atribuye a que la cárcel no ofrece un servicio de rehabilitación a los internos en ella alojados y que las tareas en talleres que realizan, vienen a cubrir el tiempo ocioso de los mismos y no los preparan para su inserción social.

Es relevante mencionar la alta vinculación encontrada entre el tipo de trabajo realizado por el interno en el período previo a su reclusión y la disfunción ocupacional.

Es menester destacar la importancia que tiene el trabajo en la vida del hombre, ya que el mismo lo dignifica, lo hace sentir parte integrante de la sociedad y los resultados obtenidos lo muestran de forma clara y precisa.

MODULO 3

TERAPIA OCUPACIONAL EN PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

PREMATURAMENTE TUYO

Lic.Ana E.Cocciolone.

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil"Victorio Tetamanti".Castelli2450-Mar del Plata-7600

El área de la Neonatología ha podido brindar un número cada vez mayor de respuestas a distintas situaciones críticas del recién nacido de riesgo.El advenimiento de avances médicos y técnológicos,han posibilitado que gran número de niños prematuros,algunos de muy bajo peso,puedan superar las diferentes dificultades que les plantea el nacer anticipadamente.

El primer encuentro entre el hijo y sus padres,es en un ambiente altamente tecnificado;una incubadora contiene al niño y diferentes monitores brindan información sobre su estabilidad fisiológica.Comienza lo que los mismos padres llaman "el diálogo con la máquina,pero...¿qué pasa con el diálogo con su hijo?.El nacimiento de un Recién Nacido Prematuro(RNPT)genera una crisis en el seno de la familia.Es fundamental poder interpretar el impacto emocional que este hecho genera en cada familia,para poder favorecer el vínculo con su hijo desde el primer momento.Ambos lo necesitan.

La manera en que estos niños completan su desarrollo una vez nacidos,es particularmente diferente a la manera en que lo harían intraútero.Esta diferencia fué explicada en la década del setenta como el resultado de una menor exposición a la constante estimulación del medio intrauterino.Esta concepción suponía que los prematuros eran deprivados sensoriales, entonces se desarrollaban programas de estimulación suplementarios decaracteríticas masivas desde el medio ambiente.A partir de los avances en el conocimiento de los procesos de

orga nización y maduración del Sistema Nervioso Central (SNC),y de los aportes deBrazelton y Als,entre otros,emergió una nueva conceptualización acerca de la experiencia postnatal de los RNPT.Se considera que son niños inmaduros y desorganizados y que durante su internación en Neonatología están expuestos a una situación de sobrecarga sensorial.Luces constantes de alta intensidad,niveles de sonidos elevados,multiples procedimientos médicos invasivos,actuarían como desencadenantes de stress en el niño.Esta Teoría enfatiza la necesidad de modular la acción desde el mundo externo de manera de reducir la estimulación innecesaria,la cual solo sirve para sobrecargar el SNC del niño y retardar las habilidades funcionales.

Crecimiento cerebral

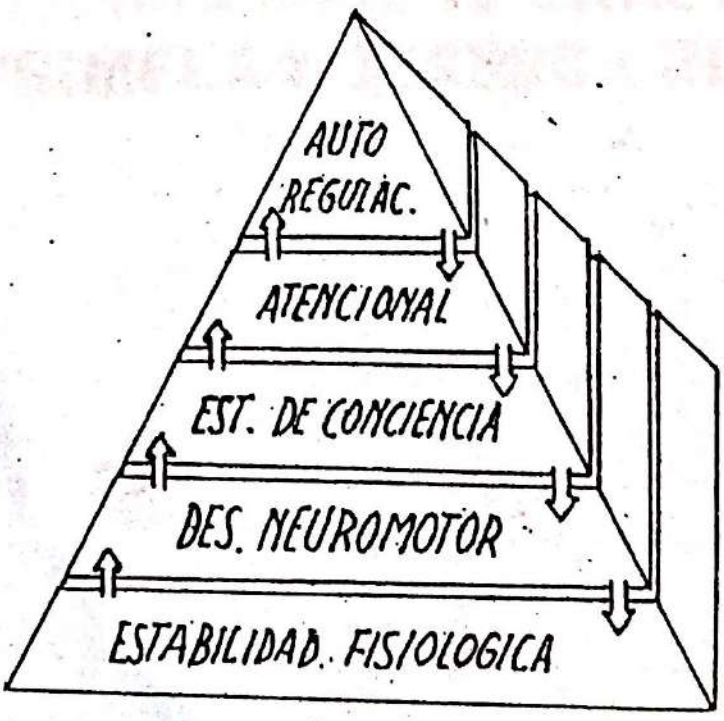
Durante la gestación entrela semana 10 y la18 se completa el número de neuronas que tendrá el futuro adulto.En el último trimestre se produce el crecimiento de las células gliales,lamielización,el crecimiento del cerebelo y la conexión dendrítica.Entre la semana 24 y 34 se produce la migración neuronal.

El RNPT comienza a vivir en un ambiente sensorial,nutricional y emocional muy diferente al que está preparado. Nacer antes que el árbol dendrítico esté organizado es una de las situaciones críticas que debe enfrentar.Nuestra hipótesis de trabajo desde Terapia Ocupacional es que todos aquellos estímulos positivos actuarán como organizadores.

Teoría Sinactiva de Organización Conductual

2-Desarrollo Neuromotor: brinda el control sobre el tono muscular, la postura y la actividad motora.
3-Estados de Conciencia: le permite al niño acceder a los diferentes niveles: a) Sueño profundo, b) Sueño liviano, c) Somnoliento (drowsy), d) Alerta reposado, e) Alerta despierto, f) Llanto, y pasar gradualmente de uno a otro.
4-Atencional: le otorga al niño la habilidad de mantener el alerta y responder a la estimulación.
5-Autorregulación: le brinda al niño la posibilidad del control y modulación de los otros subsistemas; como resultado de esto es capaz de calmarse a sí mismo.

El desarrollo del RNPT, es asimilado al de una espiral, cuyo núcleo central es el Subsistema autonómico, cuya estabilidad es protegida por las otras dimensiones. La organización de cada subsistema protege al anterior, pero su descontrol puede desencadenar la pérdida de la estabilidad en cascada. (cuadro 1)



Cuadro 1: Pirámide de la Teoría Sinactiva de Organización Conductual, cuya base es la esbilidad fisiológica. (Elsie Vergara, SoD, OTR/L, Foundation for Practice in the Neonatal Intensive Care Unit and Early Intervention, 1993, AOTA, Inc.)

Stress en el prematuro:sus consecuencias clínicas

Cuando un niño está expuesto a estímulos sensoriales una de tres situaciones pueden ocurrir:

a)El niño puede responder al estímulo adecuadamente y sin afectar la estabilidad de los subsistemas conductuales,

b)El niño experimenta stress ante el estímulo y es capaz de generar conductas que disminuyan el efecto de éste,preservando así la estabilidad de lossubsistemas.

c)Que el estímulo genere tal stress en el niño que no le posibilite actuar sobre él.En este caso la estabilidad del sistema está comprometida.

Hay diferentes acciones que a diario se llevan a cabo en las salas de neonatología y que son generadoras de stress en el niño.El Stress significa que el "input"sensorialde ese momento excede la posibilidad del niño de asimilación y acomodación necesarias para su autorregulación. En la medida en que aumenta el stress el poder de autorregulación decrece.Si no se interviene interrumpiendo el estímulo que lo generó y facilitando la autorregulación,la situación de continuidad del estado de stresspuede exceder los niveles de tolerancia y progresar en la desorganización(efecto cascada).El siguiente ejemplo lo ilustra:

El niño está expuesto a una alarma de alta frecuencia que suena innecesariamente(subsistema atencional),esto hace que el niño pase bruscamente delsueño profundo al llanto (subsistema estados de conciencia),comience a moverse desorganizadamente con hiperextensión de tronco(subsistema neuromotor)y manifieste signos clínicos de apneas(subsistema fisiológico).

Los signos clínicos de stress van a depender del Subsistema afectado:

Subsistema atencional,signos de Stress:a)incapacidad para integrar la estimulación que realiza otra persona sobre él, b)conducta de evitación a la propuesta de interacción.

Subsistema Estados de Conciencia: a)mirada fija y perdida, b)ojos vidriosos, c)irritabilidad, d)alteración de sueño-vigilia, e)difusos estados de sueño.

Subsistema neuromotor, signos de Stress: Hipertonía, a)hiper- de piernas, de brazos, de tronco; b)Hipotonía: de tronco, de las extremidades, facial; c)muecas faciales, extensión de la lengua; d)maniobras de protección: manos en la cara, posición en guardia de boxeador.

Subsistema autonómico, signos de Stress: a)pausas respiratorias (taquipneas), b)Cambios de coloración, c)grasping, d)estremecimientos, e)Hipo.

La posibilidad de identificarlos signos de stress en el neonato es clave para todos aquellos que intervengan en su atención. La prevensión de estos estados es una tarea fundamental.

Estudios recientes en Estados Unidos demostraron que aquellos niños que habían recibido una atención individualizada, donde se previno permanentemente las situaciones de stress, lograban un mejor desenvolvimiento neuro conductual en la escala Bayley, post alta.

Funciones de Terapia Ocupacional

Nuestra acción debe estar orientada a colaborar con el niño en su proceso de organización conductual, para lo cual se deberá llevar adelante un programa individualizado de intervención temprana. Debemos poder reconocer los signos clínicos de stress y la manera en que el niño nos comunica los efectos que nuestra estimulación tiene sobre él. Incluye acciones de identificación, intervención y asesoramiento.

Las acciones de identificación están orientadas a:

-Estado neuroconductual del niño; la evaluación se realiza desde la teoría sinactiva y se utiliza el test de diagnóstico neurológico de edad fetal de Saint-Anne Dargassies. Ambos elementos se complementan y nos permiten arribar a

una situación diagnóstica desde el punto de vista del desarrollo.

-Vínculo madre hijo:se observa la conducta espontánea de la madre con su hijo y la interrelación de ambos.

Las acciones de intervención están orientadas a:

-Trabajar sobre los aspectos identificados como problema en la evaluación.En términos generales antes de la semana 35 es primordial la estabilidad fisiológica.Se confecciona equipo postural para favorecerun desarrollo adecuado del subsistemaneuromotor(protector del fisiológico).Se trata de contrarrestarel efcto nocivo de la excesiva luz y sonido.Se asesora a los padres sobre el beneficio de la estimulación tactilexteroceptiva y se les enseña a identificar los signos de stress y como contrarrestarlos.

-Apartir de la semana 35,comenzamos con la estimulación oromotora.La alimentación por sonda nasogástrica u orogástrica es la forma en que son alimentados los niños prematuros en una etapa temprana.Durante este período el rol del niño es absolutamente pasivo.Es necesarioiniciar esta estimulación porque entre la semana 34y35,la succión se coordina globalmente con larespiración y la deglución.Asesoramos alos padres afacilitar la praxia a través de técnicas específicas, e indicamos succión no nutritiva.

En ésta etapa también y en casos casos donde sea necesariose realiza estimulación vestibular,tactil exteroceptiva y propioceptiva.Desde la estimulación visual,trabajamos a partir del diagnóstico oftalmológico.Debemos tener presente la incidencia de Retinopatías y sus diferentes formas de presentación.La estimulación auditiva la favorecemos UNICAMENTE desde la voz humana prévilegiando las frecuencias bajas.En todo momento se asesora a los padres sobre los beneficios de una estimulación modulada y se les enseña a identificar los signos de stress que la hiperestimulación puede provocar.

Contacto piel a piel

Un aspecto altamente gratificante para ambos,madre e

hijo,es el contacto piel a piel.Hemos podido apreciar el p. a cer que algunas madres reflejan ante este momento tan esperado,como asi también el rechazo por parte de otras.

Ambos madre e hijo,logran el íntimo contacto interrumpido por la necesidad de internación del niño en este ambiente altamente tecnificado que llega a crear en algunos casos una pared entre ambos.Según el Dr Martinez el contacto piel a piel redunda en beneficio en tres niveles:

-Reduce el stress en la madre y en el niño.

-Favorece la adecuada utilización energética(anabolismo)

-Estimula la reorganización neurológica del RNPT y el ordenamiento emocional de su madre.

Refiere también que a partir de la estimulación somato sensorial,se observan incrementos en los niveles de gastrina,insulina,hormona de crecimiento,colecistokinasa,mediados por el sistema nervioso autónomo.Madre e hijo ingresan en una sincronía térmica donde la temperatura de la madre asciende o disminuye en directa relación a la del niño.Describe a la respiración como más profunda con disminución de los períodos de apneas.

Otro tipo de intervención que realizamos en el Servicio de Neonatología de nuestro hospital,lo constituye las reuniones semanales que realizamos con todos los familiares de los niños internados.Las mismas son co- coordinadas con un Médico del servicio y se trabaja sobre los emergentes grupales.

Con las funciones de intervención aquí descriptas se tiende a prevenir o minimizar la incidencia en retrasos en el desarrollo y acompañar a la familia en las áreas en que lo requieran.

Las acciones de asesoramiento están orientadas a :

-Personal médico, através de Ateneos o clases.

-Personalde enfermería,es clave su participación desde el marco teórico propuesto.Se trabaja en conjunto sobre las indicaciones de cuidados posturales,técnicas de alimentación, indicadores de stress y como contrarrestarlos.

BIBLIOGRAFIA

American Journalof Occupational Therapy,vol 48 N°6-junio1994

Dolto Françoice,La causa de los niños,Ed Paidos-1991

Fejerman N,Neurología Pediátrica,Ed Panamericana-1988.

Darry et al,Clínicas perinatológicas,Estimulación del niño pretérmino:límites de plasticidad,ed Interamericana, 1990.

Martinez,Actualización en perinatología,vol1-1991.

Martinez,el bebé prematuro y sus padres.Medicina y amor-Ed Lidium,1993.

Brazelton,Escala de evaluación conductual neonatal .Instituto Interamericano del niño.OEA Montevideo.

Meyerhoff-Grywac.O Neonato de Risco:Proposta de Intervenção no ambente e no desenvolvimento.Sao Paulo.Br Savier,1990.

Sostek,Programas educativos preventivos de intervención temprana Instituto Interamericano del Niño.Boletín.Enero junio 1986.N°225.

Als,Lawhon el Al,Individualized Developmental Care for the Very Low-Birth-Weight Preterm Infant.Medical and Neurofunctional Effects.JAMA.September21,1994-Vol272,N°11.

Long et al,Ruido e hipoxemiaen la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.Pediatrics(ed esp).Vol9-N°1-1980.

S.Saint-Anne Dargassies,Desarrollo neurológico del recién nacido de término y pretérmino.Ed Panamericana-1977.

Schapira,Parareda et al,Propuesta de intervención ambientaly en el desarrollo del recién nacido de alto riesgo.RevistadelHosp.R.Sardá-1994,XIII,N°3.

Vergara Elsie,Foundation for Practice in the Neonatal Intensive Care Unitand Early Intervention.AOTA.1993.

Schaffer-Avery,Enfermedades del recién nacido,Ed Panamericana, 1991.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina

OBSERVACION DEL VINCULO MADRE-HIJO DE 6 A 12 MESES DE EDAD

Tesista de grado de la carrera Licenciatura en T.O. Mariana Lázaro, concurrente al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Castelli 2450 tel. 22021, Lic. en T.O. Marta Vera, Centro Pediátrico Matheu, Matheu 3121 tel. 73-1404.
(7600) Mar del Plata - Buenos Aires
ARGENTINA

"Conciente e inconcientemente cada uno de los miembros de la pareja madre-hijo, perciben el afecto del otro y a su vez responde con afecto en un intercambio constante afectivo recíproco".

Partiendo del concepto de que el niño es (y debe ser) activo, en continua interacción e interrelación con el medio, podemos sostener que todas las experiencias sensoriomotoras sirven de base para la elaboración en él de un mundo interno; a partir del cual, tomando las palabras de Pichón-Rivière "podemos definir el carácter de un sujeto en términos de vínculo diciendo que su carácter, o sea la manera habitual de comportarse esa persona, puede ser comprendido por una relación de objeto interno. Es decir, por un vínculo más o menos estable y más o menos permanente que da las características del modo de ser del sujeto visto desde afuera, condicionado por un vínculo interno".

Ahora bien, el niño requiere mucho más que la capacidad de ser activo y de relacionarse con el medio, es necesario la presencia de la madre, su objeto amoroso, la cual, a su vez, debe poseer un estado de ánimo capaz de atender sus

C4 19

demandas, de decodificar los mensajes, de responder las señales afectivas generadas por el niño; hablamos entonces de afecto. Considerando ésto, el pilar del desarrollo del niño, dice Spitz "... el despliegue de la percepción afectiva y los intercambios afectivos preceden a todas las demás funciones psíquicas; éstas se irán desarrollando subsecuentemente sobre los cimientos proporcionados por los intercambios afectivos. Los afectos parecen seguir sirviendo de guía para el resto del desarrollo, al menos hasta el final del primer año de vida".

Cuando hablamos de desarrollo entendemos todos aquellos aspectos bio-psico-sociales que le permiten al niño adaptarse e integrarse al medio, donde la madre tiene un papel protagónico junto al hijo durante el primer año de vida, sino más.

La madre será la guía en la factibilidad de que el niño alcance esta necesaria adaptación; necesaria porque no podemos dejar de lado que ambos son seres irremediablemente humanos, y por lo tanto sociales. La madre debe cumplir un conjunto de funciones que le permitan al niño superar todas las viscisitudes (ansiedad, frustración, tensión sentimientos de necesidad e inseguridad) para preservar las relaciones con el medio, en un proceso de equilibrio y desequilibrios que amenazan la unidad del organismo, promoviendo así desde su mundo interno, nuevos intercambios en que el niño progresará paulatinamente de la indefención a la autonomía, de la inseguridad a la confianza en sí mismo en un proceso dialéctico.

Dice Ana Quiroga: "la actitud materna y su modalidad vincular operan en el sistema relacional primario desde el comienzo de la vida, como condiciones de producción de matrices de aprendizaje". Por ello sostenemos que el es [illegible] del modo de vincularse de la díada [illegible]

observación, pero cabe tener en cuenta que es importante poder realizar un seguimiento de esa pareja madre-hijo. Mediante el registro longitudinal del vínculo es factible apreciar la interacción madre-hijo en distintas situaciones y evitar así el diagnóstico apresurado que podría hacerse con un registro transversal. Para la interpretación de los resultados se comparan los datos registrados en todas las observaciones.

Si bien la valoración que se propone con este Diagrama permite hacer una clasificación semicuantitativa del vínculo, proporciona también datos cualitativos que se consideran valiosos para determinar si existen perturbaciones en alguna/s de las áreas comunicacionales evaluadas.

REGISTRO Y VALORACION DE DATOS

Los datos observados deben registrarse colocando la letra que precede a la conducta, en los casilleros de la derecha: en el SI, si la conducta aparece, y en el NO, si la conducta no se hizo evidente, teniendo en cuenta si la conducta es observada en la madre o en el hijo. El casillero NO APARECE está destinado al registro de las situaciones que no se observaron. Como se dijo anteriormente las situaciones están indicadas por letras, es decir, cada situación es identificada por dos letras iguales: una correspondiente a la conducta del niño y otra correspondiente a la conducta de la madre. Si se observa la puntuación en el casillero NO de dos conductas que están precedidas por una misma letra, significa que esa situación no apareció.

Por ejemplo, si la conducta correspondiente a la madre "se expresa gestualmente" no aparece, la conducta correspondiente al hijo "imita gestos de su madre", tampoco aparecerá. En este caso la situación "i" no se presentó, en consecuencia se puntúa con una "i" en el casillero NO APARECE (es importante consignar en este casillero sólo una vez la letra que identifica la situación, es decir, en este ejemplo se puntúa con una "i" en la hilera correspondiente a "imita gestos de su madre").

Para realizar el recuento de los datos deben tenerse

COMUNICACION VISUAL	HIJO	a	La mira			
		b	Responde a la mirada de su madre			
	MADRE	a	Responde a la mirada de su hijo			
		b	Lo mira			
COMUNICACION VERBAL	HIJO	c	Vocaliza			
		d	Responde vocalizando o gesticulando a las palabras de su madre			
		e	Responde a una prohibición con cambio de actitud corporal			
	MADRE	c	Responde verbalmente a las vocalizaciones de su hijo			
		d	Le habla			
		e	Dá orden de inhibición ante una situación de riesgo			
COMUNICACION GESTUAL	HIJO	f	Le sonrie			
		g	Responde a la sonrisa de su madre			
		h	Expresa su alegria por medio de gestos y movimientos			
		i	Imita gestos de su madre			
		j	Expresa sus deseos			
	MADRE	f	Responde a la sonrisa de su hijo			
		g	Le sonrie			
		h	Repite expresiones de alegría de su hijo			
		i	Se expresa gestualmente			
		j	Interpreta y responde a los deseos de su hijo			
CONTACTO CORPORAL	HIJO	k	Acaricia, besa y/o explora el rostro de su madre			
		l	La abraza			
		m	Acepta el contacto de su madre			
	MADRE	k	Acepta el contacto del niño con su rostro			
		l	Responde al abrazo de su hijo			
		m	Toca y acaricia el cuerpo de su hijo			
INTERACCION EMOCIONAL	HIJO	n	Demanda insistentemente la presencia de su madre			
		o	Responde a la demanda de su madre			
		p	Llora o se angustia			
		q	Se tranquiliza cuando su madre se acerca o le habla			
		r	Se desplaza o trata de desplazarse hacia su madre			
	MADRE	n	Responde a la demanda de su hijo			
		o	Demanda la atención de su hijo			
		p	Calma el llanto o la angustia de su hijo			
		q	Se acerca o habla a su hijo cuando se angustia			
		r	Anticipa el [illegible]			

Concluímos adhiriéndonos a las palabras de Pichón-Riviere descriptas por Mirta Videla, "todos somos seres sociales, no aislados, sino siempre incluídos dentro de un grupo, desde el básico familiar. Cada familia posee una inclusión y significación diferente dentro de la sociedad, lo cual le otorga una dimensión institucional. Cada persona se relaciona con otra a través de su montante vincular interno".

La finalidad del presente trabajo es elaborar un método de registro objetivo que permita valorar la relación de la madre con su hijo de edad comprendida entre 6 y 12 meses.

La construcción del Diagrama de Observación está basada en la recopilación bibliográfica y en observaciones realizadas a 40 parejas madre-hijo que concurren al "control del niño sano" de la Unidad Sanitaria "Las Heras" de la ciudad de Mar del Plata.

Mediante las observaciones realizadas se recabaron los indicadores que surgen espontáneamente en las dos instancias del control: charlas grupales y el momento de atención pediátrica. Se consideran éstos, momentos oportunos para observar la relación de las madres con sus hijos, ya que puede observarse un intercambio afectivo muy cercano.

DESCRIPCION DEL DIAGRAMA DE OBSERVACION

Para alcanzar el mayor grado de objetividad posible se hizo necesario el dimensionamiento de la variable estudiada: "Vínculo madre-hijo". Del mismo surgen dudas en cuanto a la posibilidad de observación de las conductas de interrelación vincular madre-hijo en forma independiente una de la otra; indefectiblemente esto es imposible. Cada uno de los indicadores aquí considerados aparecen relacionados e integrados dentro de cada área que se tuvo en cuenta. Estas son expresión del intercambio de afecto de la díada madre-hijo.

El dimensionamiento de esta variable cualitativa per

te acceder a la semicuantificación posibilitando así ma-
r objetividad en la valoración del vínculo madre-hijo.

Las áreas incluídas en el perfil son: COMUNICACION
SUAL, VERBAL y GESTUAL, CONTACTO CORPORAL e INTERACCION
OCIONAL.

En el Diagrama de observación figuran los indicado-
s (o conductas) considerados en cada una de las áreas,
letra precedente a cada conducta indica la "situación"
la que corresponde. Cada conducta del niño se relaciona
n una conducta de la madre (identificadas con una misma
tra), de manera que se hace necesario determinado compor
miento para desencadenar la respuesta en el otro, sea és
de la madre hacia el hijo o viceversa. Es a este inter
mbio de conductas asociadas al que denominamos "situación".

LICACION DEL DIAGRAMA DE OBSERVACION

El Diagrama de Observación puede ser aplicado por
do aquel profesional de la salud que se desempeñe en el
rea de la pediatría. Es importante poseer conocimientos a
erca del desarrollo y evolución del niño normal, y de los
ntercambios afectivos que tienen lugar en toda relación
umana.

La aplicación del diagrama es útil en el área de la
revención con el fin de detectar tempranamente posibles
lteraciones en el vínculo. La valoración puede realizarse
ambién como parte del plan terapéutico en el abordaje de
na patología específica del niño donde se considera fun-
amental la colaboración de la madre para el éxito del tra
amiento. Por lo tanto la observación puede ser efectuada
lurante el control pediátrico, durante una sesión terapéu-
ica u otra oprtunidad que se considere propicia. Se debe
ener en cuenta que la persona "observadora" no debe inter
erir en las situaciones de interacción de la madre con
u hijo, es decir debe permanecer como observador no parti-
cipante.

El Diagrama presentado es apto para hacer una única

en cuenta las conductas consignadas en el casillero SI de la madre y del hijo que corresponden a una misma situación, es decir, las coincidencias de afirmaciones en las dos conductas de una situación. Estas coincidencias se consideran "respuestas exitosas". Para clasificar los datos deben sumarse las respuestas exitosas. El número total de situaciones es de 18, por lo tanto el número máximo de respuestas exitosas que puede observarse en una pareja madre-hijo es 18.

Ahora bien, para que esta valoración de respuestas exitosas sea fidedigna, deben considerarse las situaciones no aparecidas, que se restarán al número total de situaciones (18). La cifra resultante representa el total de situaciones aparecidas (100 %), seguidamente se realiza el cálculo del porcentaje de las respuestas exitosas con respecto al total de situaciones aparecidas.

Por ejemplo, si sucede que las respuestas exitosas fueron 10 sobre un total de 15 situaciones aparecidas, estas 10 respuestas exitosas representan el 66,5 % del total. Este porcentaje debe ubicarse en la siguiente escala de valoración del vínculo:

Vínculo bueno:	66 %	— 100 %
Vínculo regular:	33 %	— 65 %
Vínculo malo:	0 %	— 32 %

En el ejemplo citado cabe ubicar el Vínculo Madre-Hijo en la categoría Bueno.

Aunque no se tienen en cuenta las situaciones no aparecidas, si a lo largo de varias observaciones las mismas continúan sin presentarse, esto podría ser señal de alguna alteración en el Vínculo Madre-Hijo, adjudicándosele así un valor cualitativo al Diagrama, además del cuantitativo.

Actualmente el Diagrama de Observación está siendo administrado a parejas madre-hijo que concurren a los controles del "niño sano" a una Unidad Sanitaria, un Hospital Subzonal y un Hospital Interzonal. Las características sociocul turales de estas poblaciones se asemejan a las de la pobla-

ción estudiada para hacer posible la elaboración del Diagrama.

Hasta el momento se han realizado un total de 30 observaciones de parejas madre-hijo, de las cuales 3 de ellas mostraron una relación vincular ubicable en la categoría Regular y las 27 restantes se ubicaron en la categoría Bueno.

Es nuestra intención continuar esta experiencia y poder realizar un seguimiento de las parejas observadas.

Invitamos a nuestros colegas a aplicar el Diagrama en las poblaciones en las que desarrollen su actividad profesional y a compartir los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim, Bruno: "La Fortaleza Vacía".
- Bowlby, J: "Vínculos afectivos", cap. I/IV. Ed. Morata.
- Chokler, Myrtha: "Los organizadores del desarrollo psicomotor. Pag. 69/89. Ediciones Cinco, 1988.
- Gassier, J: "Manual del desarrollo psicomotor del niño". Editorial Toray-Masson, 1983.
- Lira, Isabel: "Manuales de estimulación, primer año de vida". Pag 46/86. Editorial Pomaire, 1984
- Matas, Mulvey, Pacne, Frías, Tapia: "Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo". Ed. Humanitas, 1990.
- Ciberman, Alicia: "Un método de observación de la relación madre-bebé". Pag. 2/5. Actualidad psicológica, 1989.
- Pichon-Riviere, E: "Teoría del Vínculo". Ed. Nueva Visión, 1986.
- Quiroga, Ana: "Matrices de aprendizaje". Ed. Cinco.
- Spitz, René: "El primer año de vida del niño", cap. VII/XI. Fondo de cultura económica, 1982.
- Videla, Mirta: "Prevención". Ediciones Cinco, 1991.
- Soifer, Raquel: "Psiquiatría infantil operativa". Tomo I, cap. II. Ediciones Kargierman, 1982.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

TERAPIA OCUPACIONAL EN EL AGUA
UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA

T.O. Gloria Chumbita, T.O. Mariana Teper
Centro de Reeducación Neurológica
" Dr. Rodolfo Castillo Morales"
Alberdi 364 (5300) La Rioja. Capital
Telefono: (0822) 31189
ARGENTINA

" Para los niños que nos contagian día a día su alegría de vivir"

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer muy especialmente a: Los padres de los niños que asisten al Centro donde nos desempeñamos, por la confianza que depositan en nuestras manos al regalarnos unas horas de las vidas de sus hijos. A todo el equipo profesional con quienes realizamos esta experiencia y que nos apoyó incondicionalmente en este emprendimiento de clarificar nuestra tarea como T.O.. Y a nuestras familias por el tiempo que nos ceden para nuestro enriquecimiento profesional.

INTRODUCCION

La Provincia de La Rioja está ubicad al Noroeste de nuestro País, su clima se caracteriza por ser semidesértico; muy caluroso y seco durante la época de verano. En este período del año debemos soportar temperaturas que oscilan entre los 38º y 44º con una sensación térmica de 45º a 47º extendiéndose aproximadamente entre el mes de Noviembre hasta Marzo inclusive; esta situación climática agobiante

influye en el comportamiento de todas las personas que habitamos este sector de nuestra Argentina. La experiencia que describiremos se lleva a cabo en esta Provincia, y bajo estas circunstancias que nos parecía importante presentar. En la misma nos desempeñamos como T.O. en el Centro de Reeducación Neurológica "Dr. Rodolfo Castillo Morales", asistiendo niños, adolescentes y adultos con secuelas de patología Neurológica.

Aproximadamente hace dos años el equipo de trabajo integrado en ese momento por la médica fisiatra, fonoaudióloga y T.O. nos preguntamos que salida terapéutica podíamos darle a nuestros pacientes para una época del año tan problemática como la que hemos descripto anteriormente y como es de preveer produce la deserción de la mayoría de los mismos, cuando no la inconstancia terapéutica durante estos cinco meses, con las consecuencias que en este sentido implica. Así surgió la posibilidad de la utilización del agua como forma de canalizar los diferentes tratamientos, sin sospechar que los beneficios y avances que provocaría esta actividad en los pacientes, prioritariamente niños, estaría más allá de las expectativas previstas.

AL AGUA

La experiencia se llevó a cabo en la misma institución, durante los últimos dos veranos, con la utilización de una pileta que ocupó el centro de la escena terapéutica, como así también de elementos de seguridad y de juegos (flotadores, colchonetas y rodillos para agua, pelotas, conos para estimulación vestibular, etc); y para actividades complementarias se utilizó un arenero, juegos para estimulación vestibular, mesas y sillas que se colocaron al aire libre para implementar diferentes actividades.

Los pacientes asistidos fueron en total 19 niños que contaron entre los 4 meses y 8 años de edad; con las siguientes patologías: páralisis cerebral, Síndrome de Down, disfunción cerebral mínima, desviación del neurodesarrollo por inmadurez.

El abordaje fué de tipo individual y grupal.

Los grupos se organizaron teniendo en cuenta la edad y la patología. En general fueron grupos integrados por 3 a 4 niños por sesión la que tuvo una duración de 1 hora a 1 hora y media según las características grupales o de la dinámica grupal, con una frecuencia de 3 veces semanales. Las sesiones se organizaron en general en 3 momentos: una primera parte la que ocupaba el mayor tiempo, referida a la actividad en el agua. Un segundo momento que se cumplimentaba o no según la planificación, que consistía en el trabajo en el arenero o ejecución de alguna actividad; y una tercera instancia con la que concluía la sesión y que estaba referida a la alimentación.

En todos los casos el equipo que llevó a cabo la terapéutica integrado por una médica fisiatra, una fisioterapeuta, una fonoaudióloga, y dos T.O. implementó una dinámica de trabajo involucrándose con cada niño y con todo el grupo a la vez, la que podríamos resumir en 2 líneas: * cada profesional ejecutaba en el agua su tratamiento específico. * Un área (generalmente la de T.O.) implementaba una actividad a la que todos se unían, abordándose a partir de allí transdisciplinariamente.

T.O. EN EL AGUA

Es interesante poder clarificar como desarrollamos esta experiencia desde Terapia Ocupacional: Como primera medida debemos aclarar que todos los niños fueron evaluados por la médica fisiatra de la institución quien determinaba el ingreso o no a este tipo de terapia con las respectivas indicaciones o contraindicaciones a tener en cuenta. Desde nuestra área se realizó una evaluación utilizando una ficha específica elaborada para tales fines integrando conceptos de la Teoría de Integración Sensorial según J. Ayres al igual que de Reed-Sandersons.

A partir de la misma surgieron los siguientes lineamientos: abordar a los niños desde la perspectiva motriz y sensoperceptual, aspectos en los que evidenciaban mayores dificultades, pero duran-

te el desarrollo de la experiencia se amplió el espectro terapéutico abarcándose también el nivel de independencia personal y de socialización.

¿Cómo trabajamos en el agua? Lo hicimos siempre desde el juego como actividad fundamental en la vida de cualquier niño. Juego que consistío a veces en hacerlo con el propio cuerpo y el del terapeuta, a veces en transportar cosas o trasvasar agua de un recipiente a otro, cuando no en grupo imaginar entre todos que vamos en un colectivo o en un tren o jugar al baile de la escoba; y en ese juego el T.O. incorporándose en forma activa.

La importancia de que todos los niños pudieran adquirir seguridad en un medio ambiente que si bien conocido era desconocido en relación a la profundidad y distancia que el mismo ofrecía, es que ingresaban contenidos en el propio cuerpo del terapista y progresivamente a medida que fueron adaptándose a este ambiente, el tiempo que permanecían en la pileta lo hacían en un flotador adecuado para cada niño teniendo en cuenta la postura que le permitiera mayor libertad de movimiento.

¿Pero qué pasó en los casos en los que esta estrategia de adaptación no funcionó? Algunos de los niños asistidos manifestaron en la evaluación componentes de un sistema vestibular sobreactivo por lo que no fue fácil el ingreso de los mismos en la pileta, para esto recurrimos a la utilización de una pileta de pequeñas dimensiones con muy poca agua o con una manguera que le permitiera de a poco tomar contacto con este medio. Sin embargo estos fueron sólo algunos casos, la mayoría de los niños manifestaban una gran sensación de satisfacción, comodidad y porque no placer en el agua. ¿Acaso el agua no es un elemento evocador para cualquier individuo? No en vano durante nueve meses hemos recibido un confortable baño de líquido amniótico en el vientre de nuestra madre; demás está decir la importancia que tiene este líquido para el desarrollo sensorio-motriz del feto durante este período de vida intrauterina.

ALGUNAS CONCEPTUALIZACIONES

Es por todos bien conocido que " el efecto de la flotabilidad sobre el cuerpo sumergido en su casi totalidad es bastante grande para superar casi por completo los efectos de la gravedad, motivo por el cual el peso del cuerpo sobre las articulaciones es mínimo" (1). Y que también todo movimiento que es realizado en un plano horizontal requiere un mínimo de esfuerzo muscular debido a que la fuerza de la gravedad y de la flotación se equilibran entre sí. Este aspecto lo comprobamos en la mayoría de nuestros niños que presentaban hipertonía o hipotonía muscular en los que el efecto de este principio no sólo los hacía parecer más ligeros y con mejores posibilidades de movimiento y por ende una utilización productiva del espacio, sino que a nivel del triángulo superior observamos en las articulaciones proximales plasticidad y en consecuencia a niveles distales mayor precisión en la ejecución de los movimientos. Así también destacamos el efecto de la Temperatura que cuando el agua está tibia ejerce relajando el tono muscular. En algunos casos de dismetrías fue importante observar que la misma presión del medio ofrecía la metría para la realización de los movimientos.

Los distintos sistemas sensoriales son altamente estimulados por el agua, sin duda alguna se integran el olfato, la audición, el tacto, la propiocepción, lo visual, etc. Uno de los sistemas más estimulados es el tactil y el propioceptivo, no sólo porque la piel y los receptores tactiles están en contacto directo con el medio, sino también porque es casi toda la superficie corporal la que es estimulada al mismo tiempo, proporcionándole información de la posición que ocupa su cuerpo y cada segmento corporal en ese espacio. Así también el medio acuático ejerce una natural estimulación de presión sobre los receptores tactiles, específicamente sobre los corpúsculos de Paccini, facilitados en muchas ocasiones por el cuerpo del terapeuta. Algunos niños especialmente con alteraciones a este nivel se vieron favorecidos en la modulación del sistema tactil, sobre todo aquellos con componentes de un sistema defensivo. En este sentido se trabajó por sobre todo con ni

ños hipotónicos, sensaciones tactiles de presión comenzando fundamentalmente por los pies logrando una mayor conección, buscando luego un buen apoyo de pies para pasar a jerarquizar la función tactil en manos.

Otro sistema sensorial que se vió favorecido por este medio fue el vestibular. El movimiento natural que el agua ofrece proporciona una cantidad considerable de potencia vestibular, acentuado aún más por las actividades que se implementaron. Pudimos comprobar cómo por la influencia que el sistema vestibular ejerce sobre los músculos ópticos y del cuello, algunos niños después de permanecer un tiempo en el agua mejoraban el control cefálico y la fijación de la mirada al igual que el tono postural.

Como bien sabemos la potencia vestibular se integra con las otras sensaciones en el tronco cerebral que conjuntamente con la información que proviene de otras áreas del cerebro se envían a través de la médula espinal a los músculos antigravitatorios lo que permite organizar las respuestas posturales. Así también debemos tener en cuenta la integración de las aferencias visuales-vestibulares y la información propioceptiva que proviene de los músculos del cuello que lo hacen también a nivel de los núcleos vestibulares en el tronco cerebral.

Gracias a estos tres sistemas descriptos surge otro aspecto que le permitió organizar o reorganizar positivamente al niño su imagen corporal, tal como nos dice Basmajian:" La más pequeña dosis de movimiento voluntario no posible en el aire, ayuda al paciente a mantener una imagen corporal de movimiento". Pensemos en un niño que pudo mantener la posición bípeda en el agua aunque sea por algunos instantes, o mover sus manos de manera más coordinada que la que tal vez realizaría en el aire, provocándole sensaciones nuevas y devolviéndole una imagen de sí, dinámica en relación a la estática que anteriormente muchos niños tienen.

No podemos dejar de nombrar otros sistemas que el agua involucró en esta terapia como fue el sentido olfatorio, auditivo y también el visual en relación con lo postural, en la medida que los niños

mejoraban la postura de su cuerpo y de su cabeza también pudieron ampliar el campo visual brindándole una información más acabada del mundo que lo rodea.

Sin duda alguna esta actividad merece un análisis más profundo, intentamos simplemente presentar los aspectos, a nuestro criterio, más relevantes.

CONCLUSIONES

Nos preguntamos ¿Es posible la implementación de Terapia Ocupacional en el agua como una alternativa terapéutica? Sabíamos de la existencia de una Terapéutica en fisioterapia con la utilización del tanque de Hubbard y de los beneficios que la misma ofrece.

Desde T.O. la misma no sólo es posible sino altamente beneficiosa porque posibilita la integración sensorio-motriz del niño al igual que permite abarcar otras esferas del desarrollo, tal es el caso de comunicación, socialización e independencia personal. Logros que nuestros niños evidenciaron durante el transcurso de esta experiencia y de una manera significativa en un menor tiempo que el utilizado en la Terapia convencional.

Los avances que los niños reflejaron se mantuvieron aún después de terminada la terapia en el agua. Con lo que podémos concluir que aunque la experiencia es realizada sólo en unos meses del año es válida como propuesta terapéutica y como vivencia para los niños con daño neurológico.

BIBLIOGRAFIA

ALVARENGA BEATRIZ. ANTONIO MAXIMO: Física general. Editorial HARLA. 1986.

AYRES J.: La integración sensorial y el niño.1980.

BASMAJIAN JOHN: Terapéutica por el ejercicio. Editorial Panamericana. 1986.

BOBATH BERTA: Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales. Editorial Panamericana. Tercera Edición.

CASTILLO MORALES RODOLFO: Apuntes sobre Terapia Corporal. Año 1993.

CRICKMAY MARIE: Logopedia y el enfoque Bobath en Páralisis cerebral. Editorial Panamericana. 1974.

MEYER PHILIPPE: Fisiologia Humana. Editorial Salvat. 1985.

NILSSON LENNART: Nacer. La gran aventura. Editorial Salvat. 1990.

REED SANDERSONS: Concepts of Occupational Therapy.

WAISBERG ELIAS.GOMES GALERA ARIEL.: Fisiopatología del sistema nervioso. Editorial Mediterraneo. 1993.

UNIVERSITAS. EL HOMBRE. Salvat Editores S.A. 1979

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

Psicoanalisis

INCIDENCIA DEL DESEMPEÑO EN FUERZAS DE SEGURIDAD, EN LA PROGNOSIS DE EXITACION PSICOMOTRIZ DE LOS HIJOS.

T.O Silvina Oudshoorn; Enfermera Universitaria
Margarita S. Giaccaglia.
Clínica Psiquiátrica Privada Mar del Plata
25 de Mayo 2993 (7600) Mar del Plata, Buenos Aires
ARGENTINA

En el transcurso de una década, miembros del equipo interdisciplinario de la Clínica Psiquiátrica Mar del Plata, observaron que los pacientes que debían ser internados con cuadros agudos de exitación psicomotriz, eran ingresados por familiares que frecuentemente compartían características comunes, patrones similares de estructura familiar, y determinada coincidencia en el desempeño laboral en profesiones con esquemas rígidos y autoritarios.

Ante esta situación surgió el planteo en los servicios de enfermería y terapia ocupacional, acerca de la relación existente entre los pacientes que presentaron cuadros agudos de exitación psicomotriz, que requirieron internación en clínica psiquiátrica (entre mayo de 1983 y mayo de 1993), y padres que se desempeñaban laboralmente en fuerzas de seguridad.

Se resumieron y clasificaron para su posterior investigación, los datos obtenidos de las historias clínicas de 184 pacientes que fueron internados con diagnóstico inicial de exitación psicomotriz.

Según afirma Raymond Battegay (1), en todo individuo la agresión está integrada dentro de la personalidad total.

Por una parte el Yo reprime la agresión necesaria para que no le estorbe en la realización de la vida normal, y por otro lado pone la agresión a su servicio, para su propio logro y para desarrollar un interés activo por los demás.

En un trabajode Mc Cord y colaboradores, citado por Julio Vallejo (2) se estudió la influencia del contexto familiar en el desarrollo de la agresividad infantil. La investigación se estableció en función de cuatro variables entre las que se encontraban el modelo parental y las relaciones mutuas.

Este estudio indica que los niños agresivos fueron educados por padres que:

a- les rechazaban y trataban punitivamente.

b- fracasaban al imponer controles directos sobre la conducta de sus hijos.

c- les ofrecían ejemplo de conducta desviada

d- tenían frecuentemente conflictos importantes

Un trabajo anterior, de Bandura y Walters, citado por el mismo autor, corrobora la importancia ambiental de los primeros años de la vida del niño en la posterior manifestación de la agresividad.

En la ciudad de Mar del Plata, la Licenciada en Servicio Social Graciela Lozada, quien desarrolla su actividad profesional en el área de educación especial de la Municipalidad de General Pueyrredón, afirma que muchos padres de niños con severos trastornos de la personalidad, y psicóticos que concurren a este tipo de instituciones, corresponden a las características señaladas por el equipo de Mc Cord, y se desempeñan laboralmente en fuerzas de seguridad. De treinta niños en edad escolar que han sido derivados a la escuela de enseñanza es-

pecial para niños psicóticos y autistas, todos con severos trastornos de conducta, agresividad, aislamiento, trece son hijos de padres que se desempeñan en fuerzas de seguridad.

La investigación realizada en la Clínica Psiquiátrica Mar del Plata, se llevó a cabo relacionando definiciones operacionales dentro de este marco teórico:

a) EXITACION PSICOMOTRIZ: sindrome psicomotor frecuente que tiene numerosas presentaciones y etiologías. Se compone de una hiperactivación psíquica y motora, con rápida sucesión de movimientos, gestos e impulsos a deambular, correr (intencionales o automáticos), desinhibición verbal con falta de conexión ideativa y un estado afectivo ansioso, colérico o eufórico. Puede acompañarse de trastornos de la conciencia como en los estados confusionales.

Existe un potencial agresivo hacia sí mismo y hacia los demás que justifica la atención urgente y la internación.

b) FUERZAS DE SEGURIDAD: se aplica a una rama de la administración pública que vela por la seguridad de los ciudadanos. Se incluyen en este grupo a las Policías provincial y federal, gendarmería, fuerzas armadas (aeronáutica, marina, ejército), y servicios de seguridad y vigilancia privados.

Dado que la hipótesis de trabajo fue de índole descriptivo-explicativo, se seleccionó para efectuar el trabajo un diseño no experimental, retrospectivo.

Para relevar los datos se tomó como universo a todos los pacientes cuyo diagnóstico de internación fue "crisis de exitación psicomotriz", entre mayo de 1983 y mayo de 1993, en la Clínica Psiquiátrica Mar del Plata, y cuyos "padres se desempeñan laboralmente en fuerzas de seguridad".

Se obtuvieron así los siguientes datos:
sobre 184 pacientes con exitación psicomotriz:

a) Los padres de 55 de ellos se desempeñan laboralmente en fuerzas de seguridad.
b) Los padres de 129 no corresponden a este parámetro.

Desde estos datos, se obtiene la frecuencia relativa que alcanza en esta investigación al 29,891% que corresponde a los hijos de padres que se desempeñan en fuerzas de seguridad y debieron ser internados por crisis de exitación psicomotriz.

Mediante un soft estadístico, se halla la constitución de clases de la muestra, con sus frecuencias absolutas y relativas respecto a la variable "padres que se desempeñan en fuerzas de seguridad".

Tomando en cuenta la relación en valores absolutos que se establece entre los casos que incluyen la variable independiente, a 55 casos de hijos internados por síndrome de exitación psicomotriz, cuyos padres se desempeñan laboralmente en fuerzas de seguridad, el 16,4% corresponde a padres que laboran en el Ejército; el 3,6% es personal de la Marina; el 1,8% es Aeronáutico; el 16,4% es personal de Policía Federal o Provincial; el 18,2% corresponde a empleados de Empresas de Seguridad y Vigilancia Privada, y el 43,6% es personal de la Armada Naval.

Si bien este breve trabajo de investigación centró la mira en una sola variable independiente (padres que se desempeñan en fuerzas de seguridad), los investigadores reconocen la existencia de variables intervinientes que le quitan a estos resultados el carácter de única causa determinante de la variable dependiente "hijos internados por crisis de exitación psicomotriz".

Por otra parte, es común a la literatura científica el aceptar que para las ciencias de la salud y del comportamiento del hombre, la relación causa-efecto nunca es unívoca: el efecto siempre responde a una policausalidad.

Los resultados obtenidos del análisis de los datos permiten confirmar la hipótesis de que existe una relación entre el desempeño de los padres en fuerzas de seguridad, y la internación de los hijos por crisis de exitación psicomotriz.

Un 29,89% de los casos investigados establece una relación importante entre las dos variables. Pero mas importante aún es que abre el campo a nuevas hipótesis de trabajo, profundizando en las relaciones interpersonales entre padres e hijos, y cómo la elección laboral está a su vez relacionada con las características de personalidad.

Las autoras de este trabajo de investigación se plantean como corolario del mismo, un proyecto de Atención Primaria en Salud Mental, dirigido hacia las familias del personal de la Armada Naval, que fueron las más afectadas según nuestros registros.

(1) BATTEGAY, R. "La agresión"; Ed Herder, Barcelona 1991
(2) VALLEJO, J. "Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría" 2º ed; Ed Salvat, Barcelona 1986.
CANALES, F.H "metodología de la Investigación; manual para el desarrollo de personal de salud" OMS/OPS; 1989
FLAGHERTY, J. y cols. "Psiquiatría, disgnóstico y tratamiento" Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.
GROB, G.H "From hospital to community: mental helth policy in modern America" Fall: 62(3):187

MODULO 4

TERAPIA OCUPACIONAL CON PACIENTE BORDELINE Y NEUROSIS.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

INSTINTO E IMAGEN

T.O. Elsa Stagnaro
Región Friuli-Venecia-Giulia-Curso de Formación para Kinesiólogos y Terapistas Ocupacionales de diversos institutos
Via Pirandello 22 - 33170 - Pordenone -
Telefono: (0039) 432-295784
ITALIA

En este trabajo de experimentación dos funciones instintivas relacionadas con el cuerpo (sexualidad y agresión) se estudian a través del movimiento. En primer lugar moveremos en el espacio la sensación fisiológica más ligada al instinto y procederemos a la descripción de las cualidades del movimiento generado por los impulsos todo-o-nada típicos del movimiento instintivo. A continuación trabajaremos con las imágenes asociadas al impulso y analizaremos las cualidades del movimiento que surge de estas imágenes.

Partimos del concepto junghiano que dice que las imágenes asociadas al instinto señalan vías específicas, personales, a la actividad instintiva, vías que permiten descubrir la peculiar asociación de tal instinto al conflicto personal. Por otra parte, la imagen del impulso puede contener representaciones primordiales que pueden ampliar el significado personal y ayudar a la asimilación conciente del instinto. Como plantea Jung, el instinto se asimila a la conciencia mediante la asimilación de la imagen (es decir, el significado subjetivo individual) y no cayendo en la esfera de los instintos ni menos aún en su intelectualización.

En esta experiencia analizamos la relación entre percepción motora, imagen visual y Yo con el con

C4 (25)

La pareja interna es un comportamiento contrasexual, que dentro de la psique inconciente de la mujer, Jung la ha llamado Animus. En la psicología femenina, éste tiene su raigambre en el padre, y es una adquisición tardía de la evolución de la mujer. Dicho comportamiento pasa por diferentes estadios desde el hombre musculoso hasta el anciano sabio, pasando por el maestro, médico o sanador y el sacerdote. En el varón ese comportamiento contrasexual inconciente se llama ánima y corresponde al eros materno.

La conciencia femenina se caracteriza más por la unitive del eros (entendida ésta como función relacionante humana, y no como función erótica genital), que por la diferenciador y cognositive del logos o pensamiento. En los varones está más desarrollado el logos que el eros, en cambio en la mujer el eros constituye una expresión de su verdadera naturaleza, mientras que su logos, en un nivel inicial, primario, consiste más en opiniones que en reflexiones.

Así como el ánima del varón, por el proceso de integración de la personalidad, se convierte en un eros de conciencia, en la mujer, el animus en un logos de conciencia. Es decir el ánima presta a la conciencia masculina la disposición a relacionar y relacionarse; y el animus ala conciencia femenina la reflexión, la deliberación y el conocimiento.

Hay contenidos del ánimus y ánima que se proyectan en hombres y mujeres respectivamente. Parece ser el padre el primer portador del factor proyectante en la hija y para el hijo la madre. Otros contenidos no se proyectan y aparecen espontaneamente en sueños y fantasías. Por tal motive la utilización de actividades permite proyecciones anímicas en aspectos materiales, viviendo a éstos como simbólicos y producir así, ese cambio de actitud general, así como Jung dice: "Proyectar el inconciente sobre la oscuridad de la materia para iluminarla".

Existe una relación compensatoria entre la conciencia y el inconciente y viceversa que es fluida y vital en la normalidad. Lo masculino en la mujer es el factor compen-

saterio inconciente, de modo que el inconciente de ella tiene, por así decirlo, signo masculino.

En la neurosis el proceso vital se halla varado en el conflicto, con el consiguiente estancamiento de la vida. Pues debido a ese estancamiento la energía desborda en todas las direcciones posibles, direcciones que a primera vista parecen inútiles, en forma de síntomas corporales o bien fantasías que por sí mismas son muy poco interesantes, pero que reciben una sobrevaloración.

En este estado las fantasías creadoras y su configuración en los diferentes materiales, formarían la función unificadora entre el inconciente y la conciencia. Dicha fantasía aparece como símbolo operante configurado y nos da el aviso que necesitamos para llevar adelante nuestra vida con nosotros mismos y producir ese cambio de actitud general.

En efecto el sentido del símbolo no consiste en ser signo que representa ocultamente algo comunmente conocido, sino el intento de elucidar analogicamente lo que permanece aún desconocido y en el devenir. Es lo que Jung llama la "función trascendente" del psiquismo, la capacidad de producir símbolos, que surge de la unión de los contenidos concientes e inconcientes. El símbolo ayuda a pasar de un estado presente a uno futuro. Como expresa Elsa Stagnaro:"Configurar para poder verme, entenderme a partir del significado profundo de mis imágenes interiores hechas forma".

BIBLIOGRAFIA

JUNG C. G.
Arquetipos e inconciente colectivo Editoral Paidós- 1984

JUNG C. G.
El Contenido de las psicosis. Psicogénesis de las enfermedades mentales/2 Editorial Paidós- 1990

JUNG C. G.
Aion. Contribuciones a los simbolismos del sí-mismo Edito-

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Sellembre de 1995. Argentina.

EL RITMO

T.O. Elsa Stagnaro
Práctica Privada
Via della Rosta 18 - 33100 - Udine -
Telefono: (0039) 432-295784
no ——→ ITALIA

TEXTO QUE ACOMPAÑA LA PROYECCION DEL VIDEO

Surgiendo de una fuente instintiva pulsante, el ritmo es orden por definición. Ejerce una función organizadora de la personalidad, pero al mismo tiempo es también, por su vinculación con las funciones orgánicas, un puente hacia la vitalidad reprimida y otros aspectos sanos de la instintividad.

Esta doble función ordenadora e instintiva se activa en este trabajo grupal partiendo de la estimulación propioceptiva cuyos receptores se encuentran en las articulaciones. Se busca que el flujo nervioso pueda circular a lo largo de tobillos, rodillas, caderas, hombros, occipito-atloidea, mediante el rítmico empujar de los pies a favor de la gravedad. La columna vertebral se moviliza pasivamente a través del movimiento activo de la cintura pélvica y del cráneo, sincrónicamente con el contacto activo de los pies con la tierra.

Ello produce la participación de varios niveles del sistema nervioso. La teoría centro-encefálica dice que la corteza no es decisiva en la iniciativa intencional. Esta es sub-cortical y una función de la vivencia afectiva. La motricidad espontánea se ejecuta via el haz piramidal, pero el tipo de elección motora depende de las estructuras sub-corticales: el cerebro "reptil" (columna vertebral, sistema de los reflejos y de ciertos automatismos) y las estructu -

C4 (26)

ıs límbicas (subjetividad y vivencias ligadas a la ectividad). La información vivencial que circula ır las articulaciones activa la participación de ıs estructuras intermedias (extrapiramidal, cerebe-ı, formación reticular, bulbo raquídeo) y reclama intervención del neo-cortex cuya presencia se ad-erte en la modulación y definición de la intencio-lidad, en la participación de la voluntad y la aten ón, en la regulación temporo-espacial del movimien ı.

El hemisferio cerebral dominante con su activi d coordinadora de la motricidad compleja recoge y dena en una expresión emocional y relacional de in nsa complejidad la vivencia global instantánea de-da a la participación activa del hemisferio cere-al no dominante, lugar de los procesos inconcien-s.

A través del movimiento espontáneo rítmico con percusión en vivo, se favorece en esta experiencia integración de la personalidad, la expresión sin-ra de los sentimientos y la comunicación significa va.

"El ritmo es la manera en que se manifiesta el pulsar de la vida.
La vida se manifiesta en la materia; la música y la danza transmiten vivamente cómo materia y cuerpo son la morada del alma del ser humano.
Es allí, en el cuerpo, en la materia, donde late la chispa del alma humana.
El hombre no ha inventado el ritmo ni la armonía de la música.
Esta idea la ha copiado de la misma naturaleza: del ritmo de su corazón y de su respiración, de sus líquidos corporales y de sus gestos naturales, pero también del ritmo del agua que se agita, del viento que sopla, del ritmo de los movimientos de la tierra, de los animales, de las plantas, de la luz y del sonido.
Para descubrir este ritmo escuchamos el pulsar de la tierra; luego, el pulsar de nuestra sangre y de nuestra propia Alma..."

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

LA PAREJA INTERNA INCONCIENTE DE LA MUJER

psicoanalisis.

T.O. Gisela M. Lenz
Práctica Privada. Bacacay 2635 Dto. 3.
1406 Cap. Fed. TE: 4317432
ARGENTINA

El trabajo intenta transmitir una experiencia de la personificación de la naturaleza masculina en el inconciente de la mujer y su configuración y transformación a través de la técnica de Modelado y del dibujo.

Con el concepto de configuración de los contenidos inconcientes, quiero expresar aquello que dice Jung: "la líbido no es captada nunca sino con alguna forma determinada, es decir es idéntica a las imágenes de la fantasía. Sólo podemos rescatarla del inconciente recuperando esas imágenes correspondientes a ella. Por eso en tales casos damos al inconciente oportunidad de sacar fantasías a la superficie".

Por tal motivo al configurar, dar forma con los diferentes materiales o el cuerpo, se hace del inconciente un contenido de conciencia en forma de imagen, esto requiere una participación activa del paciente que permita tomar posesión de la líbido, que se manifiesta a través de la fantasía.

Así también Jung plantea que la continua toma de conciencia de las fantasías del inconciente, con participación activa en el fantasear por parte del paciente, trae como consecuencia, que, primero, la conciencia se amplía al incorporarse a ella numerosos contenidos inconcientes, segundo, el influjo dominante poco a poco se va desenmantelando y tercero, ocurre un cambio de actitud general.

flicto personal del cual el impulso es expresión. Así rescatamos a nivel teórico y clínico la importancia del instinto como energía vital y propulsor de la acción y de la imagen como portadora de significados, sean estos sintomáticos como también creativos y resolutivos de la problemática.

A. es invitada a traducir en movimiento una sensación sexual que la preocupa últimamente. En esta sensación se mezclan aspectos agradables y aspectos desconocidos, molestos.

COMPARACION DE LAS DOS CUALIDADES DE MOVIMIENTO

En la primera parte, A. trata de reproducir este impulso sexual con el movimiento. Está en posición supina, su movimiento es ondulatorio. El flujo circula dentro de los límites de la piel, es una exploración muy cargada de sensaciones. El peso del cuerpo está totalmente abandonado a la tierra. El tiempo del movimiento es extremadamente lento y no existe finalidad espacial ni dirección.

Propongo a A. que observe si se presenta alguna imager y de ser así que trate de que su movimiento pueda seguir dicha imagen. Poco después pudimos observar que la postura continuaba a ser supina, con las piernas abiertas y las plantas de los pies unidas; las manos se ubican sobre el piso, encima de la cabeza, con las palmas unidas entre sí, como si "marchase contra algo". El flujo se hace sostenido, el peso más ligero, el espacio es ahora direccional, focalizado. Se observa precisión en la postura y en el movimiento; la cualidad espacial emerge cuando emerge la imagen. Despues, A. referirá que la imagen era la de entrar en un vaso o ampolla de vidrio larga, con mucho esfuerzo.

Los observadores del trabajo "ven" las siguientes imágenes: la serpiente; el gusano que sale del capullo; algo que está bajo el agua; el pez, y algo que se arrastra.

El tiempo de asociación tiene la característica de que la imagen aparece inmediatamente y sucesivamente al impulso.

A. presenta una función intuitiva, introverti-

da como dominante psíquica y esto explica esta relación de sucesión inmediata, que hace que luego sea la forma de la imagen sentida la guía del movimiento.

EL INSTINTO, ENERGIA VITAL Y PROPULSOR DE LA ACCION

Una de las cualidades del instinto es el aspecto extremo que asumen sus características. Por ej., con respecto al tiempo, el movimiento puede ser extremadamente veloz o extremadamente lento, hasta la parálisis. El instinto no parece expresarse nunca con un movimiento en un tiempo medio.

La aparición de la imagen en la conciencia produce un cambio en las cualidades del movimiento. El instinto tiene la llave maestra de la situación en términos de dinámica energética, y ello provoca la acción, aún cuando es la imagen la que posee la energía, porque es una forma. Esta acción o movimiento "impulsivo" es vital en la terapia porque permite amplificar y con ello iluminar el significado y también porque la comprensión sin la acción no conduce a una verdadera toma de conciencia.

Durante los periodos en los cuales nuestros movimientos aparecen desprovistos de imágenes asociadas, podemos hipotizar que lo más importante es poder vivir el instinto, dejarlo hablar, dejarlo que se despierte. A veces es necesario dejar que "se exagere" algo a través de él, para que se pueda desbloquear una situación. Entendemos, claro está, dentro de una situación terapeutica que pueda contener este proceso.

Cuando existen bloqueos corporales, ellos son la expresión del instinto reprimido. Allí, el movimiento se hace extremadamente lento, hasta la parálisis. El instinto se puede enfermar y ello se expresa en que no podemos reaccionar de un modo adecuado a nuestras necesidades. Otras veces, en cambio, un sano instinto puede arrancar a una persona de una situación de la cual no logra salir. En estos casos, el instino puede estar asociado a una imagen, o puede presentarse disociado de ésta porque la imagen no

C4 (27)

llega a presentarse con suficiente fuerza. En nuestro ejemplo, la imagen de la serpiente dentro de la ampolla (que es la que A.ha sentido suya) está dando el contexto al impulso sexual que la reclamaba y preocupava. La serpiente, en su aspecto positivo es el Kundalini de la vida, y en su aspecto peligroso es la acción veloz, refleja, fría e inesperada, desprovista de sentimiento. Pero la serpiente en sí misma es algo distinto de la serpiente que entra en la ampolla y es ésta especial serpiente la que, por otra parte, está dando el contexto a la sexualidad de A.

En la alquimia existe una imagen similar.El vasó alquimico es el recipiente dentro del cual transcurre un proceso de transformación y las fases del mismo se representan con las figuras de diversos animales. En este caso se trata de la transformación de la sexualidad de A., cuyo recorrido individual esta asociado a una imagen arquetípica. Esto significa que A. está recorriendo una fase de cambio que ha sido común a otros. Siendo la serpiente un animal de sangre fría, se puede hipotizar que la fuerte pulsionalidad no está aún asimilada a un valor dado por el sentimiento. Esta modalidad de la sexualidad es delimitada, encerrada con esfuerzo dentro de la ampolla para ser transformada. En nuestra cultura existe un precepto moral que dice que la sexualidad debe ser asociada al sentimiento, y esta consideración es válida en el sentido que orienta hacia una integración de la personalidad.En realidad el precepto -que como tal puede referirse solo a cuestiones generales- excluye una fase de la sexualidad en la cual ésta es vivida en sí misma, y esto parece ser una ley necesaria de su evolución. En realidad, la integración de la personalidad requiere un proceso de transformación psicológica que tiene sus tiempos y que es necesario afrontar si se quiere un tal resultado individual.

En el aspecto psicomotorio,el movimiento de la serpiente se utiliza también en el trabajo con los niños,porque se refiere a la fase del reptil, en la cual la acción es refleja. Es una de las primeras fases evolutivas en la cual se va convirtiendo en persanalidad conciente. El cerebro reptil es el cerebro

reflejo (columna vertebral y bulbo raquídeo).

INTEGRACION IMPULSO/IMAGEN Y ROL DEL YO

Si el Yo puede darse cuenta de la imagen y tomarla en consideración con seriedad, el proceso de transformación puede suceder sin una disociación de la personalidad global. En este caso, la imagen acepta el reclamo instintivo y lo canaliza respetando también la situación peculiar de A., cuya edad, evolución y relaciones coinciden plenamente con la necesidad de un proceso integrador.

No siempre el hecho de que la imagen llegue a la conciencia significa que el Yo pueda descifrarla, sobre todo en su significación individual, pero sin duda consiente a la imagen ser un objeto de atención y seria reflexión. Si se trata de una imagen arquetípica, contiene una gran poder numinoso que, como una luz fuerte, encandila al Yo y lo mantiene ligado a ella de un modo inconciente. Por eso es imprescindible que el Yo se "dé cuenta" y pueda reflexionar. El movimiento corporal es un precioso auxiliar en esta tarea.

Otro ejemplo es el de B. Aquí el impulso es el de patear un almohadon negro (había de todos colores) contra el suelo y contra la pared, pisarlo, sentarse y acostarse violentamente encima de él, luchar para recuperarlo, poner en contacto con el dorso de las manos dos almohadones, agresividad general.

Las imágenes se presentan durante el movimiento, pero sobre todo después, en el momento de la reflexión. La percepción motoria domina respecto a la imagen visiva. Es explicable en cuanto B. es una personalidad cuya función dominante es la perceptiva extroversa. Las imágenes que se presentan a B. en sucesion son: un animalito de plush, una persona (su hermana) que se adueña de él, un continente. Las imágenes que suscita en los observadores son: un juguete predilecto que teníamos de chicos, la Virgen que aplasta la serpiente, mi hermana.

Veamos una descripción de la experiencia, im-

[illegible], ocurre un cambio de actitud general.

ceptiva: al comienzo, el almohadón negro estimula el impulso de patearlo y de rechazarlo. El almohadón se convierte en un animalito de plush y el movimiento continua igual hasta que B. siente la necesidad de provocar a Z., compañera del grupo, arrojando el almohadón en su dirección. Z. se apodera del almohadón y B. lucha para recuperarlo. Despues de lograrlo, el sentimiento de desesperación que acompañaba los movimientos se cambia por una sensación de tranquilidad. B. toma un almohadón rojo y se lo pone sobre el abdomen; coloca luego el negro contra la espalda lumbar. En ese momento siente que ha recuperado los pedazos que había perdido y se siente contenida por los almohadones.

Sucesivamente, durante la verbalización, recuerda un osito de plush con el cual jugaba de niña y que pertenecía a su hermana. Se siente hasta hoy muy ligada a este osito, y ha sabido sólo de grande que éste, en realidad, no era suyo.

IMAGEN DEL OBJETO INTERMEDIARIO Y LA FUNCION DE LA RABIA EN B.

El proceso de B. ha sido: del objeto proyectado al objeto introyectado, a través, mediante, la lucha con alguien. En el momento de la lucha, y de la sucesiva apropiación, B. ha podido retirar la proyección del objeto osito e interiorizar una sensación de contención y protección, que se realiza simbólicamente con los movimientos apropiados de los dos almohadones. De algún modo, el osito-almohadón es por esta vez eficaz en su función de objeto intermediario que, sustituyendo simbólicamente el amor, permite introyectarlo. En el caso de B., el hecho de que el osito perteneciera a su hermana mayor dificultaba esta posibilidad. Considerando el hecho de que nadie daba importancia al hecho de que el osito no era suyo, y que, por lo tanto, nadie le daba otro ni ella lo podia obtener, la consecuencia era una situación ambigua que impedía a B. pelear con su hermana para apropiarse del objeto, para establecer una relacion con otro, o con su hermana misma. La agresividad no podía manifestarse porque faltaban los presupuestos

claros. La rabia, para B., ejerce la función de permitirle apropiarse de las cosas e interiorizarlas.

El contexto del instinto agresivo es la imagen de haber sido privada del objeto intermediario, y de la lucha como forma de apropiarse de los afectos. En este contexto la afectividad es poco "activa" como acto de amar (podemos decir que no obstante la grande expansión y descarga motoria, paradosalmente prevale la pasividad) y el amor es vivido más como lucha que como abandono. Nuevamente, es la imagen que enmarca el significado del la descarga instintiva, y permite "dramatizar" la situación, psicologizar la la emotividad corporea.

RELACION ENTRE PERCEPCION MOTORIA, IMAGEN VISUAL Y YO

En los casos como el de B., donde prevale la función perceptiva sensorial respecto a la imgaen visual, debemos enfrentar la dificultad de la psicologización, es decir, la simbolización y la asociación de un significado personal al acto corpóreo instintivo.

La percepción del impulso que la hace actuar permite que aparezca la imagen, pero esta no se hace conciente hasta el momento de la verbalización. Asi es como si la acción dramática en la conciencia del sujeto sucede como "en una ensoñacion". El Yo, en realidad, está ocupado en seguir las sensaciones que el cuerpo registra frente a lo que sucede en el mundo externo. Siendo la imagen una intuición inconciente de algo, para que pueda alcanzar la conciencia es necesario que disminuya la atención hacia el mundo externo.

Pordenone, junio de 1991.-

BIBLIOGRAFIA

A. Carotenuto: Trattato di psicologia della personalita' e delle diferenze individuali. Ed-Cortina. 1990.

C.G. Jung: Las relaciones entre el yo y el inconciente. Ed. Paidós. 1987.

C.G.Jung: Opere. Vol 7.Ed. Boringhieri.
Tipi Psicologici.Ed. Boringhieri.
R.Laban: El dominio del movimiento.Ed.Fundamento.
M.Merleau Ponty: Fenomenología de la Percepción.1975
Ed.Península. Barcelona.
H.Read: Imagen e idea. 1980. Fdo.Cultura Económica.
Winnicott: Playing and Reality.1974.Basic Books.N.Y.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

(NO) → es en Madrid.

TEMA: GRUPO DE COMUNICACIÓN PARA MUJERES

CONTENIDO: Presentación de una experiencia realizada en el Centro Consultas Carabanchel, desde Octubre de 1.992 hasta la actualidad.

PROFESIONALES RESPONSABLES:
- Liliana Sánchez Cucchi: Terapeuta Ocupacional.
- Pilar Guerra Escudero: Psicólogo Clínico.

GRUPO DE APLICACION: Mujeres entre treinta y cincuenta y cinco años de edad aproximadamente (derivados de psicoterapia individual con la psicóloga responsable del grupo), que presentan dificultades en sus relaciones interpersonales, junto con síntomas depresivos: baja autoestima, y consecuentemente un déficit en adaptación y en habilidades sociales.

TECNICAS DE APLICACION: Técnicas derivados del Modelo Cognitivo Conductual
Técnicas de Estimulación de Creatividad

DEFINICION DE ROLES PROFESIONALES DENTRO DEL GRUPO Y DINAMICA DE SESIONES:

1.- Recogida del grupo anterior.

2.- Desarrollo de la actividad ocupacional.

3.- Evaluación psicológica y traslado de la experiencia a situaciones reales. Recogida del grupo.

4.- Objetivos a trabajar en el intervalo intersesiones.

TIPO DE EXPOSICION: Oral.

RESUMEN:

A partir de una experiencia laboral en común de las profesionales responsables en un Hospital de Día Psiquiátrico, Pilar Guerra Escudero evalúa como adecuadas la utilización de técnicas de Terapia Ocupacional, para una muestra de pacientes de Psicoterapia Individual.
Dicha muestra presentaba Trastornos Psicológicos similares, observando que su sintomatología había influido, bloqueando o disminuyendo, variables de comportamiento observables, cómo Habilidades Sociales, Asertividad, Autocontrol y Solución de Problemas.

Se deduce que éste déficit, puede ser tratado desde otras vías de expresión, además de la ya creada en Psicoterapia Individual.

Una de las características de las técnicas de Terapia Ocupacional, es lo concreto y observable de la actividad en sí misma.
Se hipotetiza entonces, que la aplicación de Terapia Ocupacional refuerza la Autoobservación comportamental, la Verbalización, y como consecuencia favorece el Aprendizaje de las Técnicas de Autocontrol.

El objetivo de éste grupo de Comunicación se orienta hacia la creación de un espacio, donde se integren éstas dos metodologías: La Terapia Ocupacional y el Modelo Cognitivo - Conductual, con el fin de inducir una situación de laboratorio, donde la experiencia realizada puede ser aplicada a situaciones reales.

Se planifica entonces una Dinámica de Sesiones. Cada sesión, se basa en el desarrollo de un tema de trabajo preestablecido.
El Psicólogo elige el tema en función de:

1.- La observación de Sesiones de Grupos Anteriores.
2.- La observación de Sesiones de Terapia Individual.
3.- Por demandas específicas de las pacientes.

El Terapeuta ocupacional diseña una actividad que estimula y favorece la aparición de actitudes y aptitudes en relación con el tema establecido.

La dinámica de las sesiones se divide en cuatro partes, planificando un orden en los Roles profesionales:

DINÁMICA DE LAS SESIONES	ROLES PROFESIONALES
1ª RECOGIDA DEL GRUPO	COORDINADOR: PSICÓLOGO OBSERVADOR: TERAPEUTA OCUPACIONAL
2ª DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD OCUPACIONAL	COORDINADOR: TERAPEUTA OCUPACIONAL OBSERVADOR: PSICÓLOGO
3ª EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y TRASLADO DE LA EXPERIENCIA A SITUACIONES REALES RECOGIDA DEL GRUPO	COORDINADOR: PSICÓLOGO OBSERVADOR: TERAPEUTA OCUPACIONAL
4ª OBJETIVOS A TRABAJAR EN EL INTERVALO INTERSESIONES	COORDINADOR: PSICÓLOGO OBSERVADOR: TERAPEUTA OCUPACIONAL

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

LA FORMA

T.O. Elsa Stagnaro
Práctica Privada
Via della Rosta 18 - 33100 - Udine -
Telefono: (0039) 432-295784
ITALIA → no.

TEXTO QUE ACOMPAÑA LA PROYECCION DEL VIDEO

Con el concepto de FORMA entiendo referirme a la expresión fenoménica de un significado, con el consiguiente aporte de su carga energética.

FORMA significa, entonces, un contenido significativo para el sujeto, unido a una emoción, que logra expresarse fenoménicamente.

Un grupo de pacientes parte de la actividad receptiva sensorial para llegar después a una actitud activa, en la cual expresan sus imágenes internas dando FORMA a las mismas con el Movimiento Espontáneo. Para ello utilizo las posibilidades que da al propio cuerpo la Forma Tridimensional.

Como Terapista Ocupacional he dedicado gran parte de mi actividad al estudio de las respuestas corporales y al papel del movimiento en el proceso terapéutico.

Uno de los desafíos más importantes en este campo es, a mi entender, que la intervención terapeutica sea coherente en concebir al cuerpo y al movimiento en su contexto psicologico y no como una entidad en sí misma, "sólo fisica". Si trabajamos en el cuerpo y el movimiento, estamos trabajando en la psique y en el conflicto. Se trata de dominar este lenguaje y sus leyes para intervenir desde él y con él en el proceso terapeutico. Esta es la sola justificacion de una técnica corporal en T.O. Porque es tera-

péutica. Es cierto, sin embargo que no cualquier trabajo corporal (como no cualquier forma de dibujar o hacer telares) cumple este requisito vital para que nuestra profesion jerarquice su accionar terapéutico.

Para ello necesitamos afinar nuestra capacidad de entender el cuerpo como alma o psique y al movimiento como la forma de SER en el mundo.

En salud mental siempre no encontramos con que el conflicto o la enfermedad dependen de situaciones más "invisibles" que concretas. La realidad física y concreta no siempre alcanza para explicar un sufrimiento o un comportamiento bizarro. En muchas oportunidades una realidad difícil es superada sin dejar rastros, con lo cual el ingrediente subjetivo, o la disposición personal del sujeto parecen decisivos, en relacion al llamado "trauma".

A veces esa realidad es imposible de modificar y es la condición que acompañara gran parte de la vida del paciente; otras la modificacion posible depende del sujeto mismo, es decir, de que en él, internamente, se desencadenen fuerzas o convicciones diferentes de aquellas que lo "enfermaron"; otras veces son entidades absolutamente fantásticas las que impiden su adaptación a la realidad, pero éstas tienen tal poder de atracción sobre la mente del paciente que todos los razonamientos y la misma realidad concreta fracasan estrepitosamente.

Con el tiempo fui aprendiendo que el trabajo terapéutico transcurría en un espacio simbólico en el cual el paciente necesitaba re-experimentarse y re-verse. Dentro de ese proceso, era vital que aflorase lo desconocido, aquel "invisible" a los ojos de la conciencia que operaba impidiéndole una adaptación creativa en el mundo. La actividad corporal del movimiento, entonces, toma sentido en el proceso terapeutico si podía hacer que el paciente expresase, sin condicionamientos (por otra parte, obvios en la actividad corporal expresiva, cual los modelos estéticos, etc.) sus contenidos internos, sus imágenes interiores para poder conocerlos y trabajarlos en la re-flexión y transformación.

Fui desarrollando asi la Danza o Movimiento Es

pontáneo Creativo, actividad u ocupacion destinada a que el paciente pueda "mover" sus imagenes interiores para comprender y comprenderse, y, a través de ello, establecer un puente con la parte inconciente de su psique; un puente desde la actividad conciente de su propio movimiento para que éste pueda develarle su intimidad, y ponerlo en contacto con fuerzas curativas psicológicas más profundas y así encontrar la solución individual a su drama personal.

El Movimiento Espontáneo es una actividad destinada a recuperar el instinto de creatividad, entendido no como capacidad artística, sino como la cualidad de crear soluciones afines a la propia naturaleza para desenvolver la autorealización en el mundo; crear es encontrar aquello que es mejor para la realización de mi finalidad, y para ello debo mirar mi lado desconocido, inconciente, para integrar la función inadaptada.

Es en el pensamiento de Carl G. Jung que encontré el sostén teórico para esta forma de ser T.O. El plantea la importancia decisiva de la configuración de los contenidos inconcientes para que el paciente pueda discriminarse y no sea víctima del "acting out" de sus propios fantasmas.

En el video que presento el trabajo se ha realizado partiendo de la estimulación senso-perceptiva sobre grandes pelotas inflables, en una actitud receptiva, para ir llegando paulatinamente a la expresión de imágenes y sentimientos. Estos van tomando FORMA mediante el movimiento del cuerpo. El cuerpo no es movido por la acción del Yo que se pre-fija objetivos, sino por el flujo mismo de las imágenes y sensaciones internas, o de los sentimientos presentes en ese momento. Cuerpo y psique aprenden a alojarse mutuamente, para hablar al paciente de sí mismo, para "mover" el conflicto, y, en algunos casos, encontrar soluciones simbólicas y rituales al mismo.

Aun cuando se ha partido de una solución igual para todos, cada danza es personal y expresa el mundo íntimo de cada uno. En ella se "mueven" las imágenes particulares, el propio estilo de ser, abriendo psicomotrizmente nuevas posibilidades creativas a la personalidad.

En la primera fase del trabajo son estimulados los receptores senso-perceptivos de todo el cuerpo, sobre todo piel, articulaciones y sistema vestibular. Disminuye el tono muscular de base con lo cual se flexibilizan las articulaciones permitiendo mejorar el pasaje del flujo nervioso. Hay aumento de la sensibilidad superficial con el consiguiente incremento de la sensación de unidad e integridad del cuerpo.

Desde el punto de vista psicológico se incrementa la capacidad de sentir y de disfrutar de las sensaciones, la entrega y la confianza, y una actitud receptiva positiva, con roles bien diferenciados (activo-pasivo) en la comunicación.

Simbólicamente, el objeto intermediario (pelotas) facilitado por la terapista y/o el compañero de grupo, permite experimentar intensas vivencias personales en este caso conectadas con la fusión, la simbiosis positiva, la confianza y la experimentación del Si Mismo como integridad corporal; es la pertenencia a un todo, mundo, madre, naturaleza con sentido de conexión profunda al centro, que se percibe en el cuerpo. Es una re-percepcion del Yo Corporeo en cuanto integridad y unidad, hecha posible por la percepcion del flujo nervioso a lo largo del cuerpo y por la actitud de cuidado que se genera en el setting.

La fase segunda de la Forma, se percibe en el surgimiento de movimientos voluntarios EN CONEXION con el estado anterior. Es un pasaje paulatino que permite a la conciencia (en un estado particular que llamo de "conciencia onírica") participar en la configuración con el movimiento, es decir, dinámica, de las imágenes interiores y sentimientos.

Podemos ver, así, un proceso danzado de simbiosis-separación, la búsqueda de equilibrio entre el control y el abandono, el drama de una contradicción interior intensísima que busca resolverse bajando las defensas, el juego liberador, la alegría, un ritual de la relación hombre-mujer, etc.

En resumen, en el proceso corporal que se propone la configuración, ademas del contenido que se logra sentir y expresar, y que luego se puede verbalizar y acerca del cual se puede reflexionar, se pro

duce la integración del nivel perceptivo interior pasivo, con la función voluntaria conciente. Es la Acción unida al Sentimiento y la Sensación que expresan un contenido significativo, material de elaboración y reflexión en el momento sucesivo de la palabra.

Esto es posible porque cuerpo y objeto en T.O. adquieren posibilidad terapéutica cuando son concebidos simbólicamente. Allí expresan el significado vital para el paciente.

A continuación del trabajo de movimiento, se pueden observar en el video tres momentos que se refieren a la representación o configuración mediante la Forma:

a) En un Seminario de Movimiento cuyo tema es Masculino-Femenino, los participantes modelan con plastilina las imágenes surgidas durante el movimiento.

b) Danza del flujo continuo de las formas, cuyo objetivo es representar la diosa Afrodita naciente.

c) Kazuo Ohno, maestro japonés de la Danza Butoh, llamada "danza de las tinieblas" o sea del lado oculto, oscuro de la personalidad, ejecuta una danza donde se puede apreciar cómo el movimiento es guiado por sus imágenes interiores.

Pordenone, mayo de 1992.-

BIBLIOGRAFIA

G. Durand: La imaginación simbólica. 1968. Ed. Amorrortu.

C.G. Jung: Recuerdos, sueños, pensamientos. 1981. Ed. Seix Barral.

Arquetipos e inconsciente colectivo. 1981. Ed. Paidós.

D.M.Kalff: Il gioco della Sabbia. 1966. Ed. O.S. Firenze.

E.Stagnaro: "Danza Espontánea:el cuerpo que es movido". Noviembre 1992.Revista "Terapias" . Bs.As.

"Perché il movimento come attivitá terapeutica in T.O.- Il ruolo del Movimento Creativo Spontaneo". Abril 1993 - "Riabilitazione Oggi".Italia. Versión en castellano en el Periódico de la AATO.

E.W.Straus: Psicología fenomenológica. 1971. Ed. Paidós.

MODULO 5

TERAPIA OCUPACIONAL CON PACIENTES PSICOTICOS.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

DANZA SPONTANEA E RAPPRESENTAZIONE GRAFICA IN PSICOSI

T.O. Elsa Stagnaro

C.S.M. - Unitá Sanitaria Locale N° 7 - Udinese
Via R. Di Giusto - 33100 - UDINE
Telefono: (0039) 432-581757
ITALIA

Nel Centro si svolge dal 21-10-93, un Laboratorio di Movimento Spontaneo e rappresentazione grafica che fa parte di un approccio specializzato all'interno della Terapia Occupazionale. In esso l'attivita' consiste nell'uso terapeutico del movimento umano e la conseguente rappresentazione grafica delle immagini e dei sentimenti provati con lo scopo di rendere piu' consapevoli i processi inconsci e la loro trasformazione. Attraverso il movimento, il disegno e la pittura si realizza una psicoterapia di gruppo dove un accento importante viene dato all'esperienza della comunicazione non verbale. La parola, invece, ha lo scopo di facilitare e stimolare la consapevolezza di cio' che si e' vissuto. Inoltre si cerca di favorire il risveglio della capacita' creativa individuale e di gruppo.

Il gruppo e' costituito da 8 pazienti, 2 uomini e 6 donne, che hanno patologie diverse: borderline, psicosi, schizofrenia, catatonia. I pazienti sono sottoposti a terapia farmacologica e una parte di loro fa sedute di psicoterapia individuale e partecipa ad altre attivita' proposte dal Centro.

L'attivita' si svolge una volta la settimana per un'ora e mezza, due. La seduta viene condotta dalla T.O.Elsa Stagnaro che si avvale di un'aiutante, la T.O. Veronica Epprecht. In seguito ci si riunisce con il responsabile del Centro, i terapeuti dei pazienti ed alcuni operatori, dove si discute lo svolgimento della seduta all'interno dell'analisi della situazione clinica globale dei pazienti.

Durante le sedute si lavora con la stimolazione della funzione senso-percettiva, la consapevolezza della struttura sche-

letrica, la forma del proprio corpo. Con l'uso di musica adatta si esplorano le diverse possibilita' del movimento, attraverso esercizi che tengono conto del peso del corpo, del flusso nervoso, del tempo e dello spazio (Tecnica del Effort-Shape di Laban), che corrispondono alle funzioni psichiche di sensorialita', sentimento, intuizione e pensiero.

Lo scopo di questi esercizi non e' ottenere efficienza ginnica ne' favorire automatismi o stereotipie, tutt'altro. Si tratta di facilitare gradatamente l'emergere di un movimento "con senso", cioe' un movimento che abbia significato perche' esprime quello che accade, quello che si sente nel qui ed ora. Lo scopo e' facilitare l'emergere del movimento spontaneo che dia "forma": il conflitto e lo stato d'animo vengono incarnati fisicamente, diventano postura, diventano corpo, si muovono nello spazio con una modalita' precisa, producono un certo tipo di messaggio, raccolgono un certo tipo di risposta (comunicazione) e sono anche collegati ad una certa immagine (rappresentazione grafica).

Nella prima fase si e' affrontato il rapporto del corpo con la gravita', l'organicita' degli appoggi del corpo nel piano orizzontale e verticale, la funzione scheletrica dei piedi e delle gambe, la forza e l'autosostegno del proprio corpo in contatto con la terra. A questo scopo e' stato impostato un lavoro con ritmi diversi che richiamavano la partecipazione attiva delle diverse giunture degli arti inferiori, suscitando emozioni e sentimenti diversi. Questi potevano diventare un momento individuale, intimo, o davano occasione ad una comunicazione a due o in gruppo. Contemporaneamente si dedicava attenzione alla mobilita' degli arti superiori, alla funzione dello sguardo e della testa, configurando cosi' un'attivita' che coinvolgeva la periferia del corpo. Periferia vuol dire: cominciare con la parte di se' che e' piu' lontana dal centro piu' doloroso, ma che allo stesso tempo permette di autosostenersi, osservare, mediare, toccare, essere toccato, esplorare con cautela il mondo, gli altri e le proprie reazioni. Vuol dire anche aprire canali verso la periferia dove possa circolare la propria angoscia in un contenitore protetto che e' la seduta di gruppo. E vuol dire cercare di cominciare a ricevere in senso proprio corporeo.

Una seconda fase e' stata l'accoglienza del dolore; la seduta era uno spazio dove la sofferenza poteva esprimersi attraverso un ritmo, attraverso una postura, attraverso una danza, attraverso il contatto con la schiena, la mano, il piede di un altro. La solidarieta' era ascoltare il gesto, e rispondere con un gesto era aiutare o essere aiutato nello sviluppo di un movimento.

In una terza fase viene inclusa la rappresentazione grafica che si realizza con tempera e pennelli, pastelli, pennarelli e spugna. Il disegno e la pittura sono la rappresentazione simbolica del vissuto corporeo. Questo permette al paziente di entrare pian piano in contatto con il proprio conflitto, i cui aspetti vengono di nuovo lavorati e trasformati con il movimento. La sequenza dei disegni, nonche' l'evoluzione del movimento spontaneo, permettono di verificare il progredire della situazione.
Per quanto riguarda lo sviluppo del movimento si sono successivamente affrontati lavori riguardanti il centro del corpo, il respiro ed il suono, la struttura scheletrica cerebrospinale, l'approccio al flusso nervoso, le possibilita' nello spazio, la forma tridimensionale, la possibilita' di attuare una coreografia e di drammatizzare le situazioni.

In questo processo e' vitale la presenza attiva della terapeuta come danza, come stimolo, come specchio, come contenitore permissivo e come limite.

Il corpo non e' tanto oggetto di "esercizi" fisici, quanto di un grande lavoro di <u>contenimento</u> di tutte le emozioni emerse durante questi mesi: rabbia, tristezza, dolore.
Il lavoro di contenimento si fa con i teli, lasciandosi andare per terra, appoggiandosi uno sopra l'altro.

Il lavoro con i <u>piedi</u> riporta comunque alla realta'.
I pazienti cominciano ad avere qualche "flash" di come stanno le loro cose veramente.

Nel lavoro con le <u>mani</u> emerge tutta la problematica della loro inattivita'. Sembrano mani morte che pian piano si svegliano.

Dalla discussione sulle mani nasce la proposta di preparare qualcosa da mangiare per il gruppo. E' con le mani che si prende la vita.

1) Per l'<u>inserimento dell'immaginario</u> nel lavoro si propone:
   a) dare vita ad un'emozione (rabbia, gioia, intimita', dolore per una perdita o per una mancanza);
   b) espressione corporea di un'immagine (albero che cresce, rappresentazione del colore rosso e nero in un disegno di E., "muovere" la nuvola rosa di C.);
   c) esprimere un desiderio.

C4 (32)

2) La drammatizzazione del conflitto e' un sollievo per l'angoscia e questo permette di differenziare il movimento e la capacita' di sentire.

3) Il corpo e' un contenitore per le emozioni.
Il ritmo e' il contenitore ordinatore: e' con il ritmo che l'anima riesce ad esprimersi in modo ordinato e non confuso e vagante.
Dopo un grosso lavoro verso una maggiore capacita' di sentire, sembrava che la situazione dovesse esplodere.
E' dunque iniziato il lavoro del contenimento!: il lavoro con i teli.

4) La presenza fisica della terapista e' un grosso contenitore per le emozioni dei pazienti. Lei e' anche ordinatrice e forza strutturante durante le sedute.

5) La danza concreta, con le ossa, permette di calarsi nella realta'. Le ossa rappresentano l' organizzatore maschile e paterno del lavoro.
Il lavoro con l'io corporeo e' nello stesso tempo un lavoro con l'io animato: l'io che puo' rapportarsi con l'inconscio; l'io che non fugge piu', ma che si mette in contatto con l'inconscio e con la realta' immaginaria.
Il lavoro fisico fa appello alle risorse interiori a livello fisico.

6) Precisazione del movimento: all'inizio della seduta si propongono "esercizi" precisi che permettono la differenziazione di alcuni movimenti.
Verso la fine si propone la danza libera, sulla base del lavoro preciso di prima. Questo permette nuove risorse e capacita' espressive.

7) Elaborazione verbale: quando si parla ed elabora, si crea una situazione molto rilassata, lasciando spazio a molte pause, si cerca di creare uno spazio elastico, ma ben definito, dove possono avvenire i collegamenti, i pensieri. Ai pazienti e' permesso pensare ed esprimere i pensieri senza essere interrotti, contrastati o annullati. Si ascolta e si prende sul serio il contenuto del pensiero.
Questa possibilita' crea un'atmosfera di sollievo fra i pazienti.

Nella mia terapia io punto a mettere in contatto la personalita' con quel sentimento, perche' se noi non riusciamo a fare questo non c'e' adattamento possibile; e' inutile che io punti la terapia a vedere cosa fanno, se fanno bene o male. Questo significa partire dall'emotivita' e dall'affettivita' tale e quale e' in questo momento.
Se non si riesce a stabilire un qualche contatto con l'affettivita' repressa o inadeguata (a seconda dei casi) l'agire continuera' a essere bloccato perche' la persona e' assalita e schiacciata tra queste due forze e non riesce a sapere chi e', cosa sente, perche' anche l'affettivita' compulsiva e' schiacciante.
Per prima cosa, quando ci si mette a lavorare puntando sull'emotivita' e sul sentimento, che non e' lo stesso che l'emotivita', vengono fuori le cose brutte.
La prima cosa che viene non e' il sentimento di affetto normale, ma l'ira e sentimenti di angoscia molto forte, di desideri frustrati, di paure.
La paura e la rabbia sono quelle che escono per prime.
Dunque la prima cosa nella quale inciampiamo nella terapia sono sintomi neuro-vegetativi, somatizzazioni di tutti i tipi, angoscia, paura e rabbia.
Questi sono i primi contatti che il paziente ha con la sua verita' interiore, per quello dopo certamente ci troviamo davanti al problema di come contenere questa situazione, in quanto il paziente deve potersi esprimere meglio e nello stesso tempo deve essere contenuto e arginato.
Per esempio la rabbia si struttura con il ritmo, con lavori a coppia, dove possano non farsi del male, e con giochi di forza; non e' solo un'esplosione quello che serve in questi casi; nella nevrosi una esplosione di rabbia, una scarica in se', non risolve niente. L'emergere della rabbia va organizzato con il movimento, con il gioco del ritmo, con le stoffe che contengono, stoffe che fanno sentire il limite della pelle, della carne, del corpo.
La stoffa continua questo limite e permette l'espressione di questa realta' senza la sensazione di uno sconvolgimento esplosivo catastrofico, ma con la possibilita' di una riflessione ed elaborazione ulteriori.
Permette inoltre che tutta l'emotivita' si possa esprimere nella seduta. Se noi lavoriamo perche' tutto questo venga espresso e poi il paziente, quando lo esprime, viene punito, non viene contenuto, questo genera dentro un messaggio estremamente contraddittorio che favorisce di nuovo la dissociazione della personalita': e' un messaggio schizofrenico.
A mio parere la psicosi si potrebbe definire la dissociazione con il proprio sentimento. Non e' l'unica, ma e' una delle definizioni della psicosi.
Se noi riusciamo a far si' che il paziente possa entrare in

cosa va convalidata, non perche' e' giusta, ma perche' e' vera, perche' lui la sente cosi'. Se lui sente di essere un mostro, io non lo posso convincere che non lo e'. E' valido ed e' vero perche' e' lui che lo sta sentendo. Il problema col quale noi dopo ci troviamo e' quanto i genitori, il partner, gli operatori, possano contenere queste emozioni. E neanche si puo' eliminare dall'inizio della terapia qualche "acting out". Non al 100% perlomeno.

Noi non possiamo proporre lo stesso messaggio dei genitori o della situazione di partenza: "Quello che tu senti e' sbagliato, non e' vero perche' c'e' un segreto in famiglia che va protetto." Questo messaggio schizofrenico non e' stato necessariamente detto a parole, si e' respirato in casa. Noi dobbiamo comportarci altrimenti.
Basaglia diceva: In realta' il malato di mente non e' tanto diverso da noi. Lui manifesta, come con una grande lente di ingrandimento, la sofferenza che e' comune a tutti.
Io sono convinta che sia cosi', sono meccanismi esasperati. Quando una cosa ci fa paura la cancelliamo, solo che questo, portato in personalita' probabilmente di una estrema sensibilita', che hanno una loro diversita', che non riescono a essere accolti da un'atmosfera che capisca la loro sensibilita', sviluppano una difficolta' ogni volta piu' grande e una negazione dell'Io che fa si' che l'inconscio prenda il sopravvento. La nevrosi e' conflittuale, la psicosi e' aconflittuale. La nozione di conflitto viene eliminata dal discorso psicotico e si manifesta la divisione.

Io credo che il problema del conflitto sia molto importante, perche' ha a che fare con una percezione dell'opposizione. Percepire l'opposizione significa rendersi conto che le cose non sono solo di un tono, ma di due: vuol dire c'e' l'amore e l'odio, che la persona che amiamo di piu', dalla quale dipendiamo, puo' essere anche quella che a volte odiamo, e con cui ci arrabbiamo tantissimo.
La mamma, alla quale vogliamo tanto bene, alle volte ci da' una rabbia nera, vuol dire la vita e' bella, ma se io tocco la presa della luce mi prendo una bella sberla dalla persona che amo di piu'. Vuol dire che dalla prima persona che io amo di piu' viene la prima frustrazione, non viene solo l'accontentare. Dunque li' sono le prime percezioni dell'opposizione, che sono in realta' opposizioni interiori. In qualche modo la psicosi elimina l'opposizione, la nevrosi mette l'angoscia del conflitto. La psicosi elimina la coscienza del conflitto e pertanto lascia che tutte le fantasie e i deliri inconsci salgano all'Io, l'Io viene sepolto pero' non soffre il conflitto. Dunque io cerco di arrivare al conflitto con i pazienti. Non a provocare un conflitto, ma a che loro siano sostenuti quando intuiscono il conflitto.

Il tema delle opposizioni sta proprio nella struttura del sistema nervoso. Il sistema nervoso ha una parte che e' estremamente rigida, invariabile, che e' tutto il sistema di connessioni. Pero' ci sono punti nodali del sistema nervoso che sono plastici, che sono flessibili, che possono imparare, che si possono sviluppare: perfino una persona amputata puo' sviluppare velocemente nel membro non amputato tutta la sensibilita' che ha perso nell'altro.
Vuol dire che il sistema nervoso e' estremamente plastico.
Noi lavoriamo in un certo modo con il corpo, combinando il movimento guidato con il movimento spontaneo.
Lavoriamo contemporaneamente con i due emisferi, combinando anche il sistema neuro-vegetativo con il sistema volontario, stabilendo dei sistemi di equilibrio tra la parte conscia, (cerebro-spinale del sistema nervoso, piramidale, volontaria) la parte inconscia (la parte midollare, la conduzione a livello di spina dorsale, la parte limbica che e' in collegamento con il sentimento e con l'emozione) e anche con la parte della formazione reticolare che e' estremamente importante perche' ha a che fare con tutti gli accomodamenti automatici e inconsci del movimento. Noi stiamo in qualche modo dando la possibilita' che si aprano plasticamente connessioni nervose, che significa psichiche (flusso nervoso significa anche psichismo), che permettono di visualizzare, sperimentare possibilita' motorie, cioe' possibilita' di vita diverse.
I sentimenti piu' orrendi e bruti del paziente devono, in una certa misura, essere "accettati"; non accettarli non li elimina ma li rimuove e da li' viene il delirio; le immagini deliranti si alimentano di tutto quello che il paziente non ha il coraggio di sentire.
L'obiettivo del lavoro e' in qualche modo aiutarli a sostenere la possibilita' di sentire quello che sentono, e non quello che si deve sentire; altro obiettivo e' quello di sostenere questo conflitto in qualche modo, di imparare a sostenerlo, partendo dalla consapevolezza che c'e un contenitore terapeutico che e' la seduta, un gruppo che si abitua a non spaventarsi e a sostenere il conflitto.
La forma nostra di lavorare in cerchio e' l'organizzazione dello spazio per sostenere il conflitto: il protagonista va dentro il cerchio ed e' sostenuto li'. Importante e' la figura della terapeuta che non condanna mai, che puo' accogliere, contenere, strutturare e, nel possibile ordinare questa esplosione emotiva, che spesso e' spaventosa, non solo per il protagonista, ma anche per i compagni o per i terapeuti.
Come dice Mario Trevi, il problema e' riuscire a vedere se noi possiamo sostenere questa tensione di opposizione dentro, tra il bene e il male, fino a che appare un simbolo, un qualcosa che annare da dentro e che ordina una soluzione di

Il paziente non e' solo la carne, il paziente e' anche le ossa. Perche'?
Perche' le ossa sono la consistenza interiore della persona; dunque e' importante che tutto il lavoro tenga conto di rivitalizzare la percezione della propria struttura scheletrica, in quanto e' la parte consistente della personalita', quella che riesce a reggere se stessa.
Contemporaneamente e' importante rivitalizzare anche la percezione delle giunture, perche' le giunture sono i punti dove il flusso nervoso passa, dove l'emotivita' circola, e puo' trasformarsi in sentimento, dove ci sono proprio ricettori che mandano informazioni alla corteccia, al cortex, dove si produce il collegamento tra il sistema inconscio e il sistema conscio.
L'emotivita' sfrenata passa attraverso la giuntura, pero' il corpo con il movimento ha la possibilita' di inviare la sensazione verso l'alto per favorire la decodificazione e pian piano con la pazienza, con il disegno, con la rappresentazione, si comincia un po' a configurare, a trovare il significato delle cose. Vuol dire che la coscienza comincia a svelare il mistero del malessere, delle fantasie, del delirio, a permettere un'evoluzione e una trasformazione dell'emotivita' in sentimento.

Il movimento con quale noi lavoriamo e' il movimento 'emotion' dalla parola inglese che puo' far capire bene come una emozione non e' solo una cosa che si sente, e' anche una cosa che si muove, 'motion', e si muove verso fuori.

Dall'altra parte 'emotion' e' il movimento determinato dalle immagini della fantasia inconscia.
L'obiettivo di questo lavoro e' attingere all'affettivita', e alle immagini interiori e far si' che il movimento serva per incarnarle, per ordinarle e per trasformarle.
Il disegno serve a rappresentarle, in maniera che l'Io, la coscienza possa venire in contatto con i significati.
Non e' una emotivita' lasciata soltanto a se', ma che, nello sforzo di essere "incarnata", si sottomette alle leggi della natura e ai meccanismi autoregolatori della stessa.
Esprimere un'emozione e' anche alleggerire la tensione emotiva specifica, e' sollievo nel quale si sollecita la partecipazione dell'Io corporeo. E' in questa partecipazione che i processi fisiologici emotivi possono diventare psicologizzati, cioe' sottomessi a riflessione e introspezione. D'altronde Emozione + Appello all'Io del comportamento volontario e' un tentativo di avvicinare la frammentazione psicotica. A poter far si' che la EMOTIVITA' si evolva verso il SENTIMENTO.

UDINE, dicembre 1994.-

Ampliando Horizontes
IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL
III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL
Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

trabajo

8

T.O. María Susana Llimós
Hospital de Dia del Hospital de Emergencias Psiquitricas T. de Alvear. Av Warnes 2630. Capital Federal. Tel 521-5300. ARGENTINA.

OTRAS FORMAS DE PENSAR LA CLINICA DE LA PSICOSIS

La experiencia realizada durante el año 1994 y a la que haremos referencia generó en nosotros numerosas preguntas y al menos dos niveles distintos de análisis.

Uno de ellos intentaría dar cuenta de que modo el Hospital de Día como institución, logra en parte esquivar las normas Superyoicas que desde su origen y por su misma condición, le atraviesan. El otro trata, de cómo se posiciona el sujeto que llega demandando un tratamiento tradicional de Hospital de Día, y se encuentra ante un programa inédito.

Partimos del pensamiento de Iuorno para acercarnos al tema, quien dice: " El concepto mismo de Hospital de Día supone la idea de una sociedad en falta con respecto a los problemas de la locura, supone una sociedad parte y responsable del fenómeno violento e irruptivo de la locura".

"Así, esta experiencia en su origen sanciona el sentido de que el loco es recuperable para la sociedad."

Hasta acá sus palabras. Pero ¿qué hacer con este concepto heredado de Iuorno y la abulia, desinterés, aislamiento que caracterizan a un grupo de psicóticos, tales como los ingresados en el verano del 94?

Fue éste agrupamiento en su ausencia de demanda, el que generó en nosotros los Terapistas Ocupacionales y en el equipo coordinador algunas cuestiones, que pueden sintetizarse en una sola. ¿De qué modo conmover al psicótico sin intentar completarlo?

Tal vez, lo más claro en aquel momento fue que ante tal ausencia debíamos proponer una oferta tan atractiva como inquietante. Pero, ¿Cómo hacer para que la utilización de herramientas o el aprendizaje de técnicas no adquieran una intención pedagógica? o ¿cómo hacer para que los espacios ofrecidos no se identifiquen con ese otro absoluto que la psicosis propone?

Se imponía la necesidad de inventar algo. Supimos entonces que el camino por hacer no tenía la comodidad de lo conocido, pero sí en cambio, el desafío de un proyecto elaborado previsible, pero también incierto y por lo mismo sujeto a modificaciones. Así surgió el calendario anual de Actividades Especiales.

Como su nombre lo indica da cuenta en primer lugar del proceso transcurrido en un tiempo y en un espacio; en segundo lugar el término *especiales* refiere a algo diferente, diferencia que se juega más allá de los límites del organigrama.

Ya en el pre-programa hubo actividades como las salidas, donde los terapeutas éramos vistos en otro contexto y en otra modalidad de intervención que trajo en consecuencia apertura a nuevos diálogos.

Pero yendo a la propuesta misma, y para entrar en el primer nivel de análisis, diremos que las actividades que integraron este programa, tanto las de duración prolongada como el taller de cocina, el de tai-chi-chuan, o las de carácter puntual, como la mesa redonda por el Día Internacional de la Mujer o la del Día del Trabajo (por tomar sólo unos pocos ejemplos de lo realizado) contaron con la coordinación o presencia de invitados ajenos al campo "psi". Sin desconocer la presencia del T.O. que aunque en otro plano se mantuvo siempre como un referente al cual acudir.

Por lo tanto hay en este planteo un reconocimiento del otro como sujeto, no sólo como un sujeto que padece su psicosis, sino como capaz de producir un cambio en su posición o al menos hay un camino trazado para que esto ocurra.

Por ello, este programa tuvo una intención, la de ofrecer espacios nuevos con una cualidad asistencial diferente, cuyo contenido apuntó a lo diverso por un lado y por otro a lo incluyente.

:l primer aspecto consistió en una oferta, como ıntes mencionamos, abarcativa e interesante, :apaz de crear algún nivel de inquietud a quien ;e aislara o se resistiese a participar, sin caer ›or cierto, en la exigencia que anule las deci- ;iones propias.

incluyente, porque los distintos espacios se ;structuraron como lugares posibles donde el iiscurso del paciente pudiese circular. Así es que, el no poder comentar, opinar o criticar acerca de "lo nuevo" se convirtió en una suerte de marginación. Es decir, una forma de quedar por fuera, del lugar que se le otorga por el hecho mismo de ingresar.

Con ésta apuesta fuerte, pensamos que cualquier paciente sin importarnos sus diferencias diagnósticas, debía de sentirse llamado, convocado. Para decirlo de otro modo, parece que paradójicamente el dispositivo de Hospital de Día le demanda al paciente a ocupar un lugar de no paciente, y en este sentido se da de bruces con la institución que alojada en otra institución se encuentra atravesada por el discurso social.

Para entrar en el otro nivel de análisis o sea, como se posiciona el sujeto frente a este programa, decimos que acá hay algo de lo que consciente o inconscientemente viene buscando en la admisión que se le presenta y ante la cual sólo caben dos alternativas: estar o no estar; y donde cada una de estas decisiones o vicisitudes surgidas en tratamiento no son sin consecuencias.

Vemos que hay de golpe un efecto de implicación. En varias asambleas Javier insiste- "yo quiero hacer la salida a la Reserva Ecológica porque cuando se hizo yo estaba internado y me la perdí".

Pensamos que si el programa en su transcurrir permitió el enlace de una situación personal con un momento dado, es decir que conozca él y nosotros porqué y cuando estuvo presente o ausente, estamos en este sentido contribuyendo a historizar su recorrido particular. Creemos que las fechas de los eventos funcionaron sin proponérnoslo como hitos demarcativos de situaciones personales.

Raúl dice: "Cuando me peleé con M. estaba enamorado y desilusionado, tuve que dejar de ir a los talleres y cuando volví ya estaban dados los papeles para la obra, no pude ser Romeo, sólo me quedó estar en el coro".

En estos comentarios hay un reconocimiento implícito a una crisis que en el caso de Javier excedió nuestros límites de contención requiriendo una internación, y en el de Raúl implicó una separación momentánea al programa.

Pero lo importante es, que tanto el uno como el otro, saben que en ese tiempo hay algo que se perdió, y acá aparece la comunidad grupal como testigo de esa pérdida.

Comunidad grupal que siendo destinataria del programa, sea capaz de sancionar a sus integrantes, convocándolos. Pasando así a ser agentes activos de su tratamiento, de su rehabilitación.

Pensamos que este Calendario Anual con su multiplicidad de escenarios intentó trazar otro lugar para el psicótico, intentó romper con un linealidad establecida. Ya que tuvo que vérselas con otros que nada saben de su padecer, tuvo que ensayar un diálogo sobre temas que no son sus temas, tuvo que armar una pregunta en torno a la creatividad, al trabajo o a la ecología. Pudo también desmitificar en estos intercambios verbales que el mundo de los otros es un mundo sin esfuerzos.

En otro orden de cosas, pudo comprender que los distintos haceres, se trate de la producción de velas o de la elaboración de un pan dulce requieren un proceso, esto es una contigüidad y un tiempo, lo cual se traduce en un orden, en una lógica que no es su lógica.

Deteniéndonos a observar la dinámica del programa, vimos que puesto a circular determinó tres momentos, a saber: recepción, apropiación y producción grupal.

El primer momento generó expectativa, ya que recibían algo planificado por otros. Pero esta recepción no fue pasiva, por el contrario, inquieta, interrogadora; cabe aclarar que en aquel momento se eligió individualmente cuándo y dónde participar, recontando de este modo la demanda singular que cada cual anticipó, podría sostener; es decir hubo una inserción selectiva.

Podemos ubicar en segunda instancia, un momento de transición en el cual aparecieron modificaciones de carácter formal y luego se produjo un viraje que demandó cambios en la programación; leemos esto como un primer momento de apropiación.

Por último, hacia los meses de octubre y noviembre surge una idea en el grupo que se fue consolidando día tras día hasta concretarse en la producción y adaptación de la obra shakespireana: Romeo y Julieta.

Antes de finalizar quisiéramos hacer una mención a los efectos observados en algunos pacientes, que por otro lado fueron ellos o parte de ellos quienes dieron origen a esta propuesta.

En primera instancia, nos parece pertinente recordar que en este verano, por oposición al anterior, nos encontramos con un grupo por llamarlo así hipermovilizado y que para desdicha de los terapeutas se sumó el inicio de vacaciones en el equipo terapéutico. Situación que tuvo a nuestro entender diversas traducciones, según de quien se trate. En Javier se vehiculiza a través de una demanda constante de salidas, paseos y en algún momento hasta solicita cambio de terapeuta. En Raul se tradujo en una excitación creciente que lo llevó a una descompensación, que culminó en guardia; pero en otros, esta movilización tomó otros cauces. Por ejemplo, Miguel, que durante las vacaciones realizó varias entrevistas laborales, llegando en algunos casos a la pre-determinante; otra paciente que cabe ser mencionada es Gabriela, quien durante meses incursionó con la plástica en las sesiones de

T.O., siendo su producción pobre y estereotipada. luego en la obra de teatro se incluye como la pintora, pero no como pintora que pinta, sino una que canta, mientras que actualmente se está planteando concurrir a un taller de retratos. Valeria, que siendo graduada en Bellas Artes y habiendo abandonado su actividad de tallerista, acepta coordinar un taller de cerámica para sus pares.

Por todo lo expuesto, creemos que el Calendario Anual de Actividades Especiales, en algún punto intentó desconocer la asimetría instituida y en este sentido se propuso como habilitador de un nuevo espacio social para la psicosis.

Susana Llimós
Terapista Ocupacional

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

TERAPIA OCUPACIONAL, ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

Terapista Ocupacional Elizabeth Gómez Mengelberg
Hospital Municipal Jose.T.Borda
Ramón Carillo 375-Capital Federal
ARGENTINA.

EL Servicio Nº 48 de Terapia Ocupacional del Hospital Jose.T.Borda.posee dentro del organigrama de asistencia.la modalidad de consulta externa.

En este trabajo hago referencia de los pacientes derivados a terapia ocupacional por los profesionales del Servicio nº 32 de Consultorios Externos del Hospital Borda.

A los pacientes que realizan un tratamiento ambulatorio (psiquiátrico. psicoterapeutico.grupal, familiar) y que son derivados a terapia ocupacional.puedo agruparlos de la siguiente manera.:

* Pacientes que no han sido internados .(incluyo aquí a los que padecen algún compromiso orgánico)
*Pacientes que estuvieron internados en este hospital.
*Pacientes que estuvieron internados en otras instituciones psiquiátricas

Quien efectúa la derivación es el terapeuta tratante.quien con anterioridad realiza una interconsulta con el terapista ocupacional.solicitando que su paciente inicie tratamiento en terapia ocupacional.

Este me acerca su demanda para con el paciente a las que es posible agrupar en:

*Dificultades en la búsqueda o sostén de un empleo.
*Dificultades en la organización de su vida cotidiana.
*Dificultades en la organización de su actividad social.
*Un estado de aislamiento.
*Desinterés.abulia.falta de propositividad vital.
*Evaluación y derivación a otras instancias (escuelas diferenciales.talleres protegidos).

El paciente ,tanto sea que concurra o no con su familia ,se hará cargo de traermela,me hablará de estos otros con quien comparte su vida,quienes a su vez acercan su propia demanda,que puedo determinar mayoritariamente en :

*Desgano
*Inactividad
*Aislamiento
*Ausencia de alternativas (que hacer con el paciente)

La oferta que realizo es de encuentros individualeas semanales,de una hora de duración y como minimo una vez por semana.Al momento de acordar con el paciente la frecuencia de atención tomo en cuenta sus variables socioeconómicas;el costo del traslado de un paciente y ocasionalmente de su acompañante cobra en el momento actual una significativa importancia,-hacemos coincidir con su otro terapeuta el dia de atención-,ya que es probable que una adecuada organización de tiempo e insumos allane su concurrencia.

En estos pacientes psicóticos,lo más fulgurante de la psicosis-las alucinaciones ,los delirios-han disminuido a su minima expresión o están ausentes.Pero es en el desarrollo de la cotideaneidad y su organización donde se evidencia que algo se halla trastocado,poniendo en juego su relación con los otros (familia,amigos,compañeros de trabajo).

Las actividades de la cotideaneidad las que cada sujeto puede organizar para si y que permite que cada uno se desenvuelva en cierta armonia con el medio se halla alterada.

En principio los pacientes aceptan la derivación por que se lo indica su terapeuta,como si le hubieran trasladado su reaponsabilidad y en apariencia no demandarian nada,o podriamos tomarlo como un acto de confianza.

Realizo una primera entrevista con el paciente,en esta y en las sucesivas,trabajo acerca de:¿cuál es su demanda?¿cuál es su pregunta?¿cuál es su preocupación?

Desde la especificidad de este espacio terapeútico,para llevar adelante la propuesta de tratamiento,tendré en cuenta:

*El interés que el paciente a demostrado por el tratamiento en terapia ocupacional.

*El vinculo que ha establecido con el terapista ocupacional.

Los pacientes ,ponen en relieve el escaso interés que reviste para ellos lo que los rodea,en su mayoria manifiestan que ahora su inactividad les perturba.Hay quienes le preocupa el poder mantener el trabajo actual,en un amplio porcentaje las actividades con retribución de dinero,han sido esporádicas ,sin continuidad ,de poco tiempo de duración y otros no han tenido experiencia alguna.

El trabajo,en los casos en que actúa como un buen organizador de la cotideaneidad,por la que recibian una paga,es añorado ,temido,unos mantienen una actitud indiferente,otros están actualmente imposibilitados de conseguirlo.

Con respecto a otras actividades,los mas lo han intentado en reiteradas ocasiones a instancias de sus familiares y terapeutas pero refieren no haberle encontrado el sentido.No han hallado un formulación que les pertenezca.

Tienen dificultades para la obtención de un empleo y sostenerlo adecuadamente ,organizar y comprometerse con la existencia cotidiana,ser autonómos,protagonistas de sus cambios,sumidos en una desvitalizada y escasa motivación.

Teniendo la información de la historia personal del paciente, y haciendo uso como un importante sostén de sus capacidades y habilidades -en algunos casos desconocidas para él- mantengo una escucha y una mirada atenta a cualquier manifestación de interés,inclinación o deseo por cualquier ocupación humana.

Acompaño al paciente a hacer un proyecto de su interés,que le dará un lugar social,siendo que el desarrollo de una actividad está contorneada por un orden simbólico,leyes y reglas a las que todos estamos sumidos.

La realización de distintas actividades que pudieran aparecer carentes de sentido,son utilizadas y resignificadas en el transcurso de su realización ya que cualquier elemento puede ser la pieza que detone el interés del paciente,que haga sentido para el.

La estructura que detenta una actividad ,la propuesta que ella realiza es un organizador, una lectura posible de leer allí y que el paciente relevará lo que es pertinente a lo que le acontece.En el universo de señales que plantean las actividades,estan pasan a ser signos significativos en relación a la historia y a las circunstancias particulares de cada sujeto.

Bosquejo un plan de tratamiento posible: donde elabore un proyecto que le pertenezca, que le permita estar en mejores condiciones. Donde el recorrido singular realizado por el paciente por las diferentes actividades de la ocupación

humana, conjuntamente con la manera en que se realizan, puedan ser articuladas en relación á sus intereses y posibilidades.

BIBLIOGRAFIA

APOLLON.W y otros .Traiter la psychose.Woeud-Griffic .Quebec ,Cánada 1989

AUGÉ DE DEPINO,ALABARCEZ y otros .El Hostal.Psicoterapias Integradas Editores 1993

CAPOZZO,GOMEZ MENGELBERG, Emisión Radial- Hablemos de Salud- Frecuencia Especial 93.1

TRABAJO 9

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

EL TRABAJO COMO FUNCION

Lic. T.O, Liliana Sbriller

Hospital General de Agudos P. Piñero (MCBA)
Servicio de Psicopatología y Salud Mental
Varela 1307. Capital Federal
(1406) TE: 631-1352
Argentina

"El hombre posee una necesidad fundamental de ocuparse, de trabajar. El trabajo, la ocupación es visto así como el alimento y el aire necesarios para la sobrevivencia del organismo humano. La actividad aquí mantiene la organización y el equilibrio del cuerpo, a través del ritmo del trabajo, descanso, placer y sueño" (A. Meyer: "La filosofía de la terapia ocupacional", 1922)

Este autor que fundó la historia escrita de la terapia ocupacional, basó sus conceptos en el tratamiento moral de Phillip Pinel, conformando la premisa "el trabajo es salud", sostenido desde hace 200 años por diferentes estamentos que promueven el trabajo de los enfermos mentales y las diversas teorías o modelos de terapia ocupacional dentro de las cuales mencionaré a autores como Reed y Sanderson, Mary Reilly y otros.

De todos modos quiero destacar que pude detectar al menos dos posiciones al respecto. En principio aquellos que consideran al trabajo como una terapia y lo incluyen en su programa, por ejemplo en las Instituciones Totales, donde el interno trabaja, limpia o sirve las mesas para la institución sin recibir pago alguno, constituyen-

do los casos más extremos de explotación del discapacitado por parte de los entes de salud mental.

En segundo lugar, autores como Marta Suter o Luis Cerqueira, consideran que el trabajo es posterior a la terapia, no puede confundirse con ella y mucho menos iniciarse un tratamiento a partir de este. Encontramos en este órden a las cooperativas de discapacitados.

Pero la cuestión no es tan sencilla, ya que "si nos remitimos específicamente ala problemática salud/enfermedad (E. Menendez: p 140), observamos que toda una serie de indicadores evidencian claras situaciones diferenciales que tienen que ver directamente con la esperanza de vida, el envejecimiento prematuro, la invalidez, la incidencia diferencial de enfermedades físicas y psíquicas. Estos indicadores pueden ser referidos no sólo a la inserción directa en el proceso productivo, sino a las condiciones generales de vida derivados, por lo menos parcialmente, de dicha inserción".

Dejaré en suspenso el trabajo como promotor de salud y su carácter contradictorio para introducirnos ahora en el concepto de trabajo, considerado como parte y codeterminante de la estructura social.

Este concepto de ESTRUCTURA SOCIAL se refiere a un "todo" (M. Harnecker: p 81) en el que los elementos no se yuxtaponen sino que, por el contrario se encuentran distribuidos en ella según una organización de conjunto. Es esta organización la que determina la FUNCION que desempeña cada elemento dentro de la totalidad, es decir que la ESTRUCTURA es una totalidad articulada compuesta por un conjunto de relaciones internas y estables que son las que determinan la función que cumplen los elementos dentro de esta totalidad.

Hoy por hoy, escribe Lévy-Strauss (p.23), ninguna cienciapúede considerar que las estructuras pertenecientes a su dominio, se reducen a

disposición cualquiera de partes cualesquiera. Sólo está estructurada la disposición que obedece a dos condiciones: es un sistema, regido por una cohesión interna; y esta cohesión, inaccecible a la observación de un sistema aislado, se revela en el estudio de las transformaciones, gracias a las que se descubren propiedades similares en sistemas en apariencia diferentes.

Definidos los conceptos de ESTRUCTURA y FUNCION, y , tomando como referencia a la colega Berenice Francisco y su análisis del proceso de terapia ocupacional materialista-histórico y la actividad: creación, transformación, se considera entonces al trabajo como "un proceso que dá cuenta de la transformación de la naturaleza que el hombre realiza para convertirla en un objeto útil (M. Harnecker: p 19).

Este proceso desemboca y se extingue en el PRODUCTO, que es un VALOR DE USO, una materia dispuesta por la naturaleza y adaptada a las necesidades humanas mediante un cambio de forma. Es decir que se considera VALOR DE USO a todo objeto que responde a una necesidad humana determinada (fisiológica o social).

Por lo tanto, se deduce que un sujeto a través de su trabajo, cuyo producto es un VALOR DE USO, podrá insertarse en alguna función dentro de la estructura social.

Según Saúl Agudelo (p 18): "el sujeto (trabajador) del que se habla no es un hombre individual aislado, sino el conjunto de los trabajadores, con diferentes niveles de capacitación, responsabilidad y autoridad frente al proceso de trabajo".

Por el contrario, en el sujeto esquizofrénico, aquel que no ha podido establecer un lazo social, es decir que por su estructura ha quedado fuera del discurso, sí podemos encontrar a un sujeto aislado que intenta de diferentes maneras ingresar al conjunto de los trabajadores y cuyo producto no siempre alcanza un VALOR DE CAMBIO (su circulación), pero sí puede llegar a un VALOR DE

USO, necesario para insertarse en la estructura social en alguna función alternativa.

Por lo tanto, para definir el concepto de trabajo-función, deberemos prescindir de calificar al trabajo sólo como sinónimo de salario, es decir, a través de su valor de cambio, acorde al modelo capitalista.

El trabajo-función, considero, estaría constituído entonces, por aquellas actividades que modifican la relación que un sujeto tiene consigo mismo y con los objetos, lo ubican dentro de la Sociedad a partir de la actividad que realiza y los adscribe a un grupo de pertenencia.

Dichas actividades poseen una organización témporo-espacial, pueden ser asalariadas o no, si bien pueden generar bienes de intercambio que indirectamente inciden en la economía, este es el caso de las tareas de ama de casa, cuidado de los niños, voluntariados, cultivo de huertas familiares, integrante de una sociedad barrial.

Si bien, toda actividad humana es subjetiva, es decir que depende de la posición que el sujeto adopte en la relación con su praxis. Se entiende además, que algunas tareas intrascendentes para el juicio valorativo y moralista del observador, sean consideradas trabajado pa el que las realiza.

J. se presenta como mecánico, aunque todos estemos al tanto de que pasa parte de su día ayudando a un repartidor de alimentos y algunas horas ordenando trastos viejos que quedaron del taller de mecánica de su desaparecido padre.

Por lo tanto, considero que el trabajo-función les permitiría a los llamados esquizofrénicos poder organizarse y trascender el aislamiento que algunos de ellos padecen como meta del tratamiento ocupacional, es decir, construir un saber-hacer (Francisco,1988) que le permita crear y transformar su relación individual, familiar y social.

La construcción del trabajo-función parte del análisis de la relación subjetiva establecida con una actividad, continúa con la detección de la ubicación familiar que este tiene, donde puede detectarse, por ejemplo una mayor permanencia en la tareas que poseen algún rasgo paterno, tanto en varones como en mujeres, para finalizar en la confrontación con las leyes de la oferta y la demanda, en los casos que pudieran llegar a un valor de cambio.

Estará en el arte del terapista ocupacional detectar qué actividad podrá funcionar como un trabajo para el sujeto y acompañarlo en un arduo pero no imposible recorrido, ya que para algunos, aquello que los relaciona con el mundo, que les provee una relación de intercambio, una chance de inserción no es necesariamente del órden del dinero como común medida de las cosas.

Retomo entonces los dos ejes: trabajo como salud o enfermedad. El primero, decía, es sostenido por las Instituciones de Salud Mental, como variable que determina un alta o un tipo de tratamiento, y por los Ideales familiares.

De hecho, el destino ha sido modificado para aquellos que han logrado insertarse en la cadena productiva.

Sin embargo, trabajar no sanará su estructura patológica, aunque sí tranquilizará a la moral productiva.

Por otra parte, ciertas exigencias de órden simbólico presentes en la tarea,..."al no poder ser integrada (Lacan: p 128) en lo que ya fue puesto en juego, acarrea una reacción en cadena, una sustracción de la trama en el tapiz, que se llama delirio". Es decir que imposiciones sociales, presiones familiares, destrezas que lo superan, hacen que en el trabajo puedan detectarse las primeras manifestaciones de la crisis.

G. que ha sido cadete de una empresa durante 5 años, se descompensó en el preciso momento que sus compañeros salen de vacaciones, "iba a tener que hacerme cargo de la caja, nunca lo había he-

hecho".

Colaboran en este órden las contradicciones familiares: "Mi papá no quería que trabajara con cama adentro, pero cuando volvía a casa me echaba". Los métodos laborales: cambios de puestos rotativos, exigencias de competitividad o d destreza física (Ténganse en cuenta los trastornos corporales típicos de la esquizofrenia y los efectos secundarios de la medicación), el pobre amparo legal que aún tienen los discapacitados y obviamente la falta de empleo actual.

En el trabajo, entonces, pueden aparecer las primeras manifestaciones de la crisis, o promover este, situaciones que el trabajador no pueda resolver. De todos modos, en ningún caso puede afirmarse que el trabajo promueva el desencadenamiento de una psicosis, aunque sí sus consecuencias inciden temporariamente en el desarrollo de su actividad habitual.

Esta evolución por crisis y la inhabilitación temporariaque produce en elámbito laboral durante esas crisis, hace que su capacidad productiva sea inferior o al menos diferente de la de otros trabajadores. El efecto no siempre se traduce en un replanteo de sus posibilidades, sino que es separado o marginado ya que su producción es menos redituable para su empleador.

Todo esto da como resultado una inserción alternativa, "en negro", con falta de protección legal y sanitaria.

Por lo tanto, y lejos de dar por acabada la cuestión, diré que algunas tareas pueden resultar beneficiosas y mejorar la calidad de vida de un sujeto y otras...no tanto.

La meta de terapia ocupacional en esta línea apunta a detectar aquella actividad que para un sujeto esquizofrénico pueda tomar la función de un trabajo, transformando su posición dentro de la estructura social.

Una de las tareas será pesquizar en algunos casos aquellas posibilidades no arrasadas por el delirio. En otros, ubicar la distancia existente entre los fenómenos psicóticos y la acti-

sus variables: "Dios tomó mi cuerpo y dirigió mis manos y ya no pude sostener los ladrillos", o "cuando trabajo en la calle no hay problema, pero cuando vuelvo a la oficina siento que mis compañeros se ríen de mí".

Para concluir esta breve exposición mencionaré el caso de A.

Tras dos internaciones asistía esporádicamente al taller, sin encontrar nada que lo retuviera.

Sin embargo, no ocurrió lo mismo cuando se integró al taller de cocina. Consiguió recetas, amasó, enseñó a sus compañeros.

A. era nieto de un vendedor ambulante de alimentos. Su padre, en mejores épocas había tenido una panadería (actualmente cartonero).

A partir de ese momento, consiguió que una hermana frite berlinesas para él. Se le dieron permisos diarios para que salga de la internación las primeras horas de la mañana e inició la venta ambulante con su canasta en la puerta de una iglesia.

Esta venta tiene algunas particularidades, ya que A. mide el tiempo de trabajo en relación a la canasta, cuando está vacía dá por terminada su jornada.

Su evolución oscila desde entonces, entre aquellos momentos en los que puede trabajar y aquellos en los que siente que sus piernas se agrandan y achican, no logra manejar su bicicleta ni decodificar las señales de tránsito, entonces debe postergar, una vez más su tarea por algún tiempo.

BIBLIOGRAFIA BASICA

. FRANCISCO, Berenice: "Terapia ocupacional". Ed. Papirus. 1º edición, 1988.

. GOFFMAN, Erving: "Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Amorortu Editores. 1961. 2º edición 1972. Traducción: Ma. Antonia Oyuela de Grant.

. HARNECKER, Marta: "Los conceptos elementales del materialismo histórico". Siglo XXI. [illegible]

. LACAN, Jackes: "El seminario, libro III. Las psicosis". 1955. Traducción: D. Rabinovich y otros. Ediciones Paidós. 1º edición 1984.
. LEVY-STRAUSS, Claude: "Antropología estructural". Mito, sociedad, humanidades. 1973. Siglo XXI editores. 8º edición. 1991. Traducción: J. Almela.
. MENENDEZ, Eduardo: "Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones". Centro de Investigaciones y Estudios superioresen Antropología Social. Cuadernos de la Casa Chata 179. México. 1º edición, 1990.
. SBRILLER, Liliana: "Trabajo y esquizofrenia". Tesis. agosto de 1994. Licenciatura de excepción en Terapia ocupacional. Univ. Nacional de Mar del Plata. Inédito.
. WILLARD, Helen y SPACKMAN, Clare: "Terapéutica ocupacional". Editorial Jims, 1973. 1º edición española.

MODULO 6

TERAPIA OCUPACIONAL CON PACIENTES GERIATRICOS-NEUROLOGICOS.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

REHABILITACION COGNITIVA: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE DEMENCIA. PARTE I.

Dra. Diana Scharovsky, Lic. Silvia Faidutti, T.O. Bettina Roumec, Lic. Silvia Garralda, Lic. Stella M. Massa. Fga. Patricia Solís, Pef. Ana Lía Vega.
Servicio de Atención de la Tercera Edad. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. T.E: 49371.
Mar del Plata (7600). ARGENTINA.

Los problemas de salud de la población anciana han sido caracterizados como situaciones pandémicas de enfermedades crónicas, desórdenes mentales e incapacidades asociadas. A diferencia de una epidemia, que se eleva en pico y luego cae, las necesidades de cuidado a largo plazo de la población de ancianos se incrementa progresivamente. (Kramer 1980).

El problema se asienta sobre dos mecanismos básicos:

1)- aumento en la expectativa de vida y

2)- un incremento en el porcentaje de la duración de las enfermedades crónicas como resultado del éxito obtenido a través de la aplicación de técnicas para contrarestar complicaciones y prolongar la vida.

La demencia es la causa más común de limitación cognitiva en la vejez.

DEMENCIA puede ser definida como el progresivo y global deterioro de la orientación, memoria, juicio y todos los otros aspectos del funcionamiento cognitivo. Es el diagnóstico primario en aproximadamente el 5 % de los adultos mayores de 65 años. La incidencia aumenta al 20% en personas de 80 años y más, y datos más recientes dicen que alcanza el 33% a los 90 años y un 50% en los mayores de

C4 (39)

95 años (Katz,1992).La incidencia de la demencia se incrementa agudamente con la edad,por lo que se reconoce como único factor de riesgo.Las posibilidades de tratamiento para esta enfermedad son aún limitadas.

Una discapacidad cognitiva refleja la incapacidad de un individuo para procesar la información necesaria para realizar actividades usuales de una manera segura.

Existenpocos estudios publicados sobre la efectividad de los métodos de intervención en Terapia Ocupacional.Muchos autores enfatizan la necesidad e importancia de planear y ejecutar estudios sobre la eficacia de los abordajes cognitivos para el desarrollo del conocimiento y su posterior aplicación clínica.Podríamos decir que ante la ausencia de evidencia que demuestre que un abordaje es mejor que otro,tenemos que comenzar a implementar la utilización del método científico en nuestros trabajos realizando investigaciones rigurosas que nos permitan detectar y realizar un análisis crítico de los resultados de nuestros tratamientos y continuar poniéndolos a prueba con otro tipo de abordajes.

La mayor premisa que sostiene la intervención de Terapia Ocupacional en ésta área,es la relación causal entre cognición y la actividad con un objetivo u ocupación.La cognición es entonces asumida como el mayor determinante de la ejecución funcional humana.

En la literatura gerontológica,un principio bien establecido sugiere que la habilidad humana para mantener actividades es central para la adaptación,satisfacción de vida y la retención de los roles deseados en la vejez.De igual importancia el mantenimiento de la salud física y emocional en el sentido de un propósito y control que viene de poder realizar las actividades cotidianas.

Una pregunta crítica a nuestra profesión es cómo podemos asistir a los ancianos discapacitados en sus intentos por participar exitosamente en las actividades deseadas y a maximizar su independencia,nivel de satisfacción y calidad de vida.

El concepto de rehabilitación de pacientes con discapacidades cognitivas en rehabilitación gerontológica es relativamente nuevo en la literatura, recientemente la teoría de Claudia Allen ha realizado una contribución importante en este área que se desarrola rápidamente.

Es importante destacar que dicha rehabilitación es caracterizada por el manejo simultáneo de discapacidades múltiples y frecuentemente multidimencionales.

Estudiando la literatura se revela un número de argumentos que son clave para considerar bases para la intervención:

1. No hay cura para la demencia. No obstante, hay evidencia documentada que algunos aspectos psicológicos y sociales causados por la demencia son influeciables por la intervención (con tratamiento medicamentoso y no medicamentoso). No sería razonable asumir que la intervención podría restaurar el funcionamiento cognitivo o revertir el daño orgánico cerebral (Levy, 1992).

2. Las personas con demencia experimentan una pérdida progresiva de la capacidad cognitiva y funcional que requiere el apoyo de los cuidadores desde los estadios tempranos de la enfermedad. En este rol, el cuidador necesita asistencia por parte de profesionales de la salud especializados en esta patología.

Por lo tanto decidimos investigar la posibilidad de influir a través de un tratamiento interdisciplinario en la evolución de los pacientes afectados con diferentes tipos de demencia.

Mar del Plata es una ciudad de aproximadamente 600,000 habitantes de los cuales el 9,9% son mayores de 65 años. El hospital atiende 50.000 pacientes de este rango etario. Teniendo en cuenta las estadisticas internacionales con respecto a la incidencia de la demencia senil y la demanda de los familiares-cuidadores para la asistencia de los pacientes es que SATE creyó de fundamental importancia abocarse al diagnostico y tratamiento de esta patología y conten-

MATERIALES:

En el presente trabajo se incluyeron I2 pacientes, de los cuales 6, fueron sometidos a tratamiento y los otros 6, como grupo control.

El protocolo diagnóstico fue llevado a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por: Psicóloga, Geriatra, Neurólogo, Fonoaudióloga, Terapista Ocupacional, y Asistente Social. Al arribar al diagnóstico presuntivo de Demencia, se derivó al paciente al programa de estimulación y al cuidador-familiar al grupo de familiares de dementes.

METODOS:

PROGRAMA SATE I.

Duración: un año; Frecuencia: dos veces semanales (2-3 Horas c/u). Intervención: Terapia Ocupacional: una hora, Fonoaudiología: dos horas, Psicología: una hora y Profesora de Educación Física: una hora.

Así mismo forma parte del encuadre, el mantener fijos los días, horarios, lugares, profesionales y marco teórico-técnico utilizado, para favorecer la familiarización y habituación y por ende la pertenencia al programa.

El grupo es abierto con una capacidad máxima de I5 pacientes, el ingreso es paulatino para favorecer la inclusión en él grupo ya preformado bajar el nivel de ansiedad e inhibición que la inclusión provoca. Dada la característica de estos pacientes de mantener vínculos a predominio diadico, esta será la vía por exelencia para comunicarse el profesional con el mismo (vínculos proximales, afectivos) para acceder al trabajo de las funciones cognitivas.

Nuestro posicionamiento respecto a la tarea a realizar, adhiere a la postura de Gordon&Hibbard cuando define en su trabajo sobre rehabilitación: "al utilizar el término rehabilitación cognitiva se incluyen dos dominios generales de intervención: I)-Métodos para restaurar la función cognitiva (reentrenamiento cognitivo o remediación cognitiva)

2)-Métodos para evitar el deficit cognitivo (técnicas compensatorias).

Cuando

bilitación cognitiva, se acepta la presencia continua de un deficit cognitivo específico o deficits y procura ayudar a los pacientes a utilizar efectivamente sus habilidades residuales enseñándoles maneras de minimizar el alcance que estos problemas afectan a las actividades de la vida diaria...".

Nuestro enfoque en el caso de nuestros pacientes se ajusta a esta segunda postura.

A continuación describiremos la intervención de TERAPIA OCUPACIONAL:

Al comienzo del tratamiento se da una primera etapa a la cual llamamos de adaptación, donde las actividades implementadas tienden a favorecer la interacción e integración grupal, familiarizar al paciente con el lugar de tratamiento y adquirir hábitos, teniendo en cuenta las dificultades que presentan estos pacientes para adaptarse a situaciones nuevas. Luego de este período comenzamos con sesiones que constaron de tres momentos:

1. EVOCACION; Se comienza con orientación temporoespacial, intentando evocar día, mes, año lugar, etc. Así mismo se evoca lo realizado en la sesión anterior, reconocen si están presentes todos los integrantes del grupo, recordar sus nombres , etc.

2. EJECUCION: Las actividades implementadas son de ejecución simple, de corta duración, complejizadas según la demanda del grupo. Las tareas fueron dadas en el mismo orden y cantidad a todos los pacientes.

a. Ejercicios de estimulación sensorial (tacto, gusto, olfato, vista, oído); teniendo en cuenta que la memoria es ante todo alimentada por nuestros órganos sensoriales, estos ejercicios permiten desarrollar la agudeza sensorial, activando ciertas facultades remanentes.

b. Ejercicios de atención voluntaria: estos permiten orientar la percepción y luchar contra las interferencias que parasitan el registro y la comunicación.

C4 (4) La atención voluntaria por oposición a la

sar la concentración. Se utilizaron por ej. juegos de las diferencias, que consiste en encontrar entre dos imágenes semejantes, diferencias; tareas de lectura de textos, que consisten en responder preguntas acerca del mismo, juegos de mesa, etc.

c. Ejercicios de Estructuración intelectual

Ditinguimos en general dos tipos de organización lógica: la organización categorial y la organización jerárquica. La primera consiste en ordenar diferentes elementos en categorias, la segunda opera reagrupando jerárquicamente. Por ej. una serie de palabras ordenadas o tareas a realizar serán mejor memorizadas si se las clasifica por categorías, es decir serán mejor evocadas si se toma como orientación la categoría a la cual pertenece.

La realización de tareas de este tipo (juegos de categorías y clasificación) contribuyen a reforzar la agilidad de mecanismos operatorios, lo que permitiría una mejor adaptación del paciente a las actividades de la vida diaria.

d. Ejercicios de Técnicas de asociación: los medios de organización intelectual no son exclusivamente lógicos, depende sobre todo de experiencias y del desarrollo individual.

Esta organización puede establecerse por asociaciones, es decir por operaciones mentales relacionadas entre sí, acontecimientos, sensaciones, palabras, imágenes, sonidos, ideas, sin lógica aparente. La imaginación puede entonces jugar un rol primordial.

El entrenamiento se realizó a través de la construcción de representaciones y de imágenes mentales. El hecho de transformar en imágenes mentales lo que se quiere memorizar garantiza una mejor retención pues, de un modo general, la imagen mental es mejor retenida que la palabra y los sonidos.

Estas imágenes son construcciones personalizadas, que constituyen un código de referencia para evocarlo. La fase de registro es el momento más favorable para introducir estos recursos de organización.

e. Actividades de la vida diaria: se realizaron sesiones de ejecución de actividaddes de la vida diaria para las cuales es necesario activar el funcionamiento cognitivo y motriz.

Se realizaron almuerzos, meriendas, tareas de vestido; estas tareas nos permitieron analizar la ejecución de cada integrante y brindar estrategias compensatorias para la ejecución de las mismas.

f. Sesiones-taller: en algunos pacientes con trastornos del lenguaje la dificultad para expresarse les generaba engustia y frustración. Esto nos llevó a crear un taller, donde el lenguaje verbal es remplazado por la actividad, que con su propio lenguaje organiza el hacer; proyectando y planificando previamente, para llegar al logro de un objetivo determinado.

Se implementaron actividades seriadas, fácilmente reparables y con pocos estímulos (como por ejemplo la construcción de cestos de papel).

3. REFLEXION: Al finalizar cada sesión se concluía reflexionando con los pacientes acerca de la utilidad que la tarea realizada en la sesión podría tener en su vida cotidiana.

RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS:

Ambos grupos, (seis estimulados y seis no estimulados) fueron evaluados al ingreso y al año, según el protocolo antes descripto.

Se realizaron pruebas de diferencia de medias (Test de Students). Al analizarse los dos grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos ni en los datos demográficos, ni en el resultado de las pruebas; por lo que se los consideró grupos homogéneos.

En los pacientes estimulados al realizarse las pruebas de diferencia de medias, no hubo deterioro estadísticamente significativo entre el ingreso y al año del mismo. Cabe destacar el caso de A.V.D. que a pesar de resultar diferencia significativa ($p=0.02$) los resultados de los valores medios se encuentran dentro de la misma escala de clasificación. Al realizar las pruebas de diferencia de medias en el grupo de pacientes no estimulados, se encontraron diferencias significativas en: GDS ($p=0.02$), Minimental: ($p=0.02$) y Escala de Blessed: ($p=0.01$) AVD

(p =0.01), Función nominativa (p=0.01), Memoria (p= 0.05). Con respecto a los otros tests, es conveniente destacar los valores medios y su correspondiente dispersión muy similares en transporte, cuidado en el arreglo personal y alimentación.

Se realizaron pruebas de diferencia de medias con las observaciones finales de ambas pruebas, resultando diferencias sifnificativas en función nominativa (p=0.01) a favor de los estimulados.

A pesar que no se observaron en general diferencias entre los resultados finales, se puede concluir que en el caso de la muestra de estimulados se mantuvieron estables los valores en la mayoría de los tests, no siendo así en el caso de la muestra de los no estimulados.

Queremos aclarar que este estudio es apenas un esbozo de la investigación a realizar.

A MODO DE CONCLUSION:

Este trabajo introductorio intenta presentar dentro de la teoría de la Rehabilitación cognitiva los resultados de la estimulación cognitiva grupal en forma interdisciplinaria en pacientes con distintos tipos de Demencia (patrones corticales, vasculares o degenerativos y patrones subcorticales vasculares y no vasculares; o bien mixtes). Coincidimos con (Arkin 1991, 1992)"...No debemos esperar mejorías entre personas afectadas con Alzheimer o Huntington, sin embargo es posible retardar el grado de deterioro. Sin embargo según B. Wilson (1987) debemos ser cuidadosos en las respuestas a un cuidador o al propio paciente, aunque se evidencie el deterioro no significa necesariamente que no puedan adquirir nuevas habilidades o informaciones..."

Debemos continuar investigando y evaluando que otras áreas se mantienen estables además de las A.V.D. tales como habilidades procedurales y motoras y su estrecha relación con las I.A.D.L., como también otras áreas de la memoria y analizar la utilización de tests más específicos para verificar lo anteriormente expuesto, otro interrogante es dilucidar que influencia tiene el factor homogeneidad del grupo en las respuestas.

REFERENCIAS:

Kramer,M. The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities. Acta Psychiatric.Scand Symp 62;285.I980.

Levy Linda,Gerontological Rehabilitation and Cognitive Disabilities in Cognitive Rehabilitation.Katz Naomí.I992.

Wilson Bárbara,Management and Remediation of Memory problems in brain injured adults.Chapter I9, Handbook of Memory Disorders.I985.

BIBLIOGRAFIA:

Allen Claudia.How to start using the Cognitive levels; A guide to introducing Allen's Theories into your practice.S&S.Worldwide.I994.2nd.edition

Allen Claudia.Treatment Assumptions for Cognitive Disabilities.WFOT.I994.

Clasificacipn de las demencias.Criterios clínicos.Dr.Luis Famulari.

Israel Lilian.Estimulación cognitiva.

Katz Naomí.Cognitive Rehabilitation:Models of intervention in Ocupational Therapy.I992.

OPS.Metodología de la investigación.Manual para el desarrollo del personal de salud.I989.

Simon and Shuster.Diccionario internacional. Prentice Hall.New York.

C4 (4)

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

ABORDAJE CORPORAL A PACIENTES DEMENTIZADOS

T.O. Marcelo De Simone
Instituto Gerontopsiquiátrico "Emanuel"
Dir. Dra. Gloria B. Casas
M. Güemes 2574 Tel: (023) 51-2737
7600 Mar del Plata
Buenos Aires
Argentina

Experiencia de Terapia Ocupacional realizada en el instituto gerontopsiquiátrico " Emanuel" , a través de la actividad de estipulación psicomotriz dirigida a un grupo de pacientes con marcado deterioro intelectual, producto de un proceso demencial que los invalida para la realización de proyectos de diferentes actividades complicadas por el manejo de materiales, consignas a respetar o una exigente demanda corporal.

La actividad se llevó a cabo con dos momentos evaluativos que determinaron el inicio y la finalización del trabajo de campo , de treinta y dos sesiones de una hora y media de duración, en una frecuencia de dos veces por semana, abarcando los meses de Septiembre a Diciembre de 1993.

Desde la perspectiva de un perfil psicomotor se consideraron para la evaluación: la postura y el equilibrio gravitatorio corporal, los traspasos de posturas corporales, la movilidad de tronco, cuello y miembros superiores, la movilidad, la resistencia a la fatiga en marcha y subir y bajar escaleras. Estas variables, que en forma standarizada, permitieron obtener objetivamente los logros alcanzados individualmente, dieron la posibilidad de formular conclusiones de carácter grupal y una ilustración general de la muestra.

Los resultados del trabajo cubren satisfactoriamente los objetivos propuestos de mantener y aumentar la capacidad psicomotora, evitando el sedentarismo, favoreciendo la independencia personal en las actividades de la vida diaria, la integración social y ofreciendo un espacio para la realización de una actividad gratificante. Agregando así vida a los años del anciano institucionalizado y evolucionando en un canal de comunicación viable para los pacientes dementizados que participaron en forma activa de este tratamiento.

Introducción

La implementación de tratamientos de terapia ocupacional como función específica en el instituto gerontopsiquiátrico "Emanuel", comienza con la etapa previa, y necesaria, de evaluaciones, para obtener el conocimiento de las capacidades e intereses de cada paciente internado. Fueron evaluados a través de un cuestionario biográfico complementado con una fotografía. La escala de Barthel para determinar la independencia en AVD. El examen cognoscitivo por medio del Mini-Mental. La escala de independencia motora, realizada en este trabajo.

En el relevamiento de las evaluaciones se observa un grupo de pacientes con marcado deterioro intelectual producto de un proceso demencial DSM-III-R que los invalida para acceder a la realización de actividades que se complican por el manejo de materiales, consignas a respetar o una demanda corporal exigente.

Por las características de este grupo, encontramos por prevención, la obligada manutención pasiva del geronte, que lo limita en su actividad, permaneciendo sentado en un mismo lugar por largos períodos de tiempo, situación que se transforma en un sedentarismo generalizado.

Considerando la escasa capacidad motora para superar los obstáculos que se le presentan en el medio ambiente circundante, y porque su deterioro intelectual hace imposible un enjuiciamiento valido del mundo externo que los rodea, perdiendo la conciencia de su entorno, y requiriendo una atención constante e idónea, dada su incapacidad para autocuidarse, como se describe en el DSM-III-R.

Entonces, conociendo la peligrosidad de la movilización funcional del paciente, con deterioro intelectual como el que se produce en un proceso demencial progresivo, moderado y grave, esta hace que esta actividad se implemente como refiere Fustinione y Pasanente, con especial cuidado y tomando las precauciones necesarias para proteger y cuidar al viejo.

Al ser la movilidad del geronte una actividad de atención específica, se le restringe o en algunos casos extremos, se le anula la posibilidad de ejecutarla en forma independiente, situación que lo dispone en un medio ambiente carente de estímulos para mantener su capacidad.

Ampliando el concepto de movilidad a través de la funcionalidad, en la actividad del geronte que retrocede a medida que progresa la edad, Anderson deduce de sus investigaciones, que el individuo debe estar sometido a una cantidad mínima de estímulos cotidianos, ya que de no ser así, podría sufrir una grave disfunción psicofísica. Este concepto sugiere que la falta de estímulo conduce a la disminución de la actividad, lo cual, en circulo vicioso, es causa de un menor estímulo y finalmente del deterioro rápido de la conducta.

En la asistencia a esta virtual demanda, se programa un plan de estipulación psicomotriz acorde a las capacidades psicofísicas de los integrantes del grupo, permitiendo desde un abordaje corporal la integración de este tipo de pacientes a las actividades terapéuticas.

Luego de haberse implementado, en anteriores oportunidades, la actividad de estipulación psicomotriz con pacientes con capacidad psíquica suficiente para poder referir verbalmente los alcances terapéuticos logrados en su integración a esta actividad.

Interesa la posibilidad de tratar los datos en forma precisa con el método científico, considerándolo en la búsqueda bibliográfica, se encuentra el artículo de Peter Conrad: "investigación cualitativa de enfermedades crónicas" que trata el desarrollo conceptual de este tipo de muestra.

En Estados Unidos los trabajos sociológicos-cualitativos han tenido un aumento

considerable en la década del 80.

Un importante número de libros y artículos fueron editados, arrojando una especial contribución a la expansión de esta literatura, específicamente para las demostraciones sobre la metodología a implementar y lograr focalizar un punto direccional para el desarrollo conceptual, en cuanto a la cantidad de integrantes que forman el grupo y los datos personales : edad, sexo, tiempo y tipo de enfermedad que sufren, medicación que les es administrada y el período de trabajo al que deben ser sometidos los participantes, que no necesariamente debe ser prolongado, y más si se considera la complicación de mantener una muestra de personas añosas y que padecen un proceso demencial.

Estos conceptos permiten una nivelación de la situación individual de unos con otros y por lo tanto la homogeneización del grupo, pudiendo codificar o estandarizar los resultados evaluativos, quebrándose como individuales y extendiéndose a una ilustración general de la muestra.

Objetivos

Objetivos Inmediatos

- Aumentar y mantener la capacidad psicomotora del paciente.
- Asistir a la sintomatología clínica que mejora con la estimulación psicomotriz.
- Cubrir las demandas e intereses personales en forma grupal con la actividad indicada y ajustada a las capacidades perceptivas-psico-motoras de los participantes.
- Ampliar la red social del anciano institucionalizado por medio de su integración a un grupo terapéutico con continuidad en el tiempo .
- Ofrecer los estímulos necesarios aumentando el nivel de actividad brindándole un medio ambiente propicio para evitar el rápido deterioro de la conducta.
- Obtener una evaluación objetiva de los logros alcanzados por los pacientes abordados con este tratamiento.

Objetivos Mediatos:

- Favorecer la independencia personal del anciano en las actividades de la vida diaria y su integración social.
- Otorgar la posibilidad al paciente de alcanzar un alto nivel de su capacidad psicomotora que le permita acceder a proyectos de mayor complejidad y compromiso de distintas actividades.
- Mejorar las relaciones interpersonales , para facilitar la integración y participación grupal.

Objetivos Ideales:

- Ofrecer un espacio para la realización de una actividad gratificante agregando vida a los años del paciente institucionalizado evitando el sedentarismo de grave repercusión para su salud .
- Lograr una continua y numerosa integración a las actividades terapéuticas para enlentecer el proceso involutivo de la vejez que enfrentan los pacientes añosos.
- Evolucionar en un canal de comunicación viable para el paciente dementizado.
- Ofrecer desde el servicio de terapia ocupacional como integrante de equipo interdisciplinario actuante una asistencia justa y solidaria.
- Proporcionar los estímulos necesarios para que el anciano tenga una participación activa en la dinámica institucional.

C4 42

Metodología

El análisis comparativo de las evaluaciones individuales realizadas a toda la población del instituto gerontopsiquiatrico "Emanuel" arroja la información de un grupo de características homogéneas en cuanto a la edad, sexo, capacidades psicofísicas y diagnósticos.

El grupo esta integrado por catorce pacientes mayores de 75 años que padecen procesos demenciales graves y moderados (DSM-III-R) de dos años de evolución como mínimo, con no menos de un año de internación en instituciones y sin haber recibido sesiones de estipulación psicomotriz de terapia ocupacional anteriormente, en un período no menor de un año.

Sumado a las similitud de los datos personales, encontramos también la semejanza en su estilo de vida, cumplimiento de las actividades de la vida diaria (alimentación. higiene y vestido), las características ostensibles de la vejez, postura, equilibrio inestable, etc. (Fustinoni y Pasanente), la orientación temporo espacial, la senso percepción y la noción de su esquema corporal.

Las características homogéneas no se conservan en el interés personal por realizar la actividad, obteniendo dos grupos de siete pacientes, uno dispuesto a realizar la misma y el otro no, rechazándola e integrando así los grupos de trabajo y de control respectivamente. La diferencia entre los dos grupos se mantiene en el tratamiento farmacológico psiquiátrico, siendo medicados con treinta gotas de Halopidol simple, por día, los integrantes del grupo de trabajo y 20 miligramos de Meleril, por día, los integrantes del grupo testigo, el cual al estar formado por los pacientes que se presentan indiferentes y/u hostiles a cualquier incentivo para participar en la actividad, no se les ofreció ninguna asistencia que les brindara algún estímulo psicomotriz formal, durante el período en el que se realizó la experiencia.

El trabajo de campo se realizó en treinta y dos sesiones, de una hora y media de duración, con una frecuencia de dos veces semanales, abarcando los meses de Septiembre a Diciembre de 1993. La sesión consta fundamentalmente de dos etapas: la primera de caminar, subir y bajar una pequeña escalera y de repeticiones de pasar de parado a sentado y viceversa; y la segunda, progresivamente, de movimientos activos y asistidos de miembros superiores, cuello y tronco. En su mayoría los movimientos de la segunda etapa, son de tipo lineal y segmentados, trabajo al que los participantes del grupo accedían, e igualmente tenían que ser administrados en forma demostrativa y figurada, por las apraxias que se presentaban, quedando limitados para una práctica de movimientos en espiral y diagonal de mayor compromiso biomecánico y respuesta psicofísica pronta.

La implementación de los ejercicios en este tratamiento fue programada en base a las capacidades psicofísicas de los participantes, los objetivos a lograr y las condiciones ambientales que brindó la institución.

En relación a los objetivos propuestos se identifican las variables, que a través del tratamiento de terapia corporal con un abordaje corporal, permitan evaluar las respuestas psicofísicas obtenidas.

La dinamización que se le ofrece al paciente, demanda capacidades necesarias como la marcha, subir y bajar escaleras, control de la postura y del equilibrio gravitatorio corporal, pasaje de sentado a parado y viceversa, y movimientos activos y asistidos que se consideran como variables a medir.

Independientemente de los controles ya realizados a la población del instituto, se prepara una evaluación con las variables ya mencionadas, con un acercamiento a la cuantifica-

ción, adaptada y extraída, en parte, de la escala de Barthel, en aquellos casos que lo posibilitan.

Esta evaluación fue completada con la toma de diapositivas, que ilustran los datos obtenidos. Las tomas se hicieron en las dos oportunidades evaluativas, al iniciar y al finalizar el trabajo de campo. Antes de comenzar a administrar la actividad al grupo de trabajo, se realiza la primera evaluación en forma individual a cada integrante. Luego se realizan las treinta y dos sesiones de estimulación psicomotriz, y se vuelve a tomar en las mismas condiciones generales, las segundas evaluaciones y sus respectivas diapositivas, material que permite observar claramente las respuestas obtenidas.

Discusión

Las paulatinas modificaciones involutivas y degenerativas que se producen en los tejidos y en las células del geronte, van marcando la disminución de las funciones de cada uno de sus órganos, que pueden estar dadas en forma simultánea y armónica u haber variación en sectores o regiones que hacen que los Órganos puedan poseer grados diversos de vejez.

Estas modificaciones de las células, tejidos, Órganos y funciones son las que hacen aparente el envejecimiento. Algunos signos ostensibles del mismo, que permiten reconocer fácilmente a las personas de edad avanzada, son: el encorvamiento, la marcha menso firme y al final insegura, disminución de la masa muscular y la aptitud para ejercicios violentos.

La nula modificación que se encuentra en las evaluaciones del control postural de todos los participantes de la muestra, activos y pasivos, se explica, según Fustinoni y Passanente, por efectos de una rarefacción del tejido óseo denominada osteoporosis: los cuerpos vertebrales se reducen de altura y los discos intervertebrales degeneran y se aplastan; esto aumenta la incurvación de la columna y la reducción de la talla.

El proceso biológico involutivo que afecta a los tejidos y a las células del geronte se encuentra manifiesto, en algunos casos, en la actividad refleja y el equilibrio gravitatorio corporal, como un producto neurológico, que comienza su función, en base a la información que trasmite la actividad refleja (Guyton A.) presenta una escasa y estable respuesta favorable a la atención psicoterapéutica brindada al grupo de trabajo, por medio de la estipulación psicomotriz.

En la observación comparativa entre los participantes de los grupos, se releva que los pacientes mantuvieron casi el mismo nivel de función del equilibrio, independientemente del trabajo realizado o no.

En la ejercitación de tronco, cuello y miembros superiores nos encontramos con el inconveniente de no poder implementar, aunque sea progresivamente, movimientos en diagonal y en espiral de mayor respuesta psicofísica, en menor tiempo.

La limitación de la capacidad psicomotora del paciente dementizado se puede acreditar a varias causas: al trastorno mnésico, que hace vivenciar sesiones aisladas de una atención continua, sobre todo en los primeros meses; al deterioro del pensamiento abstracto que lo imposibilita para figurarse o imitar los movimientos; a atopognosia o apraxias.

Entre los síntomas que se describen (D.S.M. III R.) en las demencias, se observan los trastornos de las funciones corticales, como apraxia (incapacidad para llevar a cabo actividades motoras); causa que explica las limitaciones de estos pacientes en la participación al ser estimulados psicomotrizamente, como actividad implementada para su tratamiento.

La implementación de ejercicios lineales y amplios, en una continua administración, dan una respuesta favorable

En el grupo de trabajo se evalúa aumento y manutención de la movilidad de tronco, cuello y miembros superiores en todos sus integrantes. Desde una observación directa, el aumento se alcanzó en el segundo mes de tratamiento y luego se mantuvo al mismo nivel hasta la segunda evaluación que se realizó dos meses después.

En el grupo control se evalúa la manutención de la movilidad de tronco, cuello y miembros superiores en un 40% de la muestra, mientras que el 60% restante arrojó en su evaluación una considerable disminución.

El traspaso de sentado a parado y viceversa, refleja simétricamente opuestas las respuestas obtenidas por los integrantes de los distintos grupos. En el apareamiento de los integrantes, con capacidades similares de lós dos grupos, relevamos que los de mayor capacidad psicofísica mantuvieron la independencia en la transferencia de posturas corporales, mientras que en los de menor capacidad, los que recibieron el tratamiento obtuvieron una mejoría en esta función y los que se mantuvieron pasivos disminuyeron la capacidad.

Teniendo en cuenta que la independencia en los traspasos corporales junto a la iniciativa personal o al estímulo externo, brinda al paciente un considerable nivel de dinamización, dándole apertura a un medio ambiente donde puede repetir y ejercitar en forma corriente, sus capacidades psicofísicas y en cambio, el que es dependiente tiende a la pasividad como modo de vida, permaneciendo largos períodos en un mismo lugar, ambiente de insuficientes estímulos para mantener sus capacidades favoreciendo y acelerando así el proceso involutivo de la vejez.

La pasividad tiene una grave repercusión en aquellos pacientes de escasa capacidad psicofísica, ya que una de las primeras funciones que se incapacita son los pasajes de posturas corporales, potenciando de esta manera el sedentarismo, de grave perjuicio para su salud.

La actividad sinérgica del caminar, como unidad en si misma, aparentemente, es simple de realizar y mas si consideramos que la ejercemos a partir del primer año de vida. En cambio si consideramos todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, que se tiene que interrelacionar para efectuarla, diríamos que es compleja. Por lo tanto, nos encontramos que la marcha desde un aspecto es de realización simple y por otro, debido a su gran compromiso orgánico, es completa como actividad estimulatoria.

En la actividad corporal de las personas que sufren un proceso demencial, se evidencian las apraxias, como síntomas de la enfermedad. En la observación del grupo, la sintomatología apráxica casi no se presenta en la actividad del caminar y sí aparece en ejercicios dirigidos de menor compromiso funcional y psicofísico. En la programación de la sesión de estimulación psicomotriz, se incluye el caminar como una tarea de gran valor terapéutico, pudiéndose obtener a través de su ejercitación resultados positivos en el sistema cardiovascular, en la capacidad pulmonar, amplitud articular, fuerza muscular y consecuentemente en la resistencia a la fatiga, que se refleja en un aumento de las posibles distancias recorridas, pudiendo el paciente implementar esta capacidad para realizar o integrarse en proyectos de mayor compromiso, de distintas actividades recreativas, sociales, A.V.D., etc.

A pesar de las características fisiológicas de la vejez, como son la reducción de la masa muscular, la atrofia de los tejidos elásticos y la esclerosis de las articulaciones, hacen que la caja toráxica se haga mas rígida y la capacidad respiratoria disminuya, de cinco litros en la adultez a tres litros en la vejez (Fustinoni y Passanente), pero igualmente se obtuvo a través de la ejercitación propuesta un franco y unánime aumento en la resistencia a la fatiga en marcha de

los participantes activos, mientras que los que se mantuvieron pasivos, les disminuyó esta capacidad. Al evaluarla, transitoriamente, estamos evaluando la fuerza muscular y la capacidad respiratoria, que en su funcionamiento interrelacionado determinan la resistencia.

Subir y bajar escaleras, fue introducido al plan de ejercitación por múltiple causa, aunque hasta este momento, no se pueda fundamentar por trabajos científicos de algunos autores que han desarrollado el tema. Aún cuando no se pudo encontrar un marco teórico definido, de la implementación de esta tarea, como ejercitación parte de la vivencia de las personas institucionalizadas o no que se encuentran con escaleras en el medio ambiente cotidiano, pudiendo ser una barrera arquitectónica para a quellas personas que por no acceder a sortear un obstáculo de esta naturaleza queden invalidadas en esta función limitándolas en su movilización personal e independencia motora, siendo tal vez perjudicial por reducirlo a un ambiente carente de estímulos (Anderson). Otro de los fenómenos que hacen interesante a este ejercicio, es que tiene la práxica básica de las modalidades aeróbicas modernas, como el "Step", o de las diversas máquinas que se especifican en estas práctica como única actividad física y que tanto furor estén haciendo en estos años. también nos encontramos con la considerable ventaja de que la mayoría del grupo, en mayor o menor grado, accedía a esta ejercitación y se podía implementar espontáneamente, ya que el lugar donde se realizaban las sesiones, cuentan con escaleras, con barandas para asegurar y facilitar el acceso.

Al evaluar el subir y bajar escaleras obtenemos datos satisfactorios, y observamos que los pacientes que se encontraban incapacitados llegaron a realizar la tarea con ayuda y los otros mantuvieron su capacidad. Y en el grupo control . el 40% mantuvo esta capacidad y el 60% se incapacitado.

Conclusiones

- Aún al haber implementado en el tratamiento, ejercicio de corrección postural, no se obtuvieron modificaciones. Los integrantes de los dos grupos mantuvieron la misma conducta en su postura corporal.
- El equilibrio gravitatorio corporal, tanto estático como dinámico, de los pacientes del grupo de trabajo se mantuvo estable, mientras que el de los pacientes del grupo testigo, sufrió una disminución a nivel del equilibrio estático.
- En cuanto a la movilidad del tronco, cuello y miembros superiores alcanzaron y mantuvieron favorables logros los participantes del grupo de trabajo, en oposición se vió una involución de los participantes del grupo testigo,
- Los cambios de postura corporal muestran la misma incidencia en los resultados obtenidos, que en la motilidad como ejercitaciones concomitantes ya que son los mismos integrantes que modifican los resultados positivos y negativos de la muestra.
- La movilidad alcanzó una gratificante evolución y manutención entre los participantes del grupo de trabajo y no así entre los pacientes del grupo testigo.
- Se registra un unánime aumento al nivel inmediato superior de la escala de independencia motora realizada e implementada en la resistencia a la fatiga en marcha del grupo de trabajo y disminución de esta función, casi simétricamente opuesta, en el otro grupo.
- Dentro de las referencias de subir y bajar escaleras se releva el aumento y manutención de esta función en los pacientes activos. Y la manutención en un sólo

CA
43

caso y la disminución e invalidez de los demás pacientes del grupo control.

bliografía

• D.S.M. III R .: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson 1™ edic. 1988 Trastornos y síndromes mentales orgánicos 119 pag.

• Conrad Peter- "Qualitative research on chonic illness: A comentary on the method and conceptual developmen". Sociology Science MÈdical. Vol 30 N∫ 11.Pag 1257 a 1263- 1990.

• Willard y Spackman. " Terape'tica Ocupacional". Edit. Jims

• Anderson J. E. " The use oftime and energy". Biren de University de Chicago Press. Chicago 1959.

• Guyton Arthur C. "Tratado de fisiología médica": Méjico. Interpanamericana 1977 "Fisiología Humana" Méjico. Interpanamericana 1975

• Collin, Wade and Horne 1987 Escala de independencia en las A.V.D. de Barthel.

• Fustinoni y Pasanente. " La tercera Edad". Edit La prensa Médica. Argentina S.R.L.!980.

MODULO 7

TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS ORTOPEDICOS Y NEUROLOGICOS. TRATAMIENTOS INDIVIDUALES.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

+ reeducacionista.

PARALISIS BRAQUIAL OBSTETRICA AVANCES EN EL TRATAMIENTO

T.O Dora Esther Pianaroli

Hospital Materno Infantil

Catelli 2400 Mar del Plata c.p 7600-Buenos Aires

Tel. (023) 22021/22/23

ARGENTINA

El mecanismo del trauma obstétrico, consiste en el estiramiento del plexo braquial, debido a una tracción anormal en el momento del parto.

Se trata de una lesión nerviosa periferica radicular, que produce la parálisis total o parcial, momentanea o permanente del miembro superior.

Generalmente se presenta en partos dificultosos donde la madre y el feto no guardan una adecuada proporción cefalopelvica, dado por un aumento considerable del peso materno y del bebe, madre diabética, hipotiroidea, etc. Se puede presentar en partos normales con presentación cefálico, en parto con forceps, o en cesareas.

La lesión del plexo puede ir acompañada de otras patologias tales como:

- Fractura de clavicula que consolida a los 10 o 15 días espontanemente.
- Epifisiolisis Humeral lleva aparejado secuelas en el desarrollo del hueso.
- Torticolis por elongación o contución del musculo ecom.

El daño que se produce en el plexo puede variar desde el simple bloqueo funcional o neuropraxia, hasta la ruptura completa o neurotmesis, siendo lo mas frecuente las rupturas parciales a diferentes alturas.Dependiendo la sintomatología que presente el paciente del sitio y grado de la lesión nerviosa periférica. Puede decirse que en general las rupturas son post-ganglionares, pero también se puede presentar en forma pre-ganglionar o por avulsión del plexo.Dando como característica una P.O total con trastornos de la sensibilidad a nivel del M.S.

Las P.O podrían clasificarse en P.superior o Duchemne Erb, P. inferior de Deyerine Kumkle y P. total.Desde un punto de vista más funcional biomecanicamente hablando podemos distinguirlas en P.O globales con predominio proximal o con predominio distal.

Este trabajo se centra en el estudio de P.O de tipo global a predominio proximal dado que el mayor porcentaje de los pacientes se encuadra en tales características.

La sintomatología de una P. braquial presenta distintos períodos con la evaluación propia de la patología;variando notablemente el cuadro cuando se evalúa al bebe durante los primeros 15 días, a los 3 meses y al año de vida.

Al evaluar a un R.N de hasta 15 días se puede observar un cuadro de pa-

b

ralisis total donde es dificil su clasificación.El M.S. se halla contra el cuerpo con el hombro descendido, en aducion y rotación interna; el codo en extension, el antebrazo en pronación, la muñeca puede o no hallarse flexionada con desviación cubital y los dedos flexionados.

En estos momentos la movilidad pasiva presenta un rango de movilidad total, y la movilidad activa es nula ante la estimulación tactil.La sensibilidad se halla conservada,siendo de muy dificil evaluación.

Es crucial el diagnostico de cualquier tipo de fractura concomitante, dado que en muchos casos no existe una lesion del plexo y el comportamiento que muestra el M.S. se debe a un posicionamiento antialgico por dicha fractura.

Esta posición caracteristica suele modificarse despues de 15 a 30 días, dada la evolución natural de la P.O. o por la disminucion del dolor producido por las causas antes mencionadas.Una vez superada esta primera etapa es más factible dar un diagnostico con respecto al tipo clínico de P.O. al que corresponde.

Por lo cual podemos afirmar que la evaluacion del R. Nac. y del bebe de un mes de vida es diagnostica mientras que la que realizamos a los 3 meses nos permite dar un pronóstico presuntivo con respecto a la recuperación del M.S. y realizar las modificaciones pertinentes al tratamiento.

Modernos estudios aseguran que si a los 3 meses no se observa una recuperación del deltoides y biceps con un valor M3 la rehabilitación del hombro no será total.De no ser así generalmente se indica una cirugia exploratoria y reparadora.

Y por último al evaluar el niño al año de vida podemos valorar las secue - las actuales y futuras dado que siempre se instauran tempranamente, este tema de las secuelas de la P.O. merece un capitulo aparte.Nosotros nos centraremos en el tratamiento del 1º año de vida y sus diversas etapas.

Es sabido que el plexo requiere de un proceso biologicamente natural pa- a su recuperación, lo que algunos autores denominan, la cura espontanea.

Desde nuestro punto de vista como T.O. y teniendo en cuenta las investi iaciones recientes acerca de neurofisiologia.Podemos centra nuestra atención, en a importancia de la realimentación sensitiva para el aprendizaje y la ejecucion ubsiguiente de actos motores que requieren destraza.

El desarrollo de esta técnica terapeutica de biorrealimentación y la experi ncia personal suministran amplios elementos de prueba, en el sentido de que el ojo motor eferente depende del flujo sensitivo aferente.Esta técnica se basa en la plicación de estimulos visuales, auditivos, tactiles y propioceptivos en busqueda e reforzar la estimulación sensoria a traves de cualquier metodo disponible.

En el niño menor de 1 año lo volitivo es practicamente nulo.Lo más impor ınte en esta etapa de la reeducación, es que el terapeuta y la madre entrenada, even a cabo el mov. exactamente tal como lo realizaria el paciente.

No solo se debe desarrollar el trayecto eferente del musculo agonista pa- tico, sino además trayectos coordinados similares para el antagonista se relaje, s sinergistas ayuden al movimiento y los estabilizadores fijen el segmento orporal en una posición funcional.Esto es de vital importancia en la cintura scapular que se caracteriza por ser un sistema articular formado por 7 ticulaciones que se mueven sincronizadamente con un ritmo Escapulo humeral escripto por Codman, donde las alteraciones de una de estas articulaciones mo minimo producen un movimiento incoordinado con disminución de su iciencia, y nuestro objetivo es producir un movimiento coordinado para lograr ıa eventual funcion coordinada.

En los P.o: las secuelas se presentan a partir de la presencia de contracturas musculares de los agonistas a los musculos pareticos.Estos se comienzan a instaurar aproximadamente a los 30 o 40 días de evolución sin tratamiento.

Por lo tanto nuestras acciones seran dirigidas especificamente a prevenirlas. El plan de tratamiento implementado se podria describir en 3 fases, estas no son excluyentes entre si y se superponen, variando su intensidad, modalidad, y momento de aplicación.

La PRIMERA FASE podriamos definirla como de prevención o corrección de factores que limiten el alcance del movimiento.

El tratamiento consistiria en el perfecto balance entre reposo postural y el ejercicio.

El reposo postural consiste en el posicionamiento del M.S. afectado cuando el niño duerme en decubito ventral.El hombro se coloca en una abducción de 70º u 80º, brazo en rotación externa. codo en flexion de 90º y la muñeca en posición neutra.

Las ortesis posicionales han sido desterradas. por la mayoria de los autores, dado que se ha comprobado que su uso con lleva a contracturas musculo articulares.Solamente se recomienda su uso en el caso que la mano se vea afectada y su objetivo es evitar las retracciones en flexion de la muñeca y dedos pero su uso es indicado con un intenso plan de ejercicios y solamente se colocara para el reposo.En el caso que el paciente presente desviación cubital de muñeca se colocará una ortesis de posicionamiento para prevenir la contractura o para corregirla.

Si el pulgar se hallase en inclusion o marcada adduccion y flexion, aproximadamente a los 6 u 8 meses de edad se puede prescribir una ortesis abduccion del pulgar que permita el posicionamiento del mismo y no impida su movilidad.

En cuanto a la ejercitación o movilización pasiva podemos mencionar que en un 1º momento el rango de amplitud articular del paciente R. Nac. no presenta limitacion alguna en ninguno de los sentidos.Este rango de movilidad debe ser mantenido, primeramente con movilizaciones pasivas simples y suaves respetando las distintas diagonales del movimiento del M.S. solo limitaremos el movimiento cuando halla presencia de fractura clavicular o episiolisis humeral respetando los tiempos de consolidación de las mismas.

La SEGUNDA FASE consiste en la biorealimentación por técnica de estimulación tactil, propioceptiva y cinestesica.En un intento de estimular el aprendizaje motor de los musculos denervados.

Se puede lograr una reeducación neuromuscular, literalmente hablando ayudando al paciente a establecer una relación entre la posición y/o el movimiento y las sensaciones residuales, obtenidas a través de mecanismos táctiles y cinestésicos.

El movimiento pasivo en todas las direcciones posibles y los posicionamientos funcionales en actividades tales como: llevarse la mano a la boca, tocarse la cabeza, etc. Impulsan al niño a la integración y movilización voluntaria del m.s. afectado y en especial a los músculos paréticos que tienen posibilidades de reinervación.

Esta fase se caracteriza por actividades tales como el cepillado del m.s. en sentido ascendente y descendente. Movilizaciones articulares suaves de rotación externa e interna del brazo, Abducción y Adducción, flexo-extensión de codo; prono-supinación del antebrazo; flexo-extensión de muñeca y dedos. En

alcanzado a corto plazo.

todos los movimientos pasivos se deberá sostener firmemente el segmento proximal que no se moviliza: En especial en el hombro se deberá estabilizar la escápula para evitar los movimientos de arrastre de la misma y la pérdida del ritmo escápulohemural.

LA TERCERA FASE es la reeducación motríz de coordinación de movimiento y fuerza muscular. Esta reeducación consiste en llevar al M.S. a un movimiento normal a través de estimular las terminaciones sensorias propioceptivas en el tendón, el músculo y la articulación.

El propósito consiste en producir un movimiento donde trabajan tanto los músculos fuertes como los débiles en un intento de entrenarlos para que trabajen y un tes. Cuando esto se logra las posibilidades de contracturas posteriores es mínima. Lo que busca es alcanzar y mantener un equilibrio muscular mediante movimientos integrados donde participan más de una articulación y un grupo muscular. Tendiendo a las movilizaciones activo-asistidas y activas, incentivando al niño a través de juegos y estimulación táctil, para que entre otras cosas: lleve la mano a la boca, toque su nuca, arroje o empuje juguetes, etc.

En esta etapa los ejercicios tienden a mejorar el desarrollo muscular de la fuerza de contracción y el desarrollo óseo, a través de ejercicios de descarga de fuerza y de enlongaciones musculares tales como: que el niño intente el gateo, se balancee sobre una pelota apoyando las manos en el piso, haga la carretilla, empujar o arrastrar un objeto pesado, estire sus brazos elevándolos para alcanzar un objeto, etc.

Como se puede ver casi todos los ejercicios de esta fase tienden a la integración no solo de los distintos segmentos del M.S. entre sí, sino también entre ambos brazos. Por un M.S. que recupera perfectamente su capacidad músculo-articular, no es útil si no está integrado al esquema corporal del niño como un M.S. activo y funcional.

La incorporación de los ejercicios activo-asistidos y activos no debe dejar de lado la ejecución de las movilizaciones pasivas de abducción y rotación de hombro, la flexo-extensión del codo y de muñeca, si fuese necesario.

En estas tres fases del tratamiento que como dijimos antes se superponen variando en modo, intensidad y momento de aplicación tienen un eje direccional común. Este está formado por la evolución natural de la patología que conjuntamente con las pautas de maduración psicomotriz del niño menor de un año,van marcando los cambios o avances en el tratamiento.Pautas tales como el control cefálico el logro de la postura sedente y bípeda,y la evolución normal de las prehensiones,son pautas claves para la incorporación de ejercicios de mayor complejidad.

Para concluir este trabajo cabe consignar que los resultados obtenidos hasta la fecha muestran que:

a) El iniciar tempranamente con el tratamiento de reeducación por biorrealimentación,logra impedir que el niño pierda su modelo motor.Dado que la desaparición, momentanea o permanente de una determinada acción muscular del esquema motor,origina tentativas de los musculos adyacentes de reemplazar el movimiento perdido mediante el desarrollo e instauración de una incoordinación.

b) Se puede impedir que los músculos antagonistas,y el tejido fibroso periarticular desarrollen contracturas en rotación interna de hombro,extensión de codo,pronación de antebrazo y flexión de muñeca y dedos,mediante las

las movilizaciones,en todo el rango de movilidad músculo-articular.
c) Se favorece la aparición de la movilidad voluntaria del Deltoides y Biceps antes del 3º mes de vida.
d) Las asinergias y discinergias de los músculos que controlan el hombro pueden ser evitadas o minimizadas trabajando específicamente en la estimulación de la coordinación del movimiento en búsqueda de una función coordinada e integrada del miembro superior.

BIBLOGRAFIA:

- Basmayian John. Terapeutica por el ejercicio. Ed. Médica Panamericana 1989.
- Hensinger Robert N.M.D. Problemas ortopédicos de hombro y cuello.Clinicas pediátricas de Norteamérica.6/1986.
- Piulachs.P. Lecciones de Patología Quirúrgica II.Ed. Toray.1975.
- Tachdjiam Mihran M.D.Ortopedia Pediátrica.Vol.3.Ed. Interamericana.1994.
- Viladot Ramón. Ortesis y Prótesis del aparato locomotor.Extremidad Superior.Ed. Masson.S.A.1992.

Ampliando Horizontes
IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL
III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL
Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

EQUIPAMIENTO PRE-PROTESICO EN PACIENTE CON AMPUTACION TRAUMATICA EN M.S.

T.O. CANGINI, Gladys y T.O. (Est. avanzada) KOERNER, María Elena.
Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín. Calle 1 esq. 70. La Plata (1900) Pcia. de Bs. As. Argentina. Te. (021) 214195/98 - 36264.

Nuestro trabajo se basa en una experiencia clínica del tratamiento de T.O. de un paciente que sufre amputación traumática bajo codo en miembro superior izquierdo; 1er., 2do. y 5to. dedo de la mano derecha, por explosión de una granada, donde se utiliza prótesis reciclada y adaptada para cumplir función de pre-prótesis.

Es derivado a T.O., por el servicio de quemados para su atención por consultorio externo, en el mes de febrero de 1993, a los sesenta días de ocurrido el accidente.

En la evaluación realizada se observa:

- longitud del muñón: 20 cm. desde codo, miembro sano: 50 cm., hasta extremo distal del dedo medio;
- musculatura: adelgazada, con hipotrofia;
- edema: disminuido; circunferencia medial: 21 cm. miembro sano: 24 cm., con musculatura voluminosa;
- estado anímico: favorable, con espectativas por volver a su oficio anterior, el que era herrero y mecánico.

Se inicia tratamiento con los siguientes objetivos:

alcanzado a corto plazo.

- utilizar técnicas de cuidado del muñón referentes a:
  - modelar y reducir edema con venda elástica
  - desensibilizar con diferentes técnicas;
- fortalecer grupos musculares;
- favorecer amplitud de movimiento en las articulaciones;
- desarrollar destreza manual en la mano derecha;
- lograr independencia en las A.V.D.;
- conectar y entrenar en el manejo de la pre-prótesis.

El tratamiento de T.O. se lleva a cabo con una frecuencia de dos sesiones de 45 min. por semana, durante los dos primeros meses, y luego, una vez por semana, 60 min., dado que no residía en la misma ciudad y se le dificultaba viajar. Paralelamente a éste, se comienza a trabajar con personal del taller de adaptaciones en el reciclado de una prótesis mecánica de M.S. en desuso, a fin de ser utilizada como equipamiento pre-protésico con el objeto de lograr el primer contacto con el elemento mecánico, y acelerar la independencia en A.V.D. a fin de alcanzar la incorporación de la prótesis definitiva cuando cuente con ésta.

Es de destacar que en el Congreso de Medicina Física y Rehabilitación del año 1993 fue presentado un trabajo libre por el servicio de fisiatría del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata, similar en lo referente al reciclado de prótesis en desuso para ser utilizada como pre-prótesis en pacientes con amputación de M.I..

Detallaremos los pasos que se siguieron para adaptar la pre-prótesis:

- <u>Confección del cono de enchufe</u>: se realizó el molde de yeso tomando la forma del muñón para ser utilizado como negativo y hacer de éste el positivo sobre el cual se moldeó la goma eva que posteriormente se utilizó como interior del cono de enchufe de la pre-prótesis que se confeccionó en P.V.C., el que se moldeó también sobre el positivo de yeso anteriormente mencionado.
- <u>Adaptación de la estructura mecánica de la mano cosmética a un gancho mecánico</u>: por un sistema de

poleas y palancas se logró un mecanismo de apertura voluntaria del gancho y cierre involuntario. Esta apertura voluntaria se logra por la tensión colocada sobre el cable de control realizado con un hilo de nylon, que se extiende desde la polea mencionada hasta un arnes confeccionado exclusivamente para el paciente; y el cierre se logra con un resorte colocado dentro de la mecánica del gancho.

- Arnes: en forma de ocho como el convencional en cuanto a su colocación y su funcionamiento.

La necesidad de modificaciones y ajustes de la misma se fueron resolviendo durante el entrenamiento, el mismo perduró entre 5 - 6 meses. Para dicho entrenamiento se utilizaron las pautas que se siguen con una prótesis mecánica con gancho.

Para el mes de diciembre de 1993, se observó buen manejo de la pre-prótesis. A los dos meses, se cuenta con la prótesis mecánica definitiva que fue gestionada en el ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En dos sesiones se observó que la colocación y el manejo de la misma no presentó dificultad alguna y se lo cita para controles mensuales a los que no asistió en forma regular.

El último control se realizó en el mes de agosto de 1994, observándose: que el paciente ha incorporado en forma inmediata la prótesis; lo que le ha permitido el uso y destrezas satisfactorias para una reinserción laboral y su desempeño en las habilidades requeridas para el cumplimiento de su oficio habitual (herrero y mecánico). Valorando los beneficios de todo el proceso desde que comienza la atención, que consistió en el cuidado, preparación y entrenamiento con una prótesis reciclada y adaptada, la que cumplió la función de pre-prótesis.

Oportunamente, posibilitó la reducción de tiempo en el proceso de entrenamiento, con el que logra un nivel de control y una destreza de uso plenamente satisfactoria al momento de contar con la prótesis definitiva.

Todo lo vivenciado le proporcionó un estado psicológico óptimo para su reinserción social, lo que no pasó inadvertido en el medio que frecuenta.

04 (46)

Bibliografía:

1- KRUSEN - KOTTKE - LEHMSN - "Medicina Física y Rehabilitación". Edit. Panamericana. Madrid, 1991.

2- TROMBLY, Catherine Anne, Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Edit. Científica. 1981.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

"EL TRABAJO A DOMICILIO,UNA ALTERNATIVA QUE CRECE EN TERAPIA OCUPACIONAL."

T.O.ANDREA DE PAZ.

La PLATA,CALLE 65 Nº 773,DEPTO.8.

El trabajo a domicilio es una forma de tratamiento que a lo largo de estos años ha tenido un abordaje corriente en T.O.En especial para pacientes adultos con una secuela de diferentes patologías neurológicas,que le impiden asistir en forma cotidiana para un tratamiento de largo plazo generalmente.

Los objetivos que un T.O.se plantea no varían de los que uno se propone en un consultorio para lograr la mejor recuperación del paciente.

Lo que sí varía son las características peculiares que adquiere "entrar a la casa del paciente","entrar a su mundo familiar directo."

Conocer sus vínculos,el efecto que tuvo y tiene la discapacidad en la vida de todo el núcleo familiar.

Todos aquellos factores que toman un efecto especial,como son las modificaciones que muchas veces se realizan de las actividades como medio terapéutico,la aceptación de adaptaciones y sugerencias de cambios para el hogar.

El lugar elegido para la sesión, revela muchas veces la personalidad del paciente y del núcleo familiar.

La relación con otros profesionales debe tenerse en cuenta para poder aún en el domicilio mantener el trabajo en equipo.

Muchas veces la adaptación de la familia o la dependencia con ella, son elementos importantes a tener en cuenta.

Un contrato económico claro y en especial un manejo adecuado de las espectativas que el T.O. debe transmitir en relación :

*al tipo de trabajo

*evolución del tratamiento y pronóstico

Son las pautas fundamentales que hacen a un abordaje domiciliario con pautas claras y un resultado efectivo.

CONCLUSION:

1. Cada día de amplía la derivación a T.O. domiciliaria.

2. Posibilita un espacio válido de tratamiento que asegura "Ampliar horizontes".

Ampliando Horizontes
IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL
III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL
Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL: HOSPITAL PROVINCIAL "DR. JOSE MARIA CULLEN" - SANTA FE.

AUTOR: T.O. Mónica Ocello
Est. de T.O. Milagros Demiryi
Est. de T.O. Carla Boggio

Lugar de Trabajo: Hospital Provincial "José María Cullen".

El objetivo de este trabajo audio-visual es mostrar la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital "José M. Cullen", el equipamiento (íntegramente artesanal) y la variedad de casos clínicos que se atienden.

El trabajo consta de:

- Introducción: breve reseña histórica de la creación de la Unidad de Terapia Ocupacional.
- Descripción del Equipamiento y presentación de pacientes realizando secuencias de actividades.
- Muestra de férulas y sus diferentes aplicaciones en el tratamiento de T.O. en distintas patologías.

C4 (47)

T.O. Mónica G. Ocello.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Sellembre de 1995. Argentina.

ALTERACIONES POSTURALES EN ADOLESCENTES

Ana María Sánchez.

Escuela Superior de Sanidad

Salvador Caputto 3353 - Santa Fe

ARGENTINA

Detección de alteraciones posturales, posterior derivación a los profesionales de la salud.

- Balanza, estadiómetro, cinta métrica, goniómetro, plomadas, planillas de control.

Evaluación: observación visual, subjetiva, de frente, espaldas, perfil derecho e izquierdo (requiere habilidad y experiencia del evaluador). Tarea supervisada por un docente permanente. Cuando se consideró necesario, se / realizaron mediciones goniométricas, maniobra de Adams...

Sabido es que:

- La postura es la expresión somática de emociones, impulsos y regresiones, cada una refleja in-/ conscientemente en las actitudes exteriores, la propia / condición interior, la propia personalidad (Gaillet).

- La mayoría de las alteraciones morfológicas que surgen en la etapa evolutiva son a causa de /

la adquisición de esquemas motores erróneos,

- el crecimiento, el metabolismo y factores biomecánicos influyen en la adquisición y persistencia de / las malformaciones,

- la escoliosis suele ser idiopática en esta edad,

- el pie plano, se presenta con más frecuencia en el sexo femenino debido al aplanamiento del arco longitudinal (Tribastone).

- Las malformaciones torácicas pueden derivar en problemas graves si afectan las funciones cardiorespiratorias.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, se realizó tratamiento estadístico de los datos.

Se demostró que:

- las malformaciones encontradas fueron: escoliosis (66%), asimetría de hombros (78%), pies // planos y valgos (56%), asimetría de miembros inferiores / (38%).

Se aconsejó consulta médica al 31 % de la muestra.

Con respecto a estos casos, se propone:

- derivarlos a los profesionales del arte de curar

- realizar un estudio longitudinal.

Se sugiere:

- motivar a Terapistas Ocupacionales para / que en las actividades terapéuticas y puestos de trabajo // controlen, mantengan, mejoren la postura de sus pacientes.

- Interesar a autoridades competentes para //
este tipo de evaluación en todas las escuelas.

- Comprometer a estadísticos a realizar un es
correlación entre este método, los controles mí-
ltiplíficos.

SUMARIO

TOMO 2

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

PRECONGRESO
09 y 10 de Setiembre de 1995
CENTRO CULTURAL PROVINCIAL
JUNIN 2457 - SANTA FE - ARGENTINA

CONGRESO - SIMPOSIO
11, 12 Y 13 de Setiembre de 1995
PARANINFO DE LA U.N.L.
BV. PELLEGRINI 2750 - SANTA FE - ARGENTINA

INDICE TOMO 2

M O D U L O S

MODULO 8

TERAPIA OCUPACIONAL EN ABORDAJE REUMATOLOGICO Y GERIATRICO.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

EXPERIENCIA: ABORDAJE GRUPAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)

T.O. Cangini Gladys y T.O. De Marzo Silvina

Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín. Calle 1 esq.70 - 1900 La Plata.

Abordaje grupal en el tratamiento de personas con AR como recurso fundamental y complementario del tratamiento convencional, utilizando metodología educativa para lograr mejor calidad de vida y adaptación a la enfermedad crónica, permitiendo que el paciente se transforme en protagonista de su propio proceso de cambio.

Funciona desde 1993, con una sesión semanal de 1 hora y 15 minutos en un gimnasio equipado, un promedio de 8 a 10 pacientes por sesión y dos T.O. a cargo.

La educación del paciente se refiere a:

- conocimientos anatomofisiológicos del sistema locomotor y sus modificaciones por el efecto de la enfermedad.
- prevención de la fatiga, el dolor y la inflamación.
- técnicas de simplificación del trabajo para minimizar la energía requerida e incrementar tolerancia a la actividad.
- técnicas de protección articular.
- necesidad de actividad balanceada y descanso físico.
- aprendizaje de patrones posturales y mecánica corporal adecuada.

Algunos de los recursos utilizados en las sesiones terapéuticas son: poleas, espaldar, bicicleta, rueda de hombro, plano inclinado, aros, bastones, pelotas, dados, bolitas, elásticos, mazas, juegos, etc.; diferentes elementos de vestimenta, higiene, alimentación, cocina y limpieza, como también artículos bibliográficos, fotos, diarios, cartillas informativas, folletos y afiches.

- Conclusiones: el paciente valoriza el tratamiento físico considerándolo tan importante como su medicación; asimila la información y los elementos trabajados en forma concreta a todas las áreas de su vida, desempeñándose con un rol activo en la realización de ajustes, adaptaciones y modificaciones de hábitos en las actividades de la vida diaria, del hogar, sociales y laborales.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

UNA PROPUESTA DE ABORDAJE CORPORAL EN GERIATRIA.

T.O. Claudia Miranda.

Clínica de Geriatría y Rehabilitación Del Carmen.

Rivadavia 4051. (7600) Mar del Plata. Buenos Aires.

Teléfono: 72-0174.

ARGENTINA.

La experiencia se lleva a cabo en una clínica de geriatría, debido a las instalaciones edilicias de la misma, la dinámica del equipo interdisciplinario determina la presencia durante la mañana de T.O. así como en horario vespertino de kinesiología y fonoaudiología a demanda.

T.O. trabaja en conjunto con alumnos de la carrera que realizan sus practicas clínicas, ademas de la estrecha colaboración con médicos, enfermeras y asistentes geriátricas.

Descripción de los grupos: se llevan a cabo dos grupos, que se diferencian por la cantidad y característica de los mismos. Uno esta compuesto por aproximadamente entre 10 y 15 personas, independientes y semi-dependientes (estos últimos en su mayoría). El otro por aproximadamente entre 6 y 10 personas, semi- dependientes y dependientes.

Se observan diferentes patologías, que conforman la heterogeneidad de ambos, presentandose afecciones: reumáticas - ortopédicas - neurológicas - endocrinologicas - cardiovasculares - pulmonares obstructivas crónicas - psiquiátricas (demencias primeros estadios.)

PROCESO EVALUATIVO

Decidido el ingreso al grupo de actividad corporal (previo a esto se realiza una evaluación de pertenencia al mismo) se toman las siguientes pruebas, las cuales se realizan al inicio así como sistemáticamente se repiten cada cuatro meses, en caso de internaciones transitorias (la misma puede realizarse con un mínimo de dos meses según el tiempo de permanencia, si el tiempo fuera menor se siguen entonces otros criterio de registro) y cada ocho meses en caso de internaciones permanentes.

Ficha A : para evaluación de las A.V.D, se utiliza el INDICE PARQUE NORTHWICK DE LAS A.V.D. (Eakin Pamela, 1989. Pág. 11). Este índice fue diseñado para evaluar cambios funcionales en pacientes que recibieron variados métodos de tratamiento. La misma consta de 15 items cubriendo las A.V.D. (autocuidado).

Los métodos de evaluación están todos estandarizados, al igual que se han publicado evidencias para su validez y confiabilidad.

Ficha B : EVALUACION DE PATRONES FUNCIONALES. ESQUEMA CORPORAL. Esta registra la evolución en relación a las diagonales de movimiento para M.M.S.S. y M.M.I.I., incluyendo la diagonal de cabeza, cuello, y tronco superior. En total presenta 10 diferentes items, los nueve primeros destinados a lo mencionado, en base a lineamientos de Kabat. El ultimo ítem registra la evolución del esquema corporal, a través de la realización del dibujo y/o armado de la figura humana. Esta se basa en el test de la figura humana de Karen Machover, se realiza una adaptación y categorización interna. Dicha ficha esta elaborada en la clínica, a excepción del ítem esquema corporal. No se encuentra estandarizada, si bien los criterios de valoración permiten un relevamiento cuantitativo.

Ficha C : EVALUACION DE LA RELACION GRUPAL. Esta registra diferentes conductas que se observan durante el desarrollo del grupo, permitiendo relevar la dinámica grupal. Consta de cinco items con sus correspondientes indicadores. Fue elaborada

en la clínica, no se encuentra estandarizada, si bien los criterios de valoración permiten un relevamiento cuantitativo.

Ficha D : EVALUACION GONIOMETRICA. Esta registra la evolución observada en relación a los arcos de movimiento articular de pequeñas y/o grandes articulaciones. Esta ficha es optativa, es decir solo es tomada en casos particulares donde quiere observarse mas especificamente una evolución. Se utiliza especialmente para aquellos pacientes que reciben previo a la actividad corporal, tratamiento con parafina (afecciones reumáticas). No se encuentra estandarizada.

OBJETIVOS : - Favorecer la percepción y revalorización del esquema e imagen corporal actual.- Favorecer la sensopercepcion.- Estimular la conciencia respiratoria.- Mantener y/o desarrollar amplitud articular, fuerza muscular y coordinación.- Facilitar la movilización de los segmentos corporales en el recorrido óptimo.- Favorecer la funcionalidad general.- Prevenir caídas.- Concientización de los desplazamientos del cuerpo en el espacio, con o sin obstáculos. - Favorecer un correcto control postural en posición sedente, de pie, y durante la marcha.- Estimulación consciente de reflejos posturales y reacciones de defensa.- Favorecer el equilibrio estático y dinámico.- Estimular los procesos cognitivos.- Favorecer la integración e interacción social.

METODOLOGIA.

Frecuencia y Duración : el abordaje es de tres veces por semana. Cada sesión es de aproximadamente una hora y media.

Implementacion : es llevado a cabo por una terapista ocupacional y dos o tres alumnas de la carrera que cursan su practica clínica. Para favorecer la dinámica grupal se trabaja con los siguientes roles: coordinador- co-coordinador - asistente - observador no participante.

Desarrollo : el grupo de actividad corporal se inicia treinta minutos antes de la tarea general, con aquellos pacientes que padecen afecciones reumáticas y que presentan acentuadas molestias como dolor, rigidez, entumecimiento, (sin que se encuentren en estados agudos) a los cuales se les aplica parafina, con los siguientes objetivos: disminuir la rigidez de las articulaciones. Favorecer la extensibilidad del tejido colágeno. Favorecer el flujo sanguíneo. Aliviar el dolor. Facilitar la resolución de infiltraciones inflamatorias, edemas y exudados. Su aplicación previa al grupo de actividad corporal favorece la movilidad activa para la realización de los ejercicios terapéuticos.

Paralelamente a la aplicación de la parafina, el resto del grupo comienza a reunirse para comenzar la sesión. En este primer momento se comienza a dar lectura del diario del día. Dando lugar e incentivando a los comentarios de noticias, promoviendo al mismo tiempo la estimulación de procesos cognitivos e interacción social. Otro aspecto previo al inicio de la actividad corporal propiamente dicha, lo constituye el control de la tensión arterial de los pacientes por parte de enfermería, determinando la exclusión de algún participante si la situación así lo requiere.

Cuando se encuentran presentes todos los integrantes se da paso a la actividad corporal especifica.

Se trabajan los diferentes objetivos planteados, desarrollandolos durante los tres días de la semana. Los mismos no se cumplen en forma rígida o siguiendo un orden predeterminado. Sino por el contrario se tienen en cuenta los distintos emergentes de la dinámica grupal, las condiciones climáticas, determinadas fechas festivas que pueden influir en el estado anímico general. Así como también la presencia de nuevos integrantes. De esta manera se decide profundizar en determinados aspectos, o trabajar mas asiduamente distintos objetivos.

Sin embargo al describir la metodología implementada se diferencian algunos enfoques, con la intención de facilitar la comprensión de la misma. Pero remarcando que en la práctica el trabajo se realiza englobando la totalidad de los aspectos.

Se expone sinteticamente dicha metodología: las distintas sesiones comienzan en general con la movilidad del tronco, buscando el "despegue" de escápula y pelvis, utilizando ejercicios específicos destinados a este fin. Luego se realiza la movilización de los M.M.I.I., con ejercicios isotónicos describiendo entre otros movimientos, distintos tipos de marcha. En la población descripta se trabaja en posición sedente, pero esto no descarta la riqueza de los desplazamientos con pacientes independientes o semi-dependientes de acuerdo a la patología presentada. Después se incorpora la movilización de los M.M.S.S. Finalmente se incluyen el cuello y la cabeza. Esta parte de la sesión corresponde al periodo de activación, que dará luego paso a la actividad plena. Luego se comienzan con ejercicios sensoperceptivos, se estimula generalmente la piel, para luego dar paso a la concientización de los músculos y finalmente los huesos y articulaciones (otras veces este reconocimiento se realiza en forma inversa) También se favorece la toma de conciencia de la ubicación de los distintos segmentos en el espacio, de la forma, tamaño, y peso de los mismos. Se busca percibir la integración corporal a partir de la concientización de distintas partes del cuerpo. Se enseña a reconocer molestias, tensiones, circulación deficiente, así cada persona trata de localizar esta parte del cuerpo y trabajar sobre ella.

Paralelamente se trabaja mostrando la forma correcta de realizar los diferentes cambios de decúbito, estas indicaciones se especifican individualmente en sus habitaciones.

La consigna básica que se transmite es que mas allá de la edad, todos tienen la oportunidad de realizar nuevas experiencias que le permitirán mejorar su

calidad de vida. Dice Wilhelm Reich, "toda perturbación en la capacidad de sentir plenamente el propio cuerpo ataca la confianza en sí mismo y la unidad del sentimiento corporal."

Se trabaja también estimulando la conciencia postural y el equilibrio. Este es un aspecto importantísimo para ayudar a la prevención de las caídas así como intentar superar los miedos a volverse a caer, que provoca la autolimitacion de muchos gerontes. Estos miedos comienzan a ceder a partir de sentir que logran un mayor dominio del cuerpo. Todas las actividades corporales, van desarrollandose lentamente dando lugar a respetar lo tiempos y necesidades de los distintos participantes. Las mismas se realizan remarcando aspectos lúdicos, para dar espacio a disfrutar de su cuerpo y del momento compartido en grupo. Si bien muchas veces no es posible conseguir una respuesta positiva o de aceptación en todos, el solo hecho de la participación pasiva por momentos , activa en otros, de algunos integrantes, permite alcanzar paulatinamente los diferentes objetivos planteados.

Otro enfoque implementado lo constituyen las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva, este método plantea la utilización de patrones de movimiento para la F.N.P. es decir son patrones en masa, ya que la actividad cerebral nada sabe de movimientos aislados o individuales, siguiendo diagonales que permitirán el recorrido óptimo.

- Se comienza con la movilización de tronco siguiendo las diagonales de cabeza cuello y tronco superior.

Luego se realizan movimientos de M.M.I.I.y M.M.S.S.

- Se realizan Movimientos Activos Libres, en forma individual o en pareja. Se implementa la realización de: Patrones unilaterales de M.M.S.S. y M.M.I.I. Patrones bilaterales simétricas de M.M.S.S. y M.M.I.I.(sentados).

- Se realizan indistintamente las diagonales de movimiento de M.M.S.S. y M.M.I.I. con sus variantes (si se comienza por ejemplo con la funcional, no se

realiza entonces la primitiva o viceversa.) Para el desarrollo de la misma se utilizan distintos elementos que servirán a modo de aplicación de resistencia: aros, conos, bolsitas que no excedan los trescientos gramos de peso, muñequeras y tobilleras bilaterales con elástico que permiten cumplir el arco de movimiento.

- Paralelamente se estimula la imaginación representando con los movimientos y los diferentes elementos, actividades de la vida diaria.

- Luego de haber trabajado los anteriores ejercicios en varias sesiones, se propone que traigan algunas prendas; sacos, camperas, medias, calzado, otros. Así como elementos de arreglo personal; peines, cepillos, maquina de afeitar, otros. Se realizan entonces las diagonales completas o parte del recorrido, para trabajar las AVD.

- Para estimular mas especificamente la coordinación se emplean en forma individual: patrones bilaterales asimétricos de M.M.S.S.- Patrones bilaterales recíprocos. - Patrones combinados simétricos de M.M.S.S. M.M.I.I. - Con y sin elementos. - También se estimula la imaginación en relación a diferentes actividades cotidianas y posteriormente se emplean elementos reales.

- Actividad corporal en parejas: en esta parte de la sesión se van a utilizar lineamientos de algunas técnicas, es decir no se aplica en forma pura ya que en ningún caso la terapista asiste directamente durante todo el recorrido del movimiento, en definitiva se realiza una adaptación factible de aplicación con este grupo de pacientes y adecuada a esta propuesta de abordaje. Si se realizan indicaciones especificas, y se supervisa la tarea por parejas.

- En general todos realizan lineamientos de la técnica: inversión lenta y sosten, o inversión lenta sosten y relajación. Luego determinados pacientes que se considera que lo requieren realizan lineamientos de la técnica contracciones repetidas e inversión lenta.

Durante todo el desarrollo de los movimientos señalados siguiendo los principios de Kabat, se indica que regulen la respiración naturalmente observando las cambiantes demandas del organismo según las distintas situaciones lo requieran. Para el desarrollo de todos los ejercicios descriptos se toman en consideración las indicaciones y contraindicaciones generales para el movimiento en la vejez.

MARCO TEORICO

La sensopercepcion : disciplina que se basa en la estimulación sensorial y sensitiva, tanto exteroceptiva como propioceptiva.
La facilitación neuromuscular propioceptiva de Kabat Knott. Voss: se basa en la facilitación del movimiento, a partir de patrones de movimiento en masa de carácter diagonal y espiral, permitiendo la realización de un recorrido óptimo.

CONCLUSIONES

En esta propuesta terapéutica se tiene en consideración que no existe una única problemática, ni tampoco una única respuesta para ofrecer a las distintas demandas planteadas por el adulto mayor. Sus diferentes historias de vida, marcan la necesidad de ofrecer a su vez distintos enfoques o perspectivas de abordaje que permitan una identificación con su estilo de vida. En su mayoría los adultos mayores y sobre todo los denominados viejos-viejos (mas de 75 años), no han realizado actividades físicas. Si bien los enfoques planteados pueden parecer muy movilizadores, es necesario tener en cuenta que los mismos no son rígidos y si el grupo o persona desarrollo gimnasia tradicional o yoga por ejemplo, se adaptara la actividad corporal en este caso a sus costumbres anteriores, proponiendole poco a poco elementos de este nuevo aspecto de trabajo.
Lo mismo ocurre si nunca realizo actividad corporal y su respuesta al principio es pasiva o negativa.

Aunque también la experiencia demuestra que son muchos los adultos mayores que aunque se les proponga algo diferente o nuevo para ellos, pueden aceptarlo permitiendose disfrutar de esta experiencia con resultados por demás gratificadores.

El rol del terapista ocupacional en las actividades corporales esta enfocado en el concepto de posibilitar una mejor realización de las ocupaciones del hombre: automantenimiento, trabajo, y tiempo libre, especialmente la primera y la ultima actividad en los adultos mayores.

Referencias Bibliográficas:

- Alexander, Gerda - La Eutonia, Argentina (1986) Editorial.
- Billé, J. y Billé, F. - Trastornos del equilibrio de origen medular en el anciano. Argentina, (1993) Revista Arg. de Geriatria y Gerontología Nro.3.
- Chipman, Clark - Que significa cuando un paciente se cae, Argentina, (1982) Revista Geriatrics.
- Cohn, Miriam - Barreras arquitectonicas en hogares de ancianos. (1986) Medicina de la tercera Edad Nro. 3 Publicación de prensa médica Internacional.
- Eakin Pamela. Assessments of Activities of Daily Living: A Critical Review. E.E.U.U.(1989) B.J.O.T. Vol. 52. Nro. 1.
- Gainza, Violeta - Conversaciones con Gerda Alexander, Argentina, (1983) Edit. Paidos.
- Kesselman, Susana - El Pensamiento Corporal, Argentina, (1989) Edit. Paidos.
- Larrea Hector, - Posibilidades Psicomotrices del envejecimiento normal, Argentina, (1991) AGEBA, cuadernos de gerontología Nro. 9.
- Pichonn Riviere, E. - El proceso grupal, Argentina, (1991) Edit. Nueva Edición.
- Schorr Alberto - El Uso Del Espacio En La Vejez. Argentina, (1985) Medicina de la tercera Edad Nr.3. Publicación de prensa médica Internacional.

cl. (52)

- Voss, Ionta, Myers - Facilitación Neuromuscular Propioceptiva, Argentina (1987) Editorial Panamericana.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

TERAPIA OCUPACIONAL EN HANSENIANOS

T.O. María Cristina Vaca Cardoso

Hospital Protomédico Dr. Manuel Rodriguez
Ruta 11 Km s/n - Santa Fe
ARGENTINA

Este trabajo está destinado a demostrar la actuación de Terapia Ocupacional en pacientes hansenianos.

Principalmente, se abarcan dos grandes aspectos: el terapéutico, destinado específicamente a pacientes crónicos internados, que siendo en la mayoría gerentes, demandan una participación activa en la sociedad actual, que en su momento le fue denegada a causa de la enfermedad.

El otro aspecto, es la participación en el equipo de rehabilitación, atendiendo a pacientes ambulatorios, aplicando un plan de prevención de incapacidades relacionadas con la enfermedad.

Para hacer posible el claro entendimiento del tema, se hace referencia en un principio a las generalidades clínicas de la lepra, como así también las tasas de prevalencia actuales en Argentina y en el mundo. También se darán a conocer aspectos actuales de la enfermedad emitidos por la O.M.S.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

men Nº: 1 ... "CUIDADOS ARTICULARES EN ARTRITIS REUMATOIDEA."

T.O. Patricia Bustamante.
T.O. Mariana Flores.
T.O. Ester Negri.
T.O. Mariela Sandrone.
SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE I.L.A.R.
ROSARIO (2000)

La intención de este video es difundir una posibilidad de tratamiento no convencional en personas con A.R., una forma de prevención y una opción de mejoramiento en su calidad de vida, promoviendo los alcances de la Terapia Ocupacional en esta patología.

Este trabajo surge desde el Servicio de Terapia Ocupacional donde nos desempeñamos dada la alta población que se recepta en un período tardío con un estado destructivo importante. Ante esto buscamos el medio de interactuar de una manera didáctica, precisa, que ofrezca posibilidades de difución en los distintos medios.

Está orientado no sólo al enfermo y su entorno, sino a todo profesional relacionado con esta problemática para así lograr una derivación temprana, actuando desde un marco PREVENTIVO.

La modalidad de trabajo demostrada está basada en ofrecer un asesoramiento específico y particular de cuidados articulares, readministración de las actividades cotidianas, contención emocional, conocimiento de los estadíos de la enfermedad y actitudes que se deben tomar ante los mismos, confección y uso de adaptaciones y férulas variadas.

Pudimos confirmar en reiteradas oportunidades que se han logrado mejores resultados alcanzando un abordaje temprano que incluyan pautas preventivas.

Aunque parezcan conceptos repetidos, todavía se está bregando por un trabajo con interdisciplinariedad y una consciencia terapéutica abarcativa tanto en la persona con afecciones reumatoideas como en la sociedad misma.-

MODULO 9

INDEPENDENCIA EN A.V.D.: PROMOCION, DIAGNOSTICO Y ENTRENAMIENTO.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

INDICE BARTHEL DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA COMO PREDICTOR DE DISCAPACIDAD LUEGO DEL ACV.

Lic. Faidutti Silvia - Lic. Bosenberg Ingrid.
Buenos Aires 4219 (7600) Mar del Plata.
Te:(023) 92-0964 3-1179

INTRODUCCION

Los problemas de salud de la población anciana han sido caracterizados como condiciones pandémicas de enfermedades crónicas, desórdenes mentales e incapacidades asociadas. Las necesidades de cuidado a largo plazo de esta población se incrementa progresivamente a medida que se prolonga la duración de las enfermdades crónicas como resultado del éxito farmacológico y de técnicas médicas aplicadas.

Se calcula que en 25 años, desde 1980 al 2005 la población de individuos mayores de 65 años y más, en EEUU aumentará por encima de 7,4 millones (cerca del 30 % de la población) asumiendo los siguientes porcentajes de enfermedades crónicas y de salud mental de dicha población: 2,5 millones de hipertensivos, 560.000 diabéticos, 1,6 millones de personas con deficiencia auditiva. La incidencia del ACV aumentrá por encima de 500.000 y para la demencia cenil aumentará casi 1.000.000 (Kramer 1981).

Lo mas significativo que está ocurriendo con la salud del anciano en un nivel asistencial, es que actualmente se dirige la atención con énfasis a la "evaluación funcional". El concepto de "evaluación funcional" se relaciona directamente a los intereses y necesidades básicas en lo que con-

cus desde 1968 y es el conjunto de datos funcionales más extensamente aceptados en Medicina de Rehabilitación.

De todos los test de evaluación funcional, el Barthel es uno de los más utilizados y validados en distintos trabajos y con grupos diversos. Evalua la discapacidad física a través del análisis global del desempeño funcional en 10 items de las AVD con un puntaje de 0 a 20 incrementales de uno en uno: alimentación, transferirse, arreglo personal, uso del toilet, bañarse, movilidad, escaleras, vestido, intestinos, vejiga.

En función de facilitar la investigación epidemiológica y clínica creemos necesaria la incorporación de descriptores standard cuidadosamente desarrollados que puedan aumentar la comprensión de la discapacidad y analizar su función pro póstica. En el año 1993 el Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata atendió 1002 pacientes > de 65 años con diagnóstico de ACV. Teniendo en cuenta el aumento de las expectativas de vida y las características discapacitantes de esta patologia, investigamos:

* El valor predictivo de recuperación del Test Barthel de AVD
* La validez de este test para su utilización en nuestra población.

METODO Y ESTUDIO

El estudio fue realizado en el Hopital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata en el cual se registraron 114 pacientes con ACV en un período de 2 meses de los cuales se incluyeron en la muestra a todos los pacientes > de 65 años que sufrieron un ACV no traumático, sin ACV previo ni discapacidad previa a la fecha de internación. El tamaño de la muestra fue de 61 pacientes. Todos fueron evaluados con el Indice Barthel a las 24 y 48 hs. de producido el ACV, luego a los 30 y 90 dias de evolución. Las evaluaciones fueron tomadas por dos TO que se familiarizaron previamente con el uso del test concurriendo al hospital un mes previo a la toma de la muestra. De las 29 evaluaciones tomadas en este período se analizó el grado de concordancia entre ambas evaluadoras en base de las últimas 15 evaluacio-

de Kendall, resultando un elevado acuerdo ($p < 0.01$) en los resultados.

PRESENTACION DE DATOS

El total de pacientes evaluados a las 24 hs fué de 61, 34 (55.73%) fueron mujeres y 27 (44.27%) hombres. Dentro del grupo de los ACV isquémicos hubo 22 (36.06%) mujeres y 21 (34.43%) hombres. Para las hemorragias hubo 12 (19.67%) mujeres y 6 (9.84%) hombres. En total se diagnosticaron con ACV isquémico 43 (70.49%) pacientes y con ACV hemorrágico 18 (29.51%). El porcentaje total de fallecidos a las 48 hs. fue el 3.28%, a los 30 días el 32.79% y a los 90 días el 39.34%. Sobrevivieron a los 90 días 37 (60.66) pacientes: con diagnóstico de ACV isquémico: 23 (89.19%) pacientes: 18 (48.65%) mujeres y 15 (40.54%) hombres; con diagnóstico de ACV hemorrágico 4 (10.81%) pacientes: 3 (8.11%) mujeres y 1 (2.70%) hombres.

Analizando los resultados según el diagnóstico vemos que el ACV isquémico se da para nuestra muestra con mayor frecuencia, tiene mejor pronóstico y un porcentaje menor de muertes, mientras que el ACV hemorrágico se da con menor frecuencia pero tiene mayor probabilidad de muertes.

Observamos también que el ACV tuvo mayor incidencia en las mujeres (55.73%) que en los hombres (44.27%) y que a los 90 días las proporciones de muertes de pacientes para ambos grupos se mantuvieron.

VALIDACION DEL TEST.

Se ordenaron los datos para cada momento de la evaluación (24 hs, 48 hs, 30 días y 90 días) en tres grupos:

1- Según el grado de independencia de los pacientes después del ACV. Cada una de las tareas fueron ordenadas de acuerdo a la cantidad de pacientes independientes en dicha actividad en el momento de evaluación.

10-14 "moderado" , 15-19 "leve" , 20 "independiente" . La serie indica la cantidad de pacientes en cada grupo en las distintas evaluaciones.

3- Valores estadísticos del grupo 2.

DISCUSION

1- Se calculó la correlación de rangos de Spearman resultando correlaciones estadísticamente significativas ($p<0.01$):
(24hs-48hs) 0.95 (30d-90d) 0.94, en los otros casos el valor de la correlación no fue estadísticamente significativa. Esto refleja que a partir de las 24 hs de internación hasta las 48 hs no se evalúan grandes diferencias en los puntajes de las evaluaciones, encontrándose los pacientes hospitalizados a veces con indicaciones de inmovilización sea por inestabiliad del cuadro neurológico, suero, sondas o riesgo de caídas, no registramos en éste período inicial mejorías significativas. Estos pacientes con prescripción de inmovilización en cama (transferencia, ir al toilet, bañarse, movilidad y escaleras), sonda nasogástrica (alimentación) y sonda vesical (vejiga) fueron puntuados con 0. Se observan marcadas diferencias en las evaluaciones luego de 1 mes del A.C.V., estabilizándose los resultados.

Desde otro aspecto, observándo el orden de recuperación de las distintas actividades se advierte una modificación a partir de los 30 días, conservándose la actividad `bañarse´ como la más dificultosa, para la cual a las 24hs ninguno de los pacientes era independiente y a los 90 días éste valor subió al 49%. Con respecto a las otras actividades los cambios fueron más notables en la última evaluación, considerándose que la cantidad de individuos disminuyó en un 40% aproximadamente, el 41% de los pacientes resultaron totalmente independientes.

Por último, respecto al cambio en el orden de recuperación de las actividades, queremos señalar que la actividad `alimentación´ es una de las primeras tareas a las 24 y 48hs y ocupa uno de los últimos lugares a los 30 y 90 días, ésto no quiere decir que en un estado inicial de la patología es más fácil alimentarse y luego más dificil, sino que durante

la hospitalización es una de las pocas tareas ejecutables para muchos de los pacientes incluyendo a los inmovilizados en cama. Teniendo en cuenta los fallecimientos y la cantidad de pacientes independientes en aumento en ésa tarea observamos que queda en 7mo lugar a los 90 días debido a la dificultad de cortar los alimentos.

2) Considerándose los 5 grupos mencionados al comienzo, el 72% de los individuos presentó un puntaje `muy severo´ a las 24 hs y solamente el 3% un puntaje `leve´. Luego de 90 días el 43% de los individuos perteneció al grupo `leve´ y sólo el 3% corresponde a la categoría `muy severo´. Aquí observamos nuevamente que a las 48 hs no había ningún paciente independiente y a los 30 días 13 (32%) pacientes eran independientes. A los 90 días quedó solo 1 (3%) paciente en el grupo `muy severo´, el resto evolucionó o fallecieron.

3) Se realizó un test de diferencias de medias, para cada uno de los puntajes medios de las distintas evaluaciones, resultando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) en :
24 hs - 30 días, 24hs - 90 días, 48 hs - 30 días y 48 hs - 90 días, lo que confirma nuevamente nuestras anteriores observaciones.

VALOR PRONOSTICO

Se seleccionaron 5 datos de 37 pacientes examinados a los 30 días: edad, tipo de lesión (hemorragia o isquemia), puntaje Barthel a los 30 días, vejiga y transferirse. Se realizó un análisis de regresión múltiple resultando la siguiente ecuación pronóstica:

PUNTAJE BARTHEL A LOS 90 DIAS = 2.8812 + 0.0073 (EDAD) - 0.0316 (TIPO DE LESION) + 0.3702 (PUNTAJE BARTHEL A LOS 30 DIAS) - 0.8725 (VEJIGA) + 3.5514 (TRANSFERIRSE)

Esta técnica matemática calcula a través de datos el valor pronóstico del puntaje Barthel a los 90 días. Luego se analizan las diferencias entre el valor calculado y el dato real que obtuvimos a los 90 días luego del ACV.

El coeficiente de correlación múltiple fue (0.94).

CONCLUCION

Se observa una vez más, por medio de éste trabajo, que en el primer período de la enfermedad, hasta los 30 días, suceden los cambios más notables en el puntaje Barthel en cuanto a evolución y a su vez la mayor proporción de pérdidas por fallecimientos. De éstos datos inferimos que el primer mes de evolución natural de la patología es el más crítico en el cual los pacientes requieren más cuidados y tratamiento.

Los datos seleccionados para el análisis de regresión múltiple resultaron tener gran peso para la función pronóstica del estado de independencia funcional del paciente dado que el grado de ajuste resultó ser muy elevado y las predicciones correctas en casi todos los casos.

Se confirmaron afirmaciones realizadas por investigadores extranjeros referente a la progresión de la enfermadad, pero es válido validar éste test para una población homogénea en cuanto a edad, patología y nivel socioeconómico.

El Indice Barthel de AVD es un instrumento rápido y eficáz para la evaluación de discapacidad en pacientes que sufrieron un ACV. No lleva más que unos pocos minutos en su toma, es sensible a la recuperación progresiva del paciente y posee un alto valor pronóstico.

Sabemos de la gran diversidad de técnicas de evaluación utilizadas en Medicina de Rehabilitación. A medida que conozcamos las técnicas utilizadas por otros profesionales y unifiquemos los criterios, estaremos facilitando la recopilación estadística, la comunicación y sobretodo el crecimiento científico.

BIBLIOGRAFIA

Unicamente la citada en el texto

-Kramer, M. The increasing prevalence of Mental Disorders: Implication for the Future. National Conference on the elderly Desinstitutionalized Mental Patient and the Community. Arlington, May 28,1981.

-Wade, D.T. and Collin C.. The Barthel ADL Index: a Standard measure of physical disability? Int. Disabil.Studies.10, 64,1987.

-Webster´s Third New International Dictionary G&C Merrian Co., 1976.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

AHORA QUE SOY INDEPENDIENTE

Lic. Silvia Berri

Lic. Silvina Egea

T.O. M. Laura Frutes

Centro de Rehabilitación Rita Bianchi

Tierra del Fuego 121 - Tanti (Cba.)

ARGENTINA

Cuando se entrena a un paciente en las Actividades / de la Vida Diaria durante unperíodo de tratamiento, es inevitable que, pasado un tiempo, algunas preguntas surjan al respecto, como por ej.: El paciente seguirá haciéndole de la manera adecuada ?. Dió resultado el tratamiento?.

Estos interrogantes nos motivaron a investigar y poder determinar la eficacia de los tratamientos que brinda nos, y autoevaluar nuestro rol profesional.

En el Centro de Rehabilitación Rita Bianchi de la ciudad de Tanti en la provincia de Córdoba, los pacientes neurológicos reciben un tratamiento intensivo de ocho horas diarias durante un mes, a cargo de un equipo profesional / integrado por médicos fisiatras, neurokinesiólogos, tera-

pistas ocupacionales, fonoaudiólogas y psicóloga.

El trabajo se realizó sobre 30 pacientes con diagnóstico de lesión medular entre 8 y 80 años, internados en el Centro durante el período 4/1/93 al 31/10/94. Fueron enviadas encuestas sobre las A.V.D. a dichos pacientes, de los cuales obtuvimos hasta la fecha doce respuestas. Los datos para las estadísticas motoras y sensitivas, como así también el nivel de independencia en las A.V.D. logrado a la fecha del alta de cada paciente, fueron recogidos retrospectivamente de las historias clínicas. Se realizó el análisis estadístico de estos datos, se los clasificó según la escala F.I.M. (Functional Independence Measure) para las A.V.D. y se los comparó con los resultados de las encuestas.

Al hacer las interpretaciones de estos resultados, nos encontramos que un porcentaje importante de estos pacientes, había mantenido o aumentado su nivel de independencia desde el alta. Pero el interrogante que no queda respondido es: Qué sucede con los pacientes que disminuyen su nivel de independencia?/ A lo que postulamos varias hipótesis: falta de motivación personal, no colaboración del grupo familiar, no aplicación práctica de lo entrenado.

Nos alienta la idea de que brindamos un programa funcional, tratando de dar soluciones a los problemas reales de estos pacientes, pero con el desafío de poder llegar a todos.

Nota: En los resultados no se dan porcentajes finales, ya que todavía no se recibieron la totalidad de las respuestas de las encuestas.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL INSSJP
SUB-MODULO: PREVENCION DE ACCIDENTES DOMESTICOS

T.O Beatriz A. de Mines, T.O. Alicia Checo, T.O. Daniela Chiapessoni, T.O. Liliana Revello.

Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" (Universidad Nacional del Litoral). Carrera de Terapia Ocupacional.
Salvador Caputto 3353 (3000) Santa Fe-.
Teléfono (042) 30785 / 42126
ARGENTINA

En septiembre del año 1993 se celebró entre la Escuela Superior de Sanidad, dependiente de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la UNL, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), delegación regional XV, un Acta Acuerdo de colaboración para llevar a cabo el Sub-módulo "Prevención de accidentes domésticos" del Programa de Salud Integral (PROSAI) implementado por esta institución.

El PROSAI constaba de otros sub-módulos: Prevención de accidentes de Tránsito, Nutrición, y Expresión Corporal. Este programa se desarrolló en varios puntos del país, con la participación de profesionales y alumnos de diversas disciplinas, pero solamente en Santa Fe y por primera vez en la Argentina, participó en el Sub-programa de prevención de accidentes domésticos la carrera de T.O., con la colaboración de la Escuela de Enfermería.

FUNDAMENTACION:

La salud es un estado de equilibrio bio-psico-social, y no la ausencia de enfermedad, por lo cual este programa apuntaba a fomentar el autocuidado, haciendo al individuo responsable de su propia salud.

C4 56

El cambio y pérdida de roles, los duelos, la pérdida del entorno social, la jubilación, entre otros factores, modifican los hábitos de vida sumiendo muchas veces al individuo en un círculo vicioso de abulia, depresión, aislamiento y sedentarismo.

Los accidentes domésticos y sus efectos adversos constituyen en nuestro país un gran porcentaje de los accidentes en personas mayores de 60 años. Cabe señalar los factores de riesgo que favorecen los accidentes (caídas, intoxicaciones, quemaduras, etc.). Hay dos tipos de causas:

-Causas personales:dadas por patologías propias de la edad: circulatorias, osteoarticulares, del sistema nervioso, de sensibilidad, etc.

-Causas ambientales: escaleras, obstáculos, mobiliario, alfombras, etc.

Dadas las importantes secuelas de discapacidad funcional derivadas de estos tipos de accidentes que se producen en el ámbito doméstico o en un radio próximo al mismo mientras transcurre la vida cotidiana de los ancianos, el INSSJP propuso la implementación de este programa de prevención de accidentes domésticos.

El programa se desarrolló simultáneamente en nueve centros de jubilados, ocho de ellos en el radio urbano de Santa Fe y uno en la ciudad vecina de Santo Tomé. Se trabajó desde lo informativo vivencial a través de técnicas grupales, juegos, dramatizaciones y un taller de confección de una ayuda técnica.

Los destinatarios eran personas de la tercera edad, beneficiarios de PAMI, concurrentes a los mencionados centros.

La ejecución del trabajo estuvo a cargo de 27 alumnos de la carrera de T.O. de la UNL y cuatro terapistas ocupacionales docentes. Sellevaron a cabo cuatro encuentros en cada centro (uno por semana) de una hora y media de duración. El equipo de trabajo para cada centro estaba formado por:

-un T.O. coordinador general
-un T.O. jefe de trabajos prácticos
-3 o 4 alumnos de la carrera de T.O.
-un personal de PAMI

OBJETIVOS GENERALES:

-Sensibilizar a la población beneficiaria para el reconocimiento de los riesgos ambientales dentro del hogar y para la promoción del autocuidado.

-Capacitar a dirigentes y miembros de centros de jubilados para desempeñarse como agentes multiplicadores en su ámbito familiar y comunitario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Conocer el medio físico y social donde se desenvuelve la población beneficiaria.

-Favorecer el reconocimiento por parte del anciano de las causas ambientales y personales de los accidentes en el hogar.

-Promover cambios de conducta favorables.

-Recomendar y demostrar la incorporación de ayudas técnicas que eliminen factores de riesgo en el interior de la vivienda.

MODALIDAD DE TRABAJO:

-Informativo-vivencial: exposición con participación activa de los asistentes. Identificación de barreras arquitectónicas en el hogar.

-Autoevaluación individual. Evaluación grupal con juegos de movilidad.

-Técnicas grupales: juegos de socialización, dramatización, juegos de reconocimiento de riesgos ambientales y de las conductas apropiadas para evitarlos.

-Taller de confección de una ayuda técnica.

CONTENIDO DE LOS ENCUENTROS:

PRIMERO:

Los objetivos del primer encuentro estaban dirigidos a despertar el interés de la población beneficiaria por el PROSAI en general y por el Programa de prevención de accidentes domésticos en particular

Actividades llevadas a cabo:

-Juego de presentación de los asistentes entre sí y

con los efectores del programa: juego del ovillo.

-Charla introductoria.

-Entrega a cada asistente de una ficha de autoevaluación. Esta incluía información sobre el estado general de salud, AVD básicas y complementarias, vida social y características físicas del hogar y su ámbito inmediato. Los resultados fueron los siguientes: en general se trataba de personas independientes en AVD, que no requerían de ayuda en las actividades mencionadas en el test. La mayoría de los concurrentes presentaban un proceso normal de envejecimiento, aunque algunos de ellos con patologías propias de la edad: artritis reumatoidea, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc. La información obtenida sobre las características de la casa y el barrio se utilizó como base para preparar los encuentros porteriores.

Ambiente: sala de reuniones u otro lugar espacioso disponible en cada centro de jubilados.

SEGUNDO:

Objetivos:

-Realizar observación y evaluación grupal de postura, movilidad articular, equilibrio y coordinación.

-Señalamiento de actitudes posturales incorrectas y de la forma de modificar la mecánica corporal.

Actividades:

-La evaluación grupal de postura, equilibrio y coordinación se realizó a través de un juego de movilidad con globos grandes y música de acompañamiento.

-Dramatización de postura correcta en las diferentes posiciones (de pie, sentado, decúbito) con utilización de un modelo y la participación del grupo. Apoyatura con material didáctico.

-Señalamiento de los riesgos relacionados con la mecánica corporal incorrecta, con participación activa de los asistentes.

-Mostración de un calzado aconsejable y observación del calzado utilizado por los asistentes.

Ambiente: ídem al primer encuentro.

TERCERO:

Objetivos:

-Dar a conocer los factores de riesgo propios del ámbito doméstico.

-Recomendar las modificaciones y aayudas técnicas necesarias.

-Recomendar la conducta adecuada para evitar accidentes.

Actividades:

-Recorrido de los ambientes del centro (cocina y baño) y dramatización de las situaciones de riesgo que se pueden presentar.

-Puesta en común de lo observado, donde los asistentes aportaban sus ideas, que eran volcadas en un pizarrón.

-Utilización de material de apoyo: afiches y carteles.

-Taller de confección de una ayuda técnica (portajabón).

Ambiente: cocina, baño y sala del centro de jubilados.

CUARTO:

Objetivos:

-Informar sobre los riesgos propios del dormitorio, pisos, escaleras y pasillos.

-Enseñar las conductas apropiadas en situaciones prácticas que se presentan en la vida diaria.

-Evaluar el interés despertado por el programa entre los asistentes.

Actividades:

-Dramatización de situaciones de riesgo en pasillos, escaleras, pisos y dormitorios.

-Puesta en común, utilizando la misma técnica descrita anteriormente.

-Realización de un juego grupal de reconocimiento de las situaciones de riesgo y la conducta apropiada.

C4(57)

-Evaluación del interés despertado por el programa a través de una ficha impresa.

Ambiente: sala de reuniones del centro de jubilados. Esacleras.

MATERIAL QUE SE EMPLEO: fichas de evaluación, láminas, globos grnades, material para confección de una ayuda técnica, colchoneta, modelo de calzado, ayudas técnicas y música grabada.

COMENTARIOS:

-El uso de la técnica grupal del juego del ovillo (presentación) posiblilitó la dinamización del encuentro y la expresión de sentimientos e intercambio entre los asistentes.

-El juego de movilización utilizado para la evaluación hizo posible observar la amplitud articular, postura, pasaje de sentado a parado y viceversa, coordinación y comprensión de órdenes.

-La dramatización de las posturas incorrectas y correctas, y su visualización a través de dibujos y fotos, permitió el diálogo y la toma de conciencia de pautas correctas de postura.

-La observación por parte de los asistentes de los baños y cocinas en los diferentes centros y su posterior aplicación en el ámbito del hogar permitió llevar al plano conciente, lo realizado automáticamente, previniendo los riesgos.

-Los afiches y fotografías sirvieron para reforzar visualmente las observaciones y orientaciones sobre prevención de accidentes domésticos.

-Las ayudas técnicas despertaron el interés de los asistentes, expresando algunos de ellos su propósito de incluir algunas en sus hogares. La confección de una ayuda técnica(portajabón) se llevó a cabo con entusiasmo, ya que constituye un medio simple en la prevención de caídas en la ducha, con sus consecuencias en los aspectos de salud y económicos. De este modo, experimentaron concretamente su protagonismo en el cuidado de su salud.

CONCLUSIONES:

-La inclusión de ayudas técnicas fue el rasgo característico del programa llevado a cabo en Santa Fe, despertando el interés de profesionales de otras disciplinas que desarrollaron el mismo programa en otras partes del país.

-El desarrollo del programa, donde hubo un verdadero feed-back entre docentes, alumnos y asistentes, posibilitó la proyección de la profesión en programas comunitarios de prevención primaria.

-Desde el punto de vista de los alumnos, su inclusión en el programa les permitió adquirir práctica como parte de su formación en un área no incluída en las prácticas clínicas del programa actualmente en vigencia.

-Por último, teniendo la universidad como uno de sus objetivos el brindar servicios a terceros, el mencionado programa constituyó un medio de brindar un aporte a la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

-Amengual, Clotilde. "El anciano frente a las barreras arquitectónicas y urbanísticas". Buenos Aires, agosto de 1987.

-Cluff, Pamela. "Centres d´hébergement et pensiones surveillier pour personnes ageés". Societé Canadienne d´hypotheques et de logement. Canadá, diciembre de 1978.

-Comunity Services Planning Council. "Consumer guide to in home care". California.

-Hale, Glorya. "Manual para minusválidos". H. Blume Ediciones. Madrid.

-Hewi. "Accesorios de seguridad para baño y WC". Erkoch, España. Facilitado por Cruz Roja Española.

-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Apuntes del Program de Salud Integral.Buenos Aires, 1992.

-L´unité des personnes handicapees. Direction générale des programmes de service social. Santé et Bien-être social Canada.
"Pour vous faciliter la vie".

-Maltais, Danielle. "Mantenir l´autonomie des personnes ageés". Societé Canadienne d´hypotheques et de logement. Canadá, 1989.
-McKenzie, Robin. "Dele tratamiento a su cuello". Spinal Publications New Zealand Ltd.
-Primer Encuentro Nacional de Promotores de Salud y Evaluación del Programa PROSAI. Buenos Aires, agosto de 1993.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

PREVENCION DE ACCIDENTES DOMESTICOS.

T.O. Claudia Miranda.
T.O. Sandra Abruza.
T.O. Virginia Junqueras.
T.O. Analia Sacerdote.

Diferentes Centros de Jubilados de Mar del Plata
(C.P. 7600) - Te: 74 - 0833.

ARGENTINA.

Esta experiencia piloto fue realizada a partir de un convenio institucional en diferentes centros de jubilados, planteado como trabajo interdisciplinario; coordinados por un Terapista ocupacional y contando el equipo con dos alumnos de Trabajo social y dos de T.O. de los últimos años de las carreras. Dandose la particularidad que al no contar con el recurso humano de enfermería se suplio con los enfermeros de los centros de jubilados, ocupando estos un rol activo dentro del programa preventivo en su integración al equipo, por la importancia de su actividad dentro de su pertenencia grupal comunal, trascendiendo el modulo, quedando estos como agentes multiplicadores una vez finalizado.

La población participante de acuerdo a las encuestas presentaba las siguientes características: - promedio de edad 65-70 años - son caedores - sin conciencia de los factores de riesgo que pueden provocar accidentes y de sus limitaciones corporales - patología predominante afecciones reumáticas.

(4/58)

El objetivo del programa consiste en : identificar, modificar y/o evitar factores de riesgo que puedan causar accidentes; por problemas internos (equilibrio, postura, alineación, coordinación, marcha) o externos (vestimenta, calzado, barreras arquitectónicas, calles, escaleras, pisos) - modificar hábitos incorrectos de la vida cotidiana: sedentarismo, abulia, aislamiento. - Fomentar el autocuidado. - Fomentar el rol activo en la sociedad.

T.O. organiza esta tarea sobre un esquema conceptual y referencial que adopta un criterio gerontológico: la integración de cuerpo mente y espíritu, en actitud de cuidado, respeto y afecto por el ser humano, como una forma de ser de la persona, no como la suma de sus partes sino en su plenitud.

Implementando como metodología el trabajo de concientizacion corporal, sensorial , expresivo y social: a lo largo de siete encuentros con una frecuencia semanal de dos horas de duración.

Descripción de la metodologia :

1. Exposiciones informativas : - alcance y objetivos del modulo. - roles de los integrantes del equipo - conocimientos generales de la anatomía postural - ejes posturales - nociones de huesos articulaciones , músculos y movimiento - importancia del cuerpo en el aspecto social - efecto social del programa - comunicación.

2. Exposiciones formativas : - análisis de las ABC y actividades recreativas - evaluación de las probabilidades de accidentes que ellas implican - concientización de los factores de riesgo - rol social y su importancia- dramatizaciones - reforzar el aprehender de conocimientos.

3. Actividad corporal : - técnicas sensoperceptivas, posturales y de equilibrio. - técnicas de expresión corporal (juego y ABC) - favorecer percepción espacial y coordinación dinámica general - actividades lúdicas recreativas socializantes - espacios de reflexión de lo vivencial .

Esta metodología contempla:

1 - Favorecer el reencuentro con la partes sanas, su integración con las disminuidas mediante el reconocimiento y aceptación de ellas, que a través del movimiento, la expresión y la comunicación se logre una mejor integración y aceptación de la situación vital actual.

2 - Proceso de resocialización que rompe con el habito estereotipado del movimiento y lo lleva a poner en juego los recursos necesarios para resolver en forma mas adecuada y con un mejor criterio de realidad los conflictos de su vida cotidiana. Implicando el rescate de lo posible, lo vital, en un clima de no exigencia, respetando su ritmo.

3 - A través del juego puede aprenderse que efectos suelen lograrse sobre el ambiente y como estos influencian en nosotros. Es importante este sentido recreativo, brindando sensación de bienestar y momentos equilibradores de tensiones, ofreciendo experiencias placenteras.

4 - La técnica expresiva tiende a rescatar el lenguaje del cuerpo, intenta romper la dicotomía mente cuerpo en una cultura que ha sobrevalorado la actividad intelectual y verbal, desvalorizando lo corporal, reduciendolo a procrear y trabajar. Favorece la relación del individuo consigo mismo y con los demás, aceptación del esquema corporal y la capacidad de relacionarse con otros, gozar con el juego, crear, exteriorizar afectos y aceptar al grupo.

La dinámica de los encuentros se iniciaba con : -Apertura de la temática correspondiente al encuentro (co-coordinado por TO y TS), posteriormente se desarrollaba el objetivo especifico a través de la metodología explicada. (TO coordinador). CIERRE : se realizaba en un espacio de reflexión, permitiendo una comunicación adecuada a través de las actividades lúdicas. (co-coordinado por TO y TS). Al comenzar y al finalizar el programa TS tomo las encuestas sociales y TO realizo evaluaciones especificas del área y dos DFH.

Los alumnos de T.O. colaboraron en el proceso de evaluación, co-coordinacion grupal, preparación y planificación de las exposiciones, adjuntando material bibliográfico así como por ejemplo laminas, diapositivas, etc. Informes de evaluación final y conclusiones. Convirtiendo así este programa en una modalidad de practica clínica innovadora.

CONCLUSIONES : En todos los centros, a partir de los trabajado, se reconoció la importancia de la actividad corporal desde un abordaje sensoperceptivo, que apunta a favorecer la consolidación del esquema corporal en esta etapa del ciclo evolutivo. Fueron parciales los resultados esperados ya que el tiempo no permitio una total internalización de la forma de proceder ante una caída. Seria necesario para una mejor valorización de este aspecto que en la ficha evaluativa final se discrimine la variable en caídas leves y caídas graves. El espacio de reflexión opero como mediatizador (equipos participantes) donde emergían miedos y conflictivas personales y el actuar contenedor y segurizante, permitio afianzar el vinculo con el grupo y así facilitar la aplicación e internalización de las técnicas propuestas. Creemos importante en este espacio contar con actividades lúdicas adaptadas para el logro de los objetivos que incentiven al grupo. Este modulo, facilito la pertenencia, conocimiento y cooperación grupal como así también decanto, la necesidad y demanda de la continuidad en este tipo de modalidad corporal.

Este modulo es adaptable a población con patología, como así también para favorecer el intercambio entre centros de jubilados e instituciones geriátricas, permitiendo la inserción de personas semidependientes o independientes para que conformen un nuevo grupo de pares.

Referencias bibliográficas: - Alexander, Gerda - La Eutonia, Argentina (1986) Editorial
- Chipman, Clark - Que significa cuando un paciente se cae, Argentina, (1982) Revista Geriatrics.

- Cohn, Miriam - Barreras arquitectonicas en hogares de ancianos. (1986) Medicina de la tercera Edad Nro. 3 Publicación de prensa médica Internacional.
- Gainza, Violeta - Conversaciones con Gerda Alexandre, Argentina, (1983) Edit. Paidos.
- INSSJP Programa de Salud Integral . (1993).
- La Rosa , Emilio - Prevención de las caidas, (1986) Medicina de la tercera Edad Nro. 3 Publicación de prensa médica Internacional.
- Pecker . Perez Guzzi. Portaluppi. Tesis. Un Enfoque Preventivo de T.O. en gerontologia. Argentina. (1992)
- Schorr Alberto - El Uso Del Espacio En La Vejez. Argentina, (1985) Medicina de la tercera Edad Nro.3. Publicación de prensa médica Internacional.
- Therese Bertherat y Carol Bernstein. El Cuerpo Tiene Sus Razones. (Autocura y Antigimnasia). Argentina (1987) Editorial Paidos.

04 (59)

MODULO 10

TERAPIA OCUPACIONAL EN ENFERMEDADES TERMINALES.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

PAANET: PROGRAMA DE APOYO Y ASISTENCIA A NIÑOS CON ENFERMEDADES TERMINALES.

T.O Silvina Oudshoorn; T.O Graciela Vázquez; Dr. Eduardo Ramajo; Enf. Universitaria Margarita Giaccaglia; est. de T.O M.Elena Beltrán; est. Cs. Biológicas Rubén Piñero; Lic. en Psicología Gabriela Baudo

Universidad Nacional de Mar del Plata

ARGENTINA

La vida y la muerte son dos instancias de la existencia humana. La vida se inicia en el microscópico instante de la unión del óvulo con el espermatozoide; la vida finaliza en el momento en que su inseparable compañera, la muerte, se hace presente. La muerte es una de las pocas cosas que sabemos con seguridad, nos sucederá a todos.

Algunos años atrás era muy habitual como parte de las costumbres, hábitos, creencias y valores de cada familia en particular, que tanto los nacimientos como los fallecimientos -ambos acontecimientos trascendentales de la vida- se produjeran en el ámbito del hogar, rodeados de sus seres queridos.

Ellos le brindaban atenciones, cuidados, y un entorno de contención y el afecto que, en el caso de ser la etapa final, predisponía al "bien morir" (1) del individuo.

Este tiempo dedicado a su atención también proporcionaba a la familia la oportunidad de compartir experiencias, temores, solucionar cuestiones pendientes, es decir, la oportunidad de cuidar al ser querido, y despedirse adecuadamente.

En la actualidad, como resultado de los adelantos científicos y tecnológicos, cada vez con mayor frecuencia el hombre nace y muere en el ambiente externo, frío y ajeno de las instituciones hospitalarias. En el nombre de la ciencia todo se justifica, incluso lo que constituye una afrenta a la dignidad humana (2). Quizás, como dice Llanos Escobar, lo más terrible de haber "hospitalizado" a la muerte, es que se le quita al hombre la libertad de ser él mismo hasta el último momento.

La deshumanización, disfrazada de tecnología o de medidas extremas, puede llevar al "encarnizamiento terapéutico", sin tomar en cuenta las reales necesidades del hombre que está muriendo, y lo confinan a vivir aislado su propia muerte, en un contexto frío, entre monitores y aparatos, aislado, bien aséptico ... hasta del contacto humano.

"La deshumanización de la muerte es un riesgo contemporáneo que puede influir mucho en la deshumanización de la vida".(3)

> "ESTARE CONTIGO, JUNTO A TU SUFRIMIENTO Y NO TE DEJARE, HASTA QUE HAYAS SUPERADO ESTA SITUACION. Y SI NO PUEDES, SI ESTO ES IRREVERSIBLE, VOY A CUIDARTE HASTA EL FIN". Viktor Frankl (4)

El PAANET, Programa de apoyo y asistencia a niños con enfermedades terminales, surge ante la necesidad no satisfecha de los niños de la ciudad de Mar del Plata y zona de influencia, que padecen diferentes patologías que probablemente evolucionarán hacia la muerte, de contar con asistencia de tipo paliativa.

Si entendemos al hombre como un ser único e irrepetible (4), no fragmentado en distintos aspectos sino como una totalidad bio-psico-social-espiritual (OMS), consideramos que la asistencia que debe recibir en esta etapa terminal, donde la enfermedad no responde al tratamien_

to curativo, y en instancias anteriores del tratamiento médico, debe apuntar al logro de la más elevada calidad de vida posible para el niño y su grupo familiar.

Entendemos por calidad de vida, al logro por parte de un individuo del mayor grado posible de bienestar que reconforta, tanto en el aspecto físico, psicológico, social como espiritual. (5)

Proveer el adecuado acompañamiento al paciente y a su grupo familiar durante el desarrollo y desenlace de la enfermedad, cumpliría la doble función de la atención al paciente y las acciones tendientes a la prevención de la posible aparición posterior de trastornos de orígen psicológico emocional, que culminen en patología de los familiares del niño muriente.

La modalidad de trabajo en Cuidados Paliativos (6) surge en Inglaterra y Estados Unidos hacia mediados de siglo, cuando se crean los primeros Hospices para la atención de pacientes terminales.

Se basa en los siguientes principios:

1- Reafirma la vida y afirma que el morir es un proceso natural.
2- No apura ni posopone la muerte.
3- Integra los aspectos psicológicos, sociales, fisiológicos y espirituales del cuidado de modo que los pacientes puedan llegar a asumir su propia muerte tan completa y creativamente como sea posible.
4- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a vivir a los pacientes tan activa y constructivamente como sea posible hasta su muerte.
5- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a las familias a sobrellevar la enfermedad del paciente, y el duelo.

En nuestro país brindan cuidados paliativos el Hospital de Niños R. Gutierrez (Buenos Aires); el Hospital Garrahan (Buenos Aires); el Hospital de Niños de Mendoza; la Fundación J.M Mainetti (Gonett, provincia de Buenos

Aires), y LALCEC, programa de cuidados paliativos de San Nicolás.

En Mar del Plata no se registran antecedentes de programas de atención integral al niño y su grupo familiar en la etapa terminal de la enfermedad, siendo el PAANET una propuesta innovadora, cuyos resultados serán de un alto impacto social:

a- importancia humanística y aporte científico.
b- atención primaria (acciones de promoción y protección) en salud mental al grupo familiar.
c- tarea de divulgación del tema.
d- participación comunitaria.

El propósito del PAANET es brindar a los niños con enfermedades terminales y sus grupos familiares, asistencia de tipo paliativa en la ciudad de Mar del Plata.

Tomamos como objetivo general lograr la más alta calidad de vida posible, tanto para el paciente como para su grupo familiar; como objetivos específicos proponemos: integrar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales en el cuidado del niño; asistir al niño y su grupo familiar por un equipo interdisciplinario; brindar un sistema de apoyo al grupo familiar; estimular la búsqueda del sentido de vida.

"La calidad de vida lograda por el niño y su grupo familiar durante la enfermedad terminal, modifica la actitud frente a la muerte y dismimuye la sintomatología asociada del paciente".(7)

El equipo interdisciplinario está compuesto por dos terapistas ocupacionales, un médico pediatra, una licenciada en psicología, una enfermera universitaria, una alumna de terapia ocupacional y un alumno de ciencias biológicas, previéndose la incorporación de una licenciada en servicio social. Una TO y el médico cumplen funciones de director y co-director del programa respectivamente, mientras que el resto de los profesionales funcionan como coordinadores de sus áreas respectivas; ya que en

etapas posteriores se ofrecerá la posibilidad de incorporación a otros profesionales que deseen integrar el PAANET.

También se ha organizado un Grupo de Voluntarios, pertenecientes a la comunidad intra y extrauniversitaria, que cumplirán funciones específicas de acompañamiento y servicio, coordinados por el equipo interdisciplinario.

Otro grupo que conforma el PAANET, es el Grupo de Apoyo Espiritual, integrado por representantes de las distintas congregaciones religiosas (católicos, judíos, evangélicos, mormones, etc) que se encontrarán a disposición de aquellas familias que requieran de su apoyo.

Como el PAANET fue presentado como Proyecto de Extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y sus miembros son docentes y alumnos de la misma, también se ofrecerá la posibilidad a aquellos alumnos que deseen realizar su Práctica Clínica en la especialidad de Cuidados Paliativos, previa selección y evaluación de antecedentes de los mismos.

El Equipo interdisciplinario desarrollará sus actividades dentro de tres modalidades de atención:

-atención ambulatoria a los pacientes y sus grupos familiares en aquellos períodos en los que la evolución de la enfermedad y el tipo de tratamiento así lo permitan.

- atención domiciliaria al paciente y su grupo familiar en períodos de aislamiento terapéutico, y en la etapa final o desenlace de la enfermedad.

-atención en períodos de internación en instituciones de salud públicas o privadas, como complemento terapéutico dentro de los cuidados paliativos.

La diagramación de actividades será la siguiente:

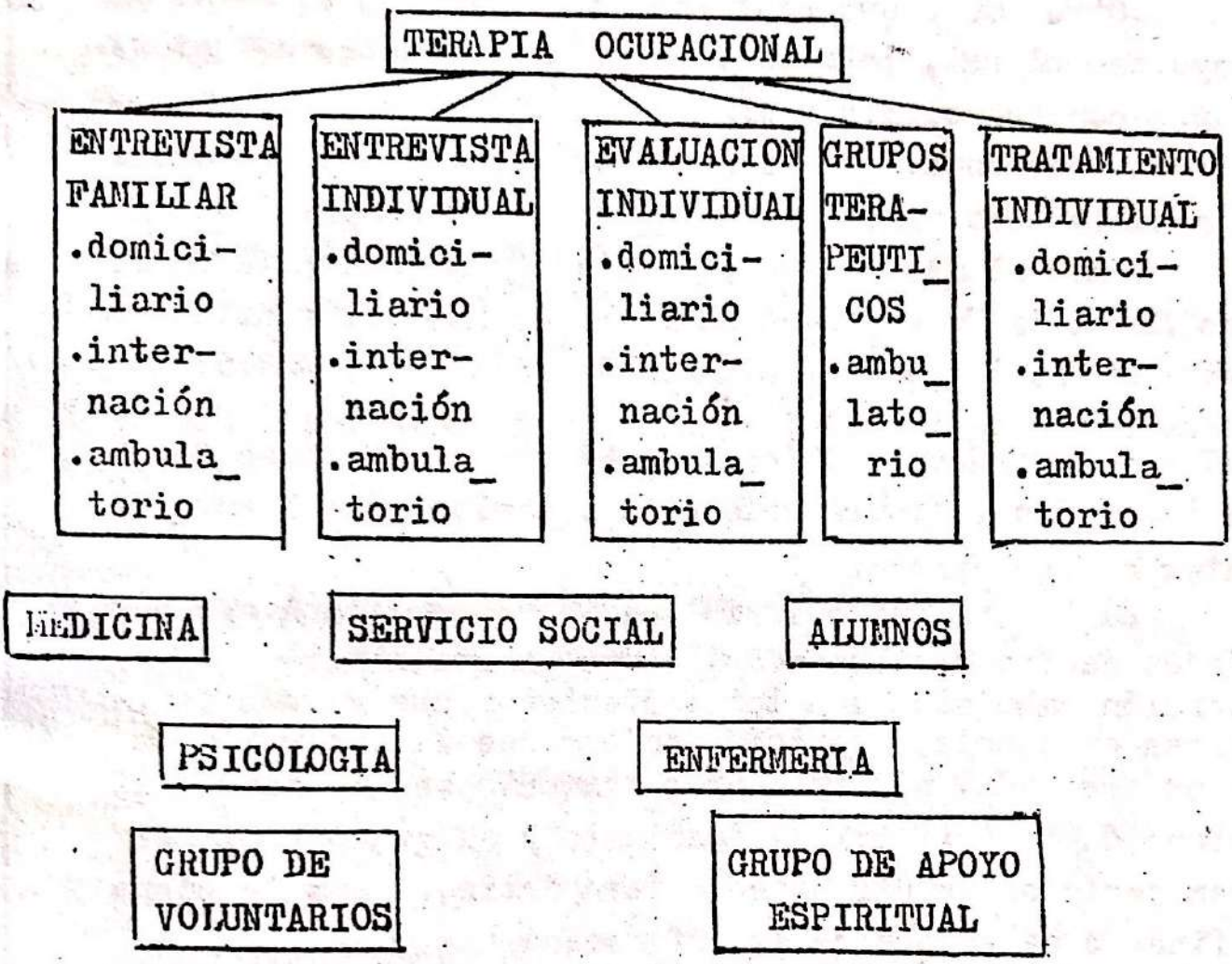
a)derivación

b)admisión (entrevista familiar, entrevista indiv.)

c)inclusión en grupos terapéuticos (talleres de reflexión, de expresión creativa, de actividades

e) asistencia y control domiciliario del niño y su grupo familiar.

f) apoyo espiritual



Quisiéramos aclarar, que el tipo de asistencia que se establece en el PAANET, se ofrecerá a todos los pacientes que así lo requieran, sin interferir en el tratamiento que se esté realizando, sino como complemento del mismo.

Las acciones a desarrollar por el equipo terapéutico son tendientes al establecimiento de metas realistas, acordadas con el niño y su familia, apuntando hacia el logro de la contención y el confort de ambos.

Como dice K. Herth (8), en aquellos pacientes que

enfoca en "ser" mas que en "hacer", y enfatiza las relaciones con los otros y con Dios (o un ser supremo). Por lo tanto, es probable que la esperanza aumente con la cercanía de la muerte, siempre que la atención y el confort sean de un nivel adecuado.

Quizás en nuestra cultura que niega la muerte, que nos prepara solo para el éxito y raramente para el fracaso (y la muerte es vivida generalmente como un fracaso tanto para el paciente como para los miembros del equipo de asistencia) sea difícil poder aceptar o entender que aún en los momentos de mayor sufrimiento podemos encontrar un motivo de esperanza, un sentido de vida, y llegar creativamente al instante final de la vida.

Quizás resulte aún más difícil poner en esta situación crítica, desisiva, a los niños, de los cuales esperamos que "tengan toda una vida por delante". Y es aquí donde nos damos cuenta, dolorosamente, de la soledad y la ausencia de acompañamiento adecuado por la que deben transitar las familias en cuyo seno pesa el dictámen de "terminal"

Todos y cada uno de nosotros, somos seres terminales; comenzamos a morir en el momento del nacimiento, con la primer bocanada de aire que llena los pulmones.

Desde el PAANET proponemos una estructura que contempla esta situación de aislamiento y desamparo, y provee el acompañamiento, apoyo y asistencia a toda la unidad familiar; la atención a la familia es una parte integral del cuidado del moribundo.

Una familia satisfecha, aumenta la probabilidad de un paciente satisfecho, más aún cuando se trata de niños.

Seguramente nos quedarán muchos interrogantes por develar, y muchas preguntas por plantear.

"IMPORTAS PORQUE ERES TU. IMPORTAS HASTA EL ULTIMO MOMENTO DE TU VIDA, Y HAREMOS TODO LO QUE PODAMOS

NO SOLO PARA AYUDARTE A MORIR PACIFICAMENTE, SINO TAMBIEN A VIVIR HASTA QUE MUERAS".

Cicely Saunders

(1) Dr. Dopaso
(2) Documento de Puebla III, Buenos Aires 1979.
(3) L. Baliña
(4) V. Frankl "El hombre en busca del sentido" Ed. Herder Barcelona, 1982
(5) Calman KC. "La calidad de vida en los pacientes con cáncer: una hipótesis" Journal of Medical Ethics. 1984; 10: 124-7.
(6) Twycross Robert "Cuidado del paciente con cáncer avanzado" Sir Michael Sobell House; Oxford.
(7) Twycross RG.
(8) Herth K. "Promover esperanza en personas enfermas terminales" Journal of Advanced Nursing 1990; 15:1250
- Jennings S. "Terapia creativa" Ed.Kapelusz; Bs As. 1979
-Loizaga-Dopaso "Hasta que la vida nos separe" Diario El Clarín, Buenos Aires 1992.
-Mainetti, J. "La muerte en medicina" Ed. Quirón, Buenos Aires, 1978.
-Plank E. "El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital" Ed. Paidos, Buenos Aires 1976
-Chesterfield P. "Comunicatings with dying children" Nurs_ Stand; 1992.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Seliembre de 1995. Argentina.

REHABILITACION EN MUJERES OPERADAS POR CANCER DE MAMA. EVALUACION DE EDEMA BRAQUIAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL.

Lic. T.O. Cabrera Susana. y Lic. T.O. Gordillo Norma.
Hospital Interzonal General de Agudos. Sala de Rehabilitación.
Av. J.B. Justo Esq. 168 (7600) Mar del Plata . Bs.As.
T.E.(0054)(023)770262/65.Int.304.
ARGENTINA

INTRODUCCION

Un conjunto de problemas físicos y psicológicos son comprobables despues de una mastectomía, acompañando paralelamente al diagnóstico y tratamiento médico del Cancer de Mama.

En 1978 comienza en el Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, la derivacion al consultorio de Terapia Ocupacional de las pacientes mastectomizadas, presentan diversos grados de limitación funcional y/o linfedema braquial, homolateral al lado quirúrgico. Estas complicaciones en la elevacion y separación del brazo, con la imposibilidad de posicionarlo en los distintos decúbitos en camilla para ser irradiadas o revisadas y el aumento circunferencial del miembro superior, son observadas como dificultades por el profesional médico, promoviendo a la interconsulta médica de Oncología o Radioterapia, con el Servicio de Rehabilitación.

Estas consultas iniciales, generaron la responsabilidad de elaborar un programa, con criterios de ingreso y terapéutica para estas mujeres, y no sólo la mera respuesta a la demanda solicitada de una recuperación anatomo-funcional del hombro y/o reducción del edema, por sobre el resto del complejo "Cancer".

La Rehabilitación requiere como en otras actividades de la Salud, un diagnóstico preciso y rápido para instituir la terapeutica más eficaz y prevenir cualquier incapacidad permanente. Cuanto más se retrase, menos efectivas seran las medidas restauradoras consecuentes.

Por lo tanto el programa se diseña en base a una pronta rehabilitación, en el menor tiempo posible, con retorno de la paciente a su actividad normal. Para esto resulta imprescindible actuar con la derivación medica precoz a Terapia Ocupacional. Esta se estipula con el Servicio de Ginecología, quien la incorpora en la Norma de Diagnóstico y Tratamiento de la patología y se sustituye a la tardía que originaron otros servicios.

El plan terapeutico de Terapia Ocupacional contempla como motivos de asistencia, abordar la incapacidad primaria y secundaria, es decir aquella que deviene directamente de la enfermedad y la que se relaciona indirectamente con el huesped, causadas por las técnicas quirúrgicas y las complicaciones inmediatas, mediatas y alejadas; con el fin de:

1) recobrar la funcionalidad y uso del miembro superior del lado operado.
2) reducir el stress emocional, ansiedad y temor, que tipicamente se evidencia en la mastectomía.
3) facilitar a las pacientes la comprensión del autocuidado de la extremidad superior del lado quirúrgico.
4) retornar a las mujeres a sus actividades habituales.

Este trabajo toma sólo dos aspectos, la génesis de las primitivas derivaciones médicas del programa operado durante diez años; con el objeto de evaluar, en las pacientes:

a) la capacidad funcional del miembro superior, y
b) la profilaxis del edema braquial secundario.

MARCO CONCEPTUAL
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Aspectos técnicos de la cirugía del Cancer de Mama.(14)

Tecnicas quirúrgicas.

- Tumorectomía
- Mastectomía Parcial o Segmentaria
- Adenozamectomía subcutánea

También, se observó, mayor recurrencia de edema braquial en las mujeres intervenidas con técnica quirúrgica Halsted/Mérola derivadas tardiamente. En este grupo, se constató ademas capacidades funcionales del miembro superior afectado medias y mínimas.

Wingate (20), evalúa un grupo de 90 pacientes que son sometidas a mastectomía, en las cuales a 49 se les efectúa rehabilitación y a 41 no. Los datos goniométricos que obtiene y la ejecución de pruebas funcionales revelan diferencias estadisticamente significativas entre ambos grupos, a favor de las pacientes que tuvieron tratamiento de rehabilitación.

El presente estudio no se controló, con un grupo de pacientes que no hubiese recibido tratamiento rehabilitador, tal como hizo Wingate; pero los resultados obtenidos revelaron un mayor rango del movimiento del hombro cuando se recibe esta terapéutica inmediatamente a la operación, de forma coincidente con el trabajo anteriormente citado.

Markowski y col.(10) en el estudio que realizan sobre incidencia del linfedema después de una mastectomía en 58 mujeres que recibieron rehabilitación temprana, evaluadas al año post-quirúrgico; concluyen que el 69% (n:40) estan libres de linfedema; que el 22,4% (n:13) presentan edema leve; de las pacientes estudiadas con edema moderado y severo, este ocurre sólo en el 5,2% (n:3) y el 3,4% (n:2) respectivamente.

Contrastando esto con la investigación del HIGA, además de ser semejante el protocolo de tratamiento implementado en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad de Texas, Centro de Ciencias de la Salud. Dallas, por Terapia Ocupacional y Terapia Física; la categorización y porcentajes hallados indicaron similitud.

Los resultados demostraron que las pacientes postmastectomizadas que recibieron el programa de rehabilitación, elaborado en Terapia Ocupacional H.I.G.A. MdP., derivadas inmediatamente recobraron la funcionalidad del miembro superior y previnieron la formación de edema braquial secundario.

CONCLUSION

La profilaxis del edema braquial secundario fue eficaz, en las mujeres derivadas inmediatamente a tratamiento de Terapia Ocupacional.

En la cirugía tipo Halsted/Mérola se comprobó mayor recurrencia de edema braquial secundario y menor capacidad funcional del miembro superior homolateral al sitio quirúrgico; si son derivadas tardiamente.

La derivación médica inmediata a tratamiento de Terapia Ocupacional logró la capacidad funcional del miembro superior del lado afectado en grado máximo.

Por lo expuesto anteriormente, cabe aceptar la hipótesis planteada. Estas observaciones efectuadas, permiten recomendar como aplicación clínica, la derivación médica precoz y el programa rehabilitador de Terapia Ocupacional para las mujeres operadas por un Cáncer de mama.

ANEXO TABLA 1.
DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS DE LA HIPOTESIS.

1- Capacidad funcional del miembro superior del lado operado; suficiencia del conjunto de movimientos coordinados y dirigidos, en relación a la biomecánica del miembro superior, con conservación de la sensibilidad, para ejecutar cualquiera de las acciones de las actividades de la vida diaria y actividades básicas del hogar.
2- Edema braquial secundario: aumento circunferencial en centimetros de la extremidad superior homolateral al sitio quirúrgico por acumulación de líquido seroalbuminoso en el tejido celular en el post-operatorio alejado (meses o años).
3- Derivación inmediata: solicitud de tratamiento de Terapia Ocupacional, requerida por interconsulta médica, durante la primer semana post-quirúrgica. (primeros 7 días).
4- Derivación mediata: solicitud, de tratamiento de Terapia Ocupacional, requerida por consulta médica, posterior a la primer semana post-quirúrgica. (a partir del 8vo. día).
5- Técnica quirúrgica: tratamiento por medio de cirugía.

De acuerdo al nivel de resección se clasifica en:

1- Cuadrantectomía más vaciamiento axilar: que es la reseccion del tumor, incluyendo porción generosa de parénquima circundante, con vaciamiento total o parcial de la axila.
2- Mastectomía radical modificada u operación de Merola-Patey: que es la resección de toda la mama, con la aponeurosis superficial del músculo, con conservación del pectoral mayor y resección del pectoral menor, más vaciamiento total de la axila.
3- Mastectomía radical modificada u operación de Madden: que es la resección de toda la mama, con aponeurosis superficial del

ANEXO TABLA 2.
TECNICAS DE MEDICION.

Las mediciones fueron realizadas y registradas por parte de uno de los investigadores T.O. S.C._
La información sobre la capacidad funcional del lado operado fue obtenida a través de:
- medición articular goniométrica (7) con goniómetro standard universal de plástico, en grados sexagesimales, empleando el metodo de 0° a 180°, en comparación con el miembro superior no operado.
Las funciones medidas fueron: la flexión, abducción y rotación interna y externa del hombro; por ser estas las mas comprometidas en las cirugias.
En el registro, la suma de la indización de los valores en grados ubica la categoría correspondiente.
Las pacientes intervenidas bilateralmente debieron ser cotejadas con los grados de amplitud articular estandarizados, considerados normales.
La medición se realizó ubicando a la paciente en posición sedente, con ejecución del movimiento en forma activa; VALOR 3, según valoración de pruebas musculares funcionales de Daniels Worthingham.(1)
- Las tecnicas empleadas para la profilaxis del edema braquial secundario fueron: medición métrica, inspección visual y palpación.(7)
Para la medición métrica se usó cinta metálica, se midió el miembro superior afectado, en comparacion con el sano, en los siguientes puntos anatómicos: a) brazo, a nivel de la V deltoidea, b) codo, a nivel del pliegue, c) muñeca, a nivel del arco transversal proximal carpiano, d) mano, a nivel del arco metacarpiano transverso distal.(12)
La medición que va de 0 a 1 cm., de aumento circunferencial en la extremidad homolateral al sitio quirúrgico no fue incluida como indicador de presencia de edema braquial secundario leve, por tornarse dificultoso determinar, si ésta diferencia en algunas pacientes corresponde a hipertrofia muscular del miembro superior dominante o a edema braquial leve.

BIBLIOGRAFIA.

1. Daniels Worthingham. Pruebas Funcionales Musculares. Edit. Interamericana. S.A. México. 1973.
2. Gonzalez Mass. Tratado de rehabilitación Médica. Editorial Científica Médico. Barcelona. 1976.
3. Gutman Haim. Physical Therapy After Breast Cancer Surgery. Arch. Surg. Vol.125. March 1990.
4. Haagensen. Enfermedades de lá mama. Editorial Panamericana. Bs. As. 1987.
5. Kabath, Knott, Voss. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Patrones y Técnicas. Editorial Médica Panamericana. Bs.As. 1974.
6. Kielhofner Gary. Theoretical Foundations of Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy. EE.UU. 1982.
7. Krusen y otros. Medicina Física y Rehabilitación. Editorial Salvat. Barcelona 1974.
8. L.A.L.C.E.C. Cartilla "Cuidados para la mujer post-mastectomizada"
9. Lotze Michael. Early Versus Delayed Shoulder Motion Following Axillary Dissection. A Randomized Prospective Study. Ann Surg. March Vol. 193 N°3. 1981.
10. Markowski, Wilcox J.P. Helmpa. Lymphedema incedence after specific postmastectomy therapy. Arch Phys Med Rehabil 62:449-452- 1981.
11. Medical Mag. Producción-Editorial Servimed. Cap. Fed. Bs.As. 1990.1991.
12. Moran Christine A. Fisioterapia de la Mano. Editorial Jims. Barcelona. 1990.
13. Norrié Jorge A., Cáncer de mama. Revista de la Facultad de Ciencias médicas de la Plata. Vol. N°3 . Segunda Epoca. Set/Dic. La Plata. Bs.As. 1981.
14. Pasquale Roberto. Tratamiento Radiante del Cáncer de Mama. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la La Plata. Vol N°3. Segunda Epoca. Set/Dic. La Plata. Bs. As. 1981.
15. Premio C.E.L.A.M. Rehabilitación Psicofísica de la Operada de Mama. Bs.As. 1980.
16. Sach H Sidney. Comparative results of postmastectomy Rehabilitation in a specialized and community hospital. American Cancer Society. 1981.
17. Schavelzon. Impacto Psicológico del Cáncer. Editorial Galerna. Bs.As. 1988.
18. Schavelzon. Psicología y Cáncer. Editorial Hormé-Paidos. Bs.As. 1967.
19. Trabajo Rehabilitación de la paciente mastectomizada. Servicio de Rehabilitacion. H.I.G.A. MDP. Bs.As. 1981.
20. Wingate Lydia. Efficacy of Physical Therapy for patiens who undergone mastectomies. A prospective study. Vol.65. Physical Therapy. 1985.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

NORMAS DE EVALUACION Y TERAPEUTICA DEL CANCER DE MAMA. CONSULTORIO DE TERAPIA OCUPACIONAL- SALA DE REHABILITACION. H.I.G.A. MAR DEL PLATA. BS.AS. ARGENTINA.

Lic. T.O. Cabrera Susana, y Lic. T.O. Gordillo Norma.
Hospital Interzonal General de Agudos. Sala de Rehabilitación.
Av. J.B. Justo Esq. 168. (7600) Mar del Plata . Bs.As.
T.E.(0054)(023)770262/65.Int.304.
ARGENTINA

En la mayoría de los países del mundo, el cáncer de mama sigue siendo el tumor femenino más frecuente y la principal causa de muerte entre los 50 y los 60 años.

Las campañas de información sobre neoplasia mamaria y el diagnóstico precoz, llevan a una estrategia terapéutica más adecuada; logrando un mayor período libre de enfermedad.

La acción de promoción y prevención, si bien difundida en nuestro país, aún no es suficiente, ya que la paciente llega tardíamente a la consulta, debiendo someterla a intervenciones en general cruentas y mutilantes.

Los estudios epidemiologicos acusan que para la primera década del siglo XXI, la principal causa de muerte será el Cáncer; por lo tanto la formación de equipos interdisciplinarios se torna altamente indispensable para mejorar los resultados en la sobravida de 5 años de esta enfermedad, cuando se estima improbable el control o la curacion.

Es menester hacer hincapié en la calidad de vida. Además de los tratamientos que propone la cancerología tradicional es imprescindible el programa rehabilitador, direccionado en Terapia Ocupacional a preservar la ocupación, interrumpida o rota por la afección.

Los principios teóricos que guían la Terapia Ocupacional son organizados en torno al significado de la ocupación humana.

Esta es "reconocida como un organizador natural del comportamiento humano, que puede ser usado terapéuticamente para rehacer o reorganizar el comportamiento cotidiano"(3). Cuando se halla modificado por la enfermedad es el Terapista Ocupacional el que planifica los medios para su recomposición.

La tarea asistencial en la operada de mama por Cáncer se cumple en dos momentos o tiempos:

-el primero, encuadrado en la internación, es la atención individual en cama desde la primera semana post-operatoria hasta la externación de la paciente. De duración entre los primeros 7 días, con una frecuencia diaria de treinta minutos.

-el segundo, (inmediato al primero) en el consultorio externo de Terapia Ocupacional, es la atención grupal ambulatoria, de aproximadamente dos meses de duración con una frecuencia de tres veces semanales de 60 minutos cada una.

El plan terapéutico tiene como objetivos:

1- Atenuar el impacto emocional agudo.
2- Posicionar el miembro superior afectado.
3- Recuperar la capacidad funcional del miembro superior del lado operado.
4- Estimular la correcta mecánica respiratoria.
5- Educar para la profilaxis del edema braquial secundario.
6- Controlar equilibrio postural.
7- Instruir en cuidado de la cicatriz.
8- Informar las opciones cosméticas.
9- Orientar e informar a la familia.
10- Instruir en hábitos de las actividades de la vida diaria y básicas del hogar.
11-Orientar en las tareas laborales.
(1-5-6-7-9)

Así como se pueden diferenciar claramente dos momentos del encuentro rehabilitador no sucede lo mismo con la aplicación de sus objetivos; las técnicas utilizadas, son organizadas en una secuencia lógica que se lleva a cabo.

Pero ..., en la "primera etapa" (internación) cuando el Terapista Ocupacional llega a la cama de la paciente y se presenta ¡Buen día! soy quien la asistirá en ..., ¡Mucho gusto!, enfrente...,hay una mujer, que es "única".

... y cambios anatómicos, la

Se retoma con la enferma la sistemática de Terapia Ocupacional:

- el impacto emocional agudo.

La ansiedad, el temor, el sentir culpa, desesperanza, son reportados como endémicos en el Cáncer, casi siempre vivido como un evento estigmático.

Para el abordaje de estos sentimientos se instrumenta la entrevista. Se registran los antecedentes biográficos, aspectos de la vida de relación, la expresión de las emociones, los mecanismos de defensa predominantes. La comunicación posibilita el planteo de todas las dudas, inseguridades, modalidades terapéuticas, que en esos momentos preocupan a la paciente.

La información que se proporciona como devolución, es administrada con cuidado y compatible estrictamente con la ética de la profesión.

La entrevista da lugar a la descarga emocional que permite una situación de alivio.

Con la paciente contenida, se evalúa funcionalmente la extremidad superior, hasta el límite que el estado post-quirúrgico inmediato lo permita, por el vendaje compresivo, drenaje, dolor, etc..

Se considera en caso de una secuela anterior como un Accidente Cerebro Vascular, fractura, etc.; o la presencia de una lesión neurológica producto de la operación, las diferencias en los valores funcionales, con los consecuentes propios de la intervención por cáncer y la inclusión de otros objetivos terapéuticos específicos de la patología asociada.

Efectuada la entrevista-evaluación se prosigue con:

- el cuidado de posición del miembro superior del lado afectado.

Evitar edema, adherencias y retracciones tendino-musculares, es el propósito del cuidado de posición. Se coloca entonces una almohadilla debajo de la extremidad superior, con hombro en flexión y abducción de 45°, con ligera flexión de codo evitando que la mano caiga.(1)

Este posicionamiento de soporte de la articulación glenohumeral, controla el dolor de la articulación, contribuyendo significativamente en la colaboración de la paciente con el programa cinésico, de ejercicios activos de codo, antebrazo, muñeca y mano puestos en ejecución, junto con los de:

- el tratamiento preventivo del edema braquial secundario.

Donde se trabaja en la posición descripta ejercicios de depleción del edema:

1."el de bombeo": flexión de codo con cierre de puño y extensión de codo con apertura de la mano (relajación), combinando con pronosupinación de antebrazo.

2."el de escurrir": extensión a nivel del codo, rotación interna del hombro, cierre de puño a gran tensión y retorno a la posición inicial con apertura de la mano (relajación).(1)

Simultaneamente se prepara a la paciente para su posterior inclusión grupal por consultorio externo, una vez dada el alta de la internación.

En la "segunda etapa" (ambulatoria), la paciente ya externada se incluye al grupo abierto de mujeres con su misma patología en donde la dinámica grupal de este momento está basado en los conceptos del: "¡Aquí no ha pasado nada!".

"Como sabemos por fisiología, el transcurrir del hombre por la vida le significa huellas definitivas. Cada estímulo, cada acto, pensamiento o sentimiento, cada relación con su entorno, así como todo estímulo recibido de su propia estructura, de su "interior" deja su "cicatriz" definitiva tanto en el área orgánica como en la psiquis.

Por ello "nunca y nada puede ser igual a antes". Una situación orgánica o psíquica es irrepetible y tanto más diferenciada de lo anterior cuanto más trascendente sea para ese individuo.

Suponer que una persona que haila pasado por una experiencia vital tan reactiva como tener un Cáncer y haber sido sometida a un tratamiento pueda volver a ser realmente como era antes de este acontecimiento, es un grave error. Es una imposibilidad física.

Por ello, toda tentativa terapéutica física o psíquica de rehabilitación comenzará por la aceptación de que nada es ni será igual a antes!. Existe una nueva situación que debe reconocerse, elaborarse y aceptarse. Si ello no ocurre toda sugestión terapéutica alternativa, toda orientación para recomponer el área de los afectos, toda idea de sublimación es incongruente e insensata para el paciente y su entorno."(8)

El sentido de pertenencia al grupo con igual problemática, contribuye significativamente a profundizar la comunicación, que junto a la ejecución de acciones comunes que responden a la vida diaria, favorece la resolución de adecuadas conductas para la nueva situación.

En estas sesiones, se re-evalúa la fuerza muscular, la coordinación neuro-muscular conjuntamente con la capacidad de excursión articular a través de los movimientos activos voluntarios que ella realiza. Estos son organizados en base a las diagonales de movimiento (primitivas y funcionales)(2). No en forma pura sino, a través de ejercicios activos y activos asistidos en movimientos unilaterales, bilaterales, simultáneos, simétricos y alternados, con gravedad eliminada en un inicio. Posteriormente se gradúa a movimientos activos resistidos en contra de la gravedad; éstos son de flexo-extensión, abducción-aducción, rotación y circunducción de hombro, asociados con la flexo-extensión de codo; como así también de cabeza y cuello acompañando a estas diagonales.

Tanto en la primera y segunda etapa todos los movimientos se ejecutan hasta llegar al límite del dolor.

A medida que se van logrando las siguientes pruebas funcionales, como:

1) Peinarse el cabello
2) Ponerse un pullover por la cabeza
3) Prenderse el corpiño
4) Subirse y bajarse el cierre de la campera
5) Tocarse la escápula homolateral
6) Tocarse la escápula contralateral
7) Alcanzar un objeto adelante, por encima de la cabeza
8) Alcanzar un objeto al costado, por encima de la

[illegible] con la adquisición de una performance necesaria en las [illegible] la separación grupal de la paciente para en

En sesiones se cuida:
- el control postural.

Se señala el hábito de postura antálgica de tensión e inclinación del tronco hacia el lado operado acompañado de anteversión del hombro; se insiste en la adquisición de la postura correcta, tanto en la posición sedente como de pie; se acompaña con el estímulo de mecánica respiratoria profunda, evitando una respiración de defensa.

También se atiende en:
-el cuidado de la cicatriz.

Una vez liberado el vendaje y a medida que la herida está en condiciones, se inicia un programa de masajes que debe realizar la paciente:
- unos alrededor de la herida en forma circular y ascendentes para despegar la piel adherida a la pared toráxica.
- y otros, con movimientos circulares firmes perpendiculares a la línea de tracción o banda cicatrizal, con el fin de minimizar la formacion hipertrófica.

Se controla la calidad de la piel de la axila en relación a la tensión, coloración y trofismo.

Se valora desde lo normal hasta los diversos grados de hipertrofia a los de tipo brida, que de comprobarse esta con retracción se prescribe y confecciona una ortesis compresiva.

Se refuerza el cuidado del miembro superior con:
-Educación de la profilaxis del edema braquial secundario.

Se informa a la paciente por escrito y verbalmente lo siguiente (textual):

"- evite todo tipo de lesiones del brazo del lado operado durante actividades de la vida diaria, como lesiones cortantes, traumatismos, quemaduras, esfuerzos, etc.
- tome precauciones en el desarrollo de las tareas domésticas como por ejemplo: use agarraderas acolchadas para la toma de objetos calientes. Guante de goma cuando se utilizan abrasivos o se trabaja en jardinería.
- retire las cutículas con un palo de naranjo apropiado para este efecto.
- aplique repelentes contra la picadura de insectos.
- depile la axila operada preferentemente con crema depilatoria. La hoja de afeitar, la máquina eléctrica deteriorada o la cera depilatoria de otras zonas del cuerpo o compartida con otras personas no es aconsejable.
- use dedales en la actividad de costura.
- retire alhajas o bijouterie que aprieten.
- use prendas con puños holgados que no presionen la muñeca.
- protéjase del sol por lo menos durante un año luego de la cirugía y más aún si ha sido sometida a tratamiento radiante.
- manténgase delgada. Evite la obesidad.
- use el brazo sano para alzar, cargar o colgar objetos pesados.
- use el brazo sano para inyecciones, vacunaciones, determinaciones de tensión arterial y extracciones de sangre.
- continúe con sus actividades y entretenimientos habituales.
- si nota enrojecimiento o edema concurra al médico."

(4)

De manera verbal y como refuerzo del texto entregado se recalcan los aspectos más sobresalientes, sobre todo según la paciente.

Se facilitan datos sobre:
-Las alternativas cosméticas.

Referido a dos opciones la cirugía reconstructiva de la mama, donde se le sugiere la entrevista con el cirujano plástico, o el uso de prótesis externas. En este punto se le informa acerca de los materiales, calidades, precios de los que puede hallar en el comercio, con la sugerencia de alguna de ellas cuando se han resecado músculos pectorales.

No obstante mientras la paciente se decide y su nivel económico le permite adquirirla, se indica (sobretodo en aquellas donde la mama que ha quedado es muy prominente), el uso de corpiño con prótesis de construcción casera, a veces confeccionada en el consultorio de Terapia Ocupacional, como también la adaptación y colocación de algunas prendas.

El uso de esta prótesis casera en forma inmediata, está en relación con el equilibrio postural y la reconstrucción de la apariencia exterior, dentro de las acciones del vestido, con respecto a la imagen corporal en la interrelación social.

A pesar de ofrecerle el hospital la cirugía reparadora de la mama en forma gratuita, se ha visto en pocas mujeres elegir esta opción.

Al mismo tiempo se lleva a cabo:

-La orientación familiar.

Es común escuchar en sesión decir a la paciente: ¡en mi casa no me dejan hacer nada!, ¡me siento una inutil!. El impacto del diagnóstico y los tratamientos, no sólo alteran conductas en ella, sino también en la familia. Actitudes, reacciones, hechos, etc. en general inmovilizadores del rol, que hasta el suceso de la enfermedad la mujer tenía, son alertados como posibles caminos hacia la deshabilitación, desadaptación e incomunicación.

Urge conversar en presencia de la paciente con la familia e informar que, respetando el tiempo post-quirúrgico inmediato está habilitada para realizar todas las actividades de la vida diaria y actividades básicas del hogar, con precauciones que son señaladas especificamente en el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Con frecuencia a la entrevista concurre la pareja, a veces por demanda de uno o de otro, se explican los serios sentimientos de inadecuación sexual por los que pueden atravesar; tomando a lo sexual no como un hecho individual sino una relación con otro, y se los orienta en esta conducta, para que paulatinamente retomen el comportamiento habitual.

Se considera:

-El antecedente laboral.

Cuando el puesto de trabajo no es incompatible con las pautas de profilaxis del edema braquial secundario, este no es modificado.

Raramente se suspende o modifica pasos de la tarea o se sugiere la re-ubicación laboral.

Sólo se halló desventaja profesional en mujeres donde la secuela es un edema braquial moderado o severo.

PROTOCOLO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA. H.I.G.A. M.D.P. BS.AS.

En el HIGA el procedimiento de estudio compuesto por el interrogatorio, la semiología, los elementos complementarios de diagnóstico, instrumentados en el consultorio de patología mamaria, le permite arribar al profesional médico a la detección y diagnóstico diferencial de la neoplasia de mama en toda mujer que llega a la consulta.

Cuando la paciente es portadora de Cáncer, se clasifica clínicamente el tumor segun T.N.M. de la Unión Internacional contra el Cancer, se realiza la biopsia y se establece el criterio de operabilidad de acuerdo a cada caso.

El abordaje terapéutico oncológico conlleva además tratamiento de radioterapia eventualmente quimioterapia u hormonoterapia. Concomitantemente es la derivación precoz a Terapia Ocupacional de la Sala de Rehabilitación, (1er. día post-operatorio) normatizado esto en el Servicio de Ginecología.

Se completa el seguimiento de la operada con controles médicos y de Terapia Ocupacional, trimestrales durante los dos primeros años, semestrales durante el tercero y anuales a partir del cuarto y hasta el décimo.

Esta sistemática descripta favorece en la mujer la prolongación del periodo libre de enfermedad.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gonzalez Mass. Tratado de rehabilitación Medica. Editorial Cientifica Médico. Barcelona. 1976.
2. Kabath, Knott, Voss. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Patrones y Técnicas. Editorial Médica Panamericana. Bs.As. 197
3. Kielhofner Gary. Theoretical Foundations of Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy. EE.UU. 1982
4. L.A.L.C.E.C. Cartilla "Cuidados para la mujer postmastectomizada."
5. Medical Mag. Producción-Editorial Servimed. Cap. Fed. Bs.As. 1990.1991.
6. Premio C.E.L.A.M. Rehabilitación Psicofisica de la Operada de Mama. Bs.As. 1980.
7. Schavelzon. Impacto Psicológico. Editorial Galerna. Bs.As. 1988.
8. Schavelzon. Psicología y Cáncer. Editorial Hormé-Paidos. Bs.As. 1967.
9. Trabajo Rehabilitación de la paciente mastectomizada. Servicio de Rehabilitación. H.I.G.A. MDP. Bs.As. 1981.
10. Wingate Lydia. Efficacy of Physical Therapy for patiens who undergone mastectomies. A prospective study. Vol.65. Physical Therapy. 1985.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO
DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

SIEMPRE HAY ALGO QUE HACER

T.O. Mariana Carrillo

Fundación Ecuménica Vitae
Uruguay 266 (1015) Cap. Fe.
ARGENTINA

Modelos de intervención en la asistencia de enfermos terminales.

Los Cuidados Paliativos consisten en la asistencia activa e integral de las personas que sufren una enfermedad terminal y de sus familias, impartidos por un equipo interdisciplinario de profesionales especialmente entrenados para dar respuesta a los múltiples procesos que se desencadenan en esta etapa, donde se presupone la llegada de la muerte en un momento cercano.

. Apuntan a los cuidados más que a la curación.

. Toman al enfermo y su familia como una Unidad de Cuidado, considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales, intelectuales y espirituales, como así también la etapa de la vida en la que se presente, las costumbres y el Sistema de Creencias propio del grupo.

. Implementa terapéuticas Paliativas de control de síntomas (por ej. dolor), apertando estrategias que apunten a mejorar la calidad de vida y a disminuir el sufrimiento.

. La formación de un equipo de Cuidados Paliativos requiere de profesionales de diversas disciplinas con una capacitación específica, una clara vocación de servicio y la convicción de que la vida merece ser vivida con dignidad y comprendiendo hasta el último momento.

Además, es imprescindible para el funcionamiento coherente

te y eficaz del equipo la participación en grupos de Guidado de Guidadores que apuntan, no sólo a supervisar o informar / sobre la evolución de un enfermo, sino fundamentalmente a ay clarecer y elaborar ansiedades, temores y demás sentimientos que pudieran surgir en cualquier miembro del equipo, en relación a la problemática que se trata.

MODULO 11

TERAPIA OCUPACIONAL CON LA ENFERMEDAD DEL SIGLO: S.I.D.A.

C4 65

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

DESARROLLO MENTAL Y PSICOMOTRIZ EN NIÑOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Lic. en T.O. Marta Vera, Centro Pediátrico Matheu, Matheu 3121, tel. 73-1404. (7600) Mar del Plata;
Lic. en T.O. Sandra Villarruel, Centro de recreación y rehabilitación "Encuentros", (7020) Benito Juárez.
Buenos Aires - ARGENTINA

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los últimos años ha crecido en forma acelerada, constituyéndose en un verdadero "problema de salud".

En los últimos años se ha producido un aumento considerable de la infección en mujeres que, en su mayoría se encuentran en edad fértil, lo que genera un aumento paralelo de la infección por el VIH en niños, calculándose que para el año 2000 se verán afectados 10 millones de recién nacidos como consecuencia de la transmisión madre-hijo. La mayoría de los casos provendrían de los países en vías de desarrollo. Hoy se estima que existen en el mundo 1 millón de niños infectados.[1]

En el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) de la ciudad de Mar del Plata, que atiende a los niños infectados por el VIH desde su nacimiento, se controlan actualmente a un total de 178 casos de niños infectados por transmisión vertical de madre a hijo, de los cuales 75 pacientes han serorrevertido. En el año 1994 el número de pacientes ha aumentado debido, posiblemente, al incremento de los nacimientos de hijos de madres seroposi-

tivas para el VIH y a una mejor detección en la comunidad de los pacientes infectados que fueron derivados al hospital para su atención. Las cifras que se manejan en el HIEMI revelan una tasa de incidencia de la enfermedad del 28,6 % y un índice de mortalidad del 7,6 %.[2]

El presente trabajo se centra en el estudio del Desarrollo Mental y Psicomotríz de los niños infectados por el virus. Las publicaciones referidas a este aspecto de la infección son, en su mayoría, de origen extranjero. Así, en Inglaterra se publicó la elaboración y desarrollo de un programa de Servicio de SIDA, dirigido a satisfacer las necesidades del Desarrollo Mental y Psicosocial de niños infectados por el VIH y sus familias; el mismo concluye en que "los servicios requeridos más frecuentemente fueron Terapia Ocupacional y Psicología, debido al incremento de las incapacidades por la enfermedad crónica de los niños".[3]

Las investigaciones revelan que los niños con infección por VIH sintomáticos presentan en su mayoría una variedad de deterioros del Desarrollo que incluye anormalidades Mentales y Motoras. El curso clínico en estos niños varía ampliamente mostrándose entre algunos infantes el deterioro progresivo durante el primer año de vida, mientras que en otros continúa con curso estático hasta la adolescencia. Se han señalado los déficits más intensos en las habilidades motoras finas y gruesas, perceptuales visuales y del lenguaje expresivo y comprensivo.[4]

Con respecto a los niños infectados por el VIH, pero asintomáticos, se observa que en general aparecen retrasos

PACIENTES Y METODOS

El trabajo se lleva a cabo en el Servicio de Terapia Ocupacional del HIEMI de la ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre los meses de Marzo y Noviembre de 1994.

En el Grupo de Estudio se incluyen a pacientes de 0 a 30 meses de edad, seropositivos para el VIH al momento de la evaluación en Terapia Ocupacional y radicados en la ciudad de Mar del Plata, que se atienden periódicamente en el Consultorio Externo de Neonatología del Hospital. Quedan excluídos los pacientes que serorrevierten o superan los 30 meses de edad antes de ser evaluados y aquellos que dejan de concurrir al Consultorio Externo de Neonatología o al Servicio de Terapia Ocupacional por fallecimiento, cambio de lugar de residencia o causa desconocida.

El Universo de Estudio lo conforman 42 pacientes infectados por el VIH, de 0 a 30 meses, de los cuales 25 pacientes fueron evaluados en Terapia Ocupacional y conformaron el Grupo de Estudio.

El grupo estudiado fue comparado con un Grupo Testigo integrado por 25 niños de edades comprendidas entre 0 y 30 meses, nacidos a término, sin patología (congénita, hereditaria o adquirida, de tipo orgánica o emocional), y no infectados por el VIH. Para la selección de este grupo se tuvo en cuenta también la edad y sexo de los niños y el nivel de instrucción de las madres, procurando que las características sean similares a las del Grupo de Estudio (Tabla 1).

El Grupo de Estudio fue clasificado según la clasificación por VIH pediátrico propuesta por el Center for Disease Control (CDC)[6], en P0, P1 y P2 teniendo en cuenta análisis de laboratorio, signos y síntomas (Tabla 2).

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos fueron extraídos a través de entrevistas rea

Tabla 1

Caracterización según estado serológico de niños de 0 a 30 meses seropositivos para el VIH asistidos en el HIEMI y seronegativos concurrentes a 3 Jardines Maternales. Mar del Plata Marzo-Noviembre, 1994.

Estado serológico / Características	Seropositivo		Seronegativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo masculino	10/25	40	13/25	52	25/50	50
Promedio de edad en meses al momen- del exámen	15,6		15,7		15,6	
Nivel de instruc- ción de las madres						
. Primario incompleto	2/25	8	3/25	12	5/50	10
. Primario completo	9/25	36	9/25	36	18/50	36
. Secundario incompleto	9/25	36	6/25	24	15/50	30
. Secundario completo	-	-	3/25	12	3/50	6
. Terciario o Universitario	3/25	12	4/25	16	7/50	14

lizadas a las madres de los niños seropositivos para el VIH, a través de Historias Clínicas de estos pacientes y de legajos de las instituciones a las que concurren los niños que conforman el Grupo Testigo.

Para la evaluación del Desarrollo Mental y Psicomotríz de los dos grupos de niños se administró el test "Escalas Bayley de Desarrollo Infantil".

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra que los dos grupos (seropositivo y seronegativo) no difieren significativamente en sexo, edad del niño al momento del examen y nivel de instrucción de las madres.

En las Tablas 2 y 3 aparecen los Indices de Desarrollo Mental (IDM) y Psicomotríz (IDP) de ambos grupos.

Tabla 2

Edad al momento del exámen, IDM, IDP y Clasificación Pediátrica de niños VIH-positivos asistidos en el HIEMI. Mar del Plata. Marzo-Noviembre, 1994.

Paciente	Edad al momento del exámen	IDM	IDP	Clasific. s/CDC
1	2,3	106	98	P0
2	2,6	121	126	P0
3	3,0	116	101	P0
4	5,7	96	106	P0
5	6,0	81	104	P0
6	6,2	67	77	P2 AD
7	7,1	94	102	P0
8	8,3	98	106	P0
9	8,4	98	94	P0
10	9,4	107	105	P0
11	9,4	69	66	P2 A
12	14,5	< 50	< 50	P2 ADC
13	16,1	115	116	P1
14	17,2	106	90	P1
15	18,6	70	76	P1
16	19,1	104	102	P2 A
17	21,4	89	92	P1
18	23,1	64	86	P1
19	23,8	67	57	P2 AD
20	23,8	87	87	P1
21	25,9	68	65	P1
22	28,2	72	80	P2 AD
23	29,4	81	89	P2 B
24	30,4	109	97	P2 AD
25	30,4	76	60	P2 AD

Si se analizan los promedios de los IDM e IDP de ambos grupos se evidencia que los del grupo seropositivo son significativamente más bajos ($P < 0,05$) que los del grupo seronegativo (Tabla 4).

Para realizar un Diagnóstico del Desarrollo se tuvo en cuenta la siguiente clasificación: Alteración del Desarrollo cuando los índices son ubicables en intervalo 45-68; Riesgo en el Desarrollo cuando los índices son ubicables en intervalo 69-84; y Desarrollo Normal cuando los índices alcanzados son mayores a 85.[7]

Con respecto al IDM en el grupo seropositivo, son 15 (60 %) los casos ubicados dentro del "Desarrollo Mental Normal", mientras que los 10 restantes se distribuyen en "Riesgo en el Desarrollo Mental" y "Desarrollo Mental Alterado", 5 y 5 respectivamente. En el grupo seronegativo son 23 (92 %) los casos con "Desarrollo Mental Normal" y 2 con "Riesgo en-

Tabla 3

Edad al momento del exámen, IDM e IDP de niños VIH-negativos concurrentes a 3 Jardines Maternales de la ciudad de Mar del Plata. Marzo-Noviembre, 1994.

Paciente	Edad al momento del exámen	IDM	IDP
1	2,1	121	143
2	3,8	105	125
3	4,9	103	110
4	5,1	110	114
5	6,1	105	108
6	6,5	105	120
7	7,8	130	114
8	8,1	110	97
9	9,0	126	92
10	9,6	96	84
11	11,9	103	98
12	14,0	111	118
13	15,1	90	90
14	16,0	123	102
15	16,8	118	108
16	20,0	100	87
17	21,0	97	96
18	22,8	73	104
19	23,0	76	90
20	24,9	109	106
21	26,9	100	126
22	28,0	101	102
23	28,1	112	116
24	30,0	124	94
25	30,3	104	91

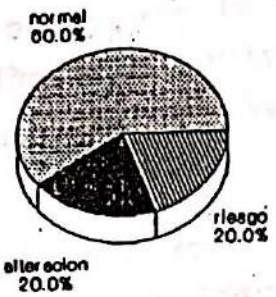
el Desarrollo Mental". No se registra ningún caso con "Desarrollo Mental"Alterado" (Gráficos 1 y 2).

Con respecto al IDP en el grupo seropositivo son 17 (68 %) los casos ubicados en "Desarrollo Psicomotríz Normal", los 8 restantes se distribuyen en "Riesgo en el Desarrollo Psicomotríz" y "Desarrollo Psicomotríz Alterado", 3 y 5 respectivamente. En cuanto al grupo seronegativo, son 24 (96 %)

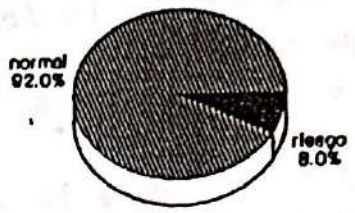
Tabla 4

Promedio de IDM e IDP, según estado serológico de niños de VIH-positivos asistidos en el HIEMI y niños VIH-negativos concurrentes a 3 Jardines Maternales. Mar del Plata. Marzo-Noviembre, 1994.

Estado serológico / Promedio de IDM e IDP	Seropositivo	Seronegativo
IDM	89,2	108,1
IDP	89,2	105,8

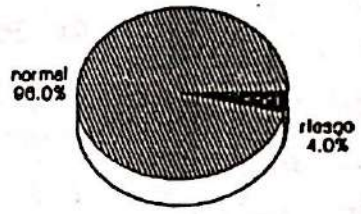


Diagnóstico del Desarrollo Mental de niños VIH positivos asistidos en el HIEMI. Mar del Plata. Marzo-Noviembre, 1994.



Diagnóstico del Desarrollo Mental de niños VIH negativos concurrentes a 3 Jardines Maternales de la ciudad de Mar del Plata. Marzo-Noviembre, 1994.

Diagnóstico del Desarrollo Psicomotriz de niños VIH positivos asistidos en el HIEMI. Mar del Plata. Marzo-Noviembre, 1994.



Diagnóstico del Desarrollo Psicomotriz de niños VIH negativos, concurrentes a 3 Jardines Maternales de la ciudad de Mar del Plata Marzo-Noviembre, 1994

los casos con "Desarrollo Psicomotríz Normal" y 1 caso con "Riesgo en el Desarrollo Psicomotríz". No se registra ningún caso con "Desarrollo Psicomotríz Alterado" (Gráficos 3y4).

Se observó que no existe correlación entre la edad de los niños infectados por VIH y su Diagnóstico de Desarrollo ($P > 0,05$). En cuanto al estado de la infección de estos niños se pone de manifiesto que, los que presentan Desarrollo Alterado o de Riesgo pertenecen, en su mayoría, a la clase P2, es decir son niños con infección sintomática (las manifestaciones clínicas responden a una variedad de infecciones).[6]

En lo que respecta a las subáreas del Desarrollo afectadas, se observó que las alteraciones o riesgo de alteraciones predominan en la Coordinación visomanual, Capacidad sen

soperceptiva y especialmente en el Lenguaje expresivo y comprensivo. En cuanto al área Psicomotríz se afectan más frecuentemente la Actividad en decúbito supino (cambios de posición) y Actividad en posición bípeda (desplazamientos y equilibrio).[8]

CONCLUSION: Ante la asociación de Alteraciones o Riesgo de Alteraciones en el Desarrollo y la infección por VIH en niños, aparece la necesidad de control del Desarrollo de los niños que presenten esta patología, desde su nacimiento. Se considera adecuado el seguimiento desde Terapia Ocupacional como profesión integrante de un equipo Multidisciplinario tendiente a la atención integral del niño. Al no estar establecidas las causas de las desviaciones no se pueden realizar acciones de Prevención Primaria para eliminar los factores que las provocan; pero existen factores asociados a ellas (prenatales, médicos, neurológicos, psicosociales) que, al conocerlos permiten llevar a cabo acciones de Prevención Secundaria tratando de disminuir, en lo posible las influencias adversas que provocan en el Desarrollo del niño.

BIBLIOGRAFIA

1- Peckham C, 1992: IX Conferencia Mundial de SIDA en Berlín en DESIDAMOS. Ed. FEIM; 1 (4). Argentina, 1993.
2- Echevarría C, 1994: Jornadas de actualización sobre el SIDA en Prevención y Descuido. Ed. PyD, 1(2). Argentina, 1994.
3- Nozyce M, Diamond G et, 1989 al: The development and family services Unit. AIDS-care, 1 (3). England, 1989.
4- Ultmann MH et al: Developmental abnormalities in infants and children with AIDS... Dev-Med-Child-Neurol, 27(5). England.
5- Aylward EH et al: Cognitive and Motor Development in infants at risk for HIV. Am-J-Dis-Child, 146(2). USA, 1992.
6- Centers for Disease Control CDC. Atlanta. USA, 1987.
7- Rodriguez S y cols.: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses. Ed. Galdoc. Argentina, 1979.
8- Bayley N: Escalas Bayley de Desarrollo Infantil BSDI, manual. Ed. TEA. España, 1977.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

L.: UN PACIENTE CON SIDA ? O UNA EXPERIENCIA DE VIDA

T.O. Roxana Lesavio
T.O. Nora Kalechi

U O S.P.F. Hospital Borda
R. Carrillo 375 (1275) Cap. Fed.
ARGENTINA

Introducción: El SIDA representa el tipo más grave de infección producida por el virus de inmunodeficiencia humana. Sus diversas formas de contagio y manifestaciones clínicas representan un desafío para la T.O.

Caso clínico: L. está internado en la U del S.P.F. desde 1989. Ingresa a T.O. en abril de 1993. Paciente de 38 años, bisexual, drogadicto, con conductas delictivas y manifestaciones clínicas importantes de HIV. Diagnóstico psiquiátrico: bouffe delirante, personalidad anormal psicopática, débil mental, adicto. Evaluación: Datos significativos: fallas en la atención, concentración y memoria, coordinación fina, equilibrio dinámico, trabaja en forma semidependiente.

Objetivo y tratamiento: L. trae consigo la fama de tarco peligroso, surgiendo así el primer objetivo: establecer vínculo paciente-T.O. 2) Aumentar la atención, concentración y memoria, coordinación fina. 3) Mejorar la calidad de vida. Se trabaja principalmente tratando de establecer una interacción con el paciente, dado que odia todo lo relacionado con la psiquiatría. A partir de esto se trabaja con cerámica, dibujo y pintura, diseño de la revista de T.O., cumplimentándose el segundo objetivo. Para mejorar la calidad de vida se trabaja con terapia en Red, se brinda información acerca de sus diferentes clínicas, se trabaja en el aquí y ahora (debido a su CD4 bajo), con la organización del tiempo libre, conexión con el exterior y proyectos sobre su futura externación.

Resultados: L. no registró ningún episodio de agresividad,

mejoró su atención, concentración y memoria, coordinación fi
na, su calidad de vida y lo traslada a los demás miembros 7
con HIV; se interesa por política, cine, teatro, descubre la
actividad como algo útil y siente que el T.O. no se le dis-/
crimina. El paciente hace comentarios acerca de su bisexuali
dad, la drogadicción y su estilo de vida. Escribe un poema
de agradecimiento a su psiquiatra, psicóloga y T.O. publica-
do en la revista de T.O. El paciente es externado en dicien-
bre del 94.

MODULO 12

TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACION ESPECIAL.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

EDUCACION ESPECIAL - TERAPIA OCUPACIONAL

Presentado por:

proF. CANDIOTTI MARIA CRISTINA
t.o. CORTI MARTA R
prof. GIUGGIA DE ESTRATTA MARTA
prof. LLABRES ALICIA

I.D.E.E Instituto De Educación Espepretcial
"Dra Sara Faisal"
Avenida J.J Paso y Urquiza
SANTA FE - ARGENTINA

Indice

1- CARACTERIZACION DE LA INSTITUCION EDUCATIVA

El I.D.E.E "Dra Sara Faisal", fue creado en el año 1976 dando respuesta a un requerimiento del medio en lo referente a educación// de niños con discapacidad intelectual en edad preescolar.

En la actualidad atiende una población de 200 alumnos con necesidades educativas especiales desde los dos años seis meses. hasta los veintiún años; que cursan los niveles: Inicial; Primario y Laboral, respondiendo a una estructura organizativa prouesta por la institución.

2- MARCO TEORICO: FILOSOFICO, PSICOPEDAGOGICO Y SOCIAL

El proyecto Educativo de la Institución parte de la concepción de persona como unidad estructural de pensamiento, sentimiento y acción; sujeto cultural e histórico, perteneciente a un espacio propio, dotado de libertad, abierto a los demás y a la trascendencia.

Se considera a la educación como un proceso que posibilita el/ desarrollo y la evolución de la persona como globalidad; que permite interiorizar el conjunto de conceptos, destrezas, prácticas y valores que caracterizan una cultura determinada de tal manera que sea/ capaz de interactuar de forma adaptada con el medio fisico y social

En la historia de la institución, dedicada a la educación de/ niños, adolescentes y jóvenes con necesidades educativas especiales las teorias sobre aprendizaje y enseñanza han ejercido influencias diversas en función del análisis permanente de: las caracteristicas de aprendizaje de los alumnos, necesidades en relación al medio (familiar y sociocultural), propuestas pedagógicas ajustadas. Estas teorias nunca fueron aplicadas en forma pura, sino que se tomaron aportes que permitieron integrar en el proceso de enseñanza-aprendizaje teoria y práctica.

Partiendo de la psicologia Genético-cognitiva (Piaget), se priorizaron las estructuras iniciales que condicionan el aprendizaje y/ los procesos de asimilación y acomodación en el intercambio con el medio. Se concebia al aprendizaje como proceso mediante el cual el alumno modifica su conducta, lo que a su vez le permite acceder a nuevos aprendizajes de mayor complejidad y riqueza. Por lo tanto, durante mucho tiempo, los resultados de aprendizaje (cognoscitivos psicomotrices y afectivo-volitivos) marcaron un estilo de enseñanza que en un análisis retrospectivo podemos afirmar, que estaba influenciado por el conductismo, propio de la formación docente recibida. Los objetivos eran formulados en términos de conductas y las técnicas de evaluación en consecuencia, median resultados más que estimar procesos

El intercambio y la proyección permanente de la acción educativa hacia la comunidad en constante cambio, la diversificación de las necesidades de la población escolar en función de edades, capacidades y estilos de aprendizaje (entre otros), permitió revalorizar lo actitudinal y analizar las implicancias de la internalización de valores, sentimientos y normas de convivencia en los aprendizajes conceptuales y procedimentales. La selección y organización de los contenidos se realizó considerando el criterio lógico y psicológico: estructura conceptual (marco), validez, posibilidad de elaboración, significación, utilidad, asi la articulación y secuenciación permitieron la integración de los aprendizajes en un marco de realidad

El plan de Educación Especial como aprendizaje laboral, que fue implementado a partir de 1984, marcó una etapa diferente en la cual, lo procedimental pasó a cobrar mayor importancia, fundamentalmente en la adquisición de habilidades que permitirán la ejecución de operaciones básicas polivalentes en relación a la inserción socio-laboral de los futuros egresados. Esta etapa generó la necesidad de reflexionar sobre la significatividad de los aprendizajes y el replanteo de la enseñanza: los alumnos requerian aprender estrategias para aprender significativamente y poder transferir en consecuencia (metacognición).

La Psicologia Cognitiva ha facilitado cambios positivos en lo referente a la concepción de discapacidad intelectual, analizando los procesos de aprendizaje que permiten, desde una perspectiva funcional y procesual, explicar la discapacidad como resultado de un conjunto analizable de disfuciones en procesos cognitivos. En consecuencia, las limitaciones no son solamente estructurales, sino funcionales y por lo tanto, modificables en este último aspecto. En este sentido hoy podemos utilizar el concepto de alumnos con necesidades educativas especiales y comprender que es imprescindible:

- enseñar estrategias de control de sus proceos cognitivos
- el aprendizaje de la estrategia implica saber para qué sirve y en qué situación y momento debe ser utilizada

Este aprendizaje resulta significativo y hace la estrategia funcional posibilitando la TRANSFERENCIA (autorregulación).

El constructivismo facilitó la redefinición de roles y acciones en el proceso de enseñanza aprendizaje:

- el alumno como principal protagonista
- el conocimiento se construye mediante un proceso de reelaboración constante en el que intervienen el objeto de conocimiento y el sujeto en un contexto social.
- la enseñanza adquiere un estilo mucho más definido en relación a la necesaria INTERVENCION PEDAGOGICA como agente mediador entre el alumno y la cultura.

Los aportes teóricos sobre el APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO, nos permite situarnos en una transición que consideramos válida desde el desafío que implica educar para la vida en convivencia, en este contexto, en el que intervienen alumnos, educadores, padres y comunidad, es nuestra intención que el alumno aprenda las estrategias mediante las cuales pueda conocer, indagar y modificar su propia realidad, de este modo más aún considerando las características particulares en lo referente a proceso de aprendizaje de los alumnos con necesidades educativas especiales, el rol del profesor es fundamental, tomando como premisa que las características de la enseñanza deben supeditarse a las características de los alumnos; esto implica un enfoque metodológico basado:

* no en la homogeneización sino en el respeto a la diversidad
* que facilite la autonomía y la comunicación con el otro
* que permita al alumno encontrar sentido al esfuerzo que implica construir significados.

Así planteado, el aprendizaje y la enseñanza (como proceso) requiere la investigación permanente por parte del equipo directivo - técnico-docente sobre el "como" se produce el cambio cognitivo, la adquisición de nuevos conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales y brinda la posibilidad de efectuar ajustes que permitan al alumno ATRIBUIR SIGNIFICADO A LOS CONTENIDOS DE APRENDIZAJE; en este sentido la resignificación del COMPONENTE SOCIO-CULTURAL Y CONTEXTUAL es primordial

El trabajo es el equilibrio entre la necesidad material y la necesidad psicoafectiva, esto es lo que le da valor como realización plena del hombre. Representa un factor esencial en el desarrollo armónico de la persona y su lógica inserción en el entramado social al que pertenece.

No importa la actividad que se realice, sino la cognotación social, que tal actividad tenga en determinada sociedad y cultura. Es decir, para que una actividad específica, pueda ser considerada /// "trabajo" debe ser socialmente reconocida como productiva.

- PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN LABORAL.

— RESIDENCIAS LABORALES.

* MERCADO COMPETITIVO

* TALLER PROTEGIDO DE PRODUCCIÓN
* TALLER PROTEGIDO TERAPEUTICO

3- PROGRAMA DE RESIDENCIAS LABORALES

En el segundo ciclo de escolaridad primaria, los pretalleres contituyen un primer eslabón en la actividad laboral futura (aprendizaje pre-ocupacional), allí se desarrollan capacidads, se perfilan intereses y se afianzan hábitos de trabajo.

La propuesta es brindar experiencias en las especialidades del área (servicios generales, textiles, huerta, jardinería, papel y// cartón, madera) para el aprendizaje de técnicas operativas polivalentes (básicas) y conductas adaptativas (en relación a la actividad grupal y al trabajo), dado que en situación de aprendizaje es / tan importante la adaptabilidad de la persona como sus capacidades/ potenciales, nivel de información y ejecución alcanzado.

Las áreas especiales: Música, Plástica y Educación Física, permiten disfrutar de un espacio de expresión-comunicación-aprendizaje que intervienen en la preparación del alumno para la integración en distintos ámbitos con grupos diversos.

En el nivel laboral están contempladas diferntes alternativas/ de aprendizaje y también las posibilidades reales que ofrece la comunidad en relación a las necesidades de los alumnos y su medio familiar: Taller Terapeútico, Talleres Protegido de Producción y puestos de trabajo en el Mercado competitivo.

La formación de alumnos adolescentes y jóvenes se desarrolla / no sólo en los talleres con sus diferentes especialidades, apoyo // escolar y actividad física sino que contempla: la integración a la comunidad (mediante la participación en actividades culturales, deportivas, creativas), la integración educativa al sistema regular// en cursos artesanales de escuelas técnicas de la provincia cuando// las condiciones para la integtración "real", están dadas tanto des de las posibilidades del alumno, como desde la apertura del sistema educativo regular a la comunidad, y por último la integración socio laboral prevista para el último ciclo del nivel a través de las residencias laborales

3-A. OBJETIVOS

Evaluar las competencias laborales adquiridas en el proceso de formación escolar

Reajustar el proceso de enseñanza-aprendizaje laboral en función de la detección de necesidades surgidas del medio

Facilitar la adquisición de conductas laborales relacionadas a un puesto de trabajo

Interesar, informar y difundir a la comunidad sobre las posibilidades de inserción laboral de

3-B JUSTIFICACION

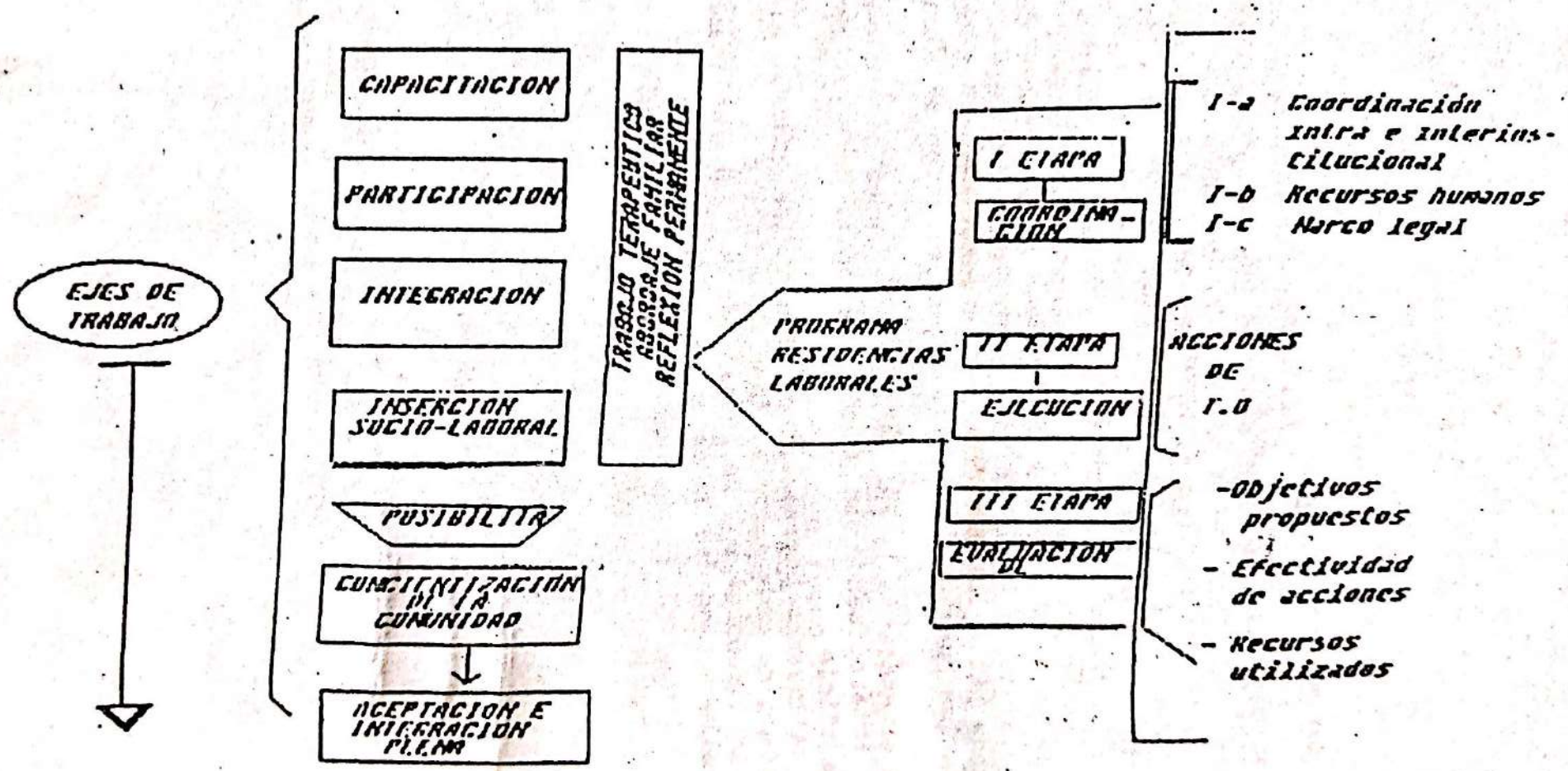
El plan de educación especial con aprendizaje laboral implementado desde 1984 debia posibilitar acciones para una formación polivalente que facilitará la inserción del joven egresado en el medio laboral; ya que las caracteristicas del mercado de trabajo: variabilidad de oferta y demanda, inestabilidad, tecnologia, entre otros, hacen improductiva una propuesta tendiente a preparar a los jóvenes para un puesto de trabajo determinado.

LLevar a la práctica este proyecto solo dentro de la escuela parcializa la realidad; en consecuencia fue necesario volver/ la mirada hacia los recursos que la comunidad presenta y/o posee

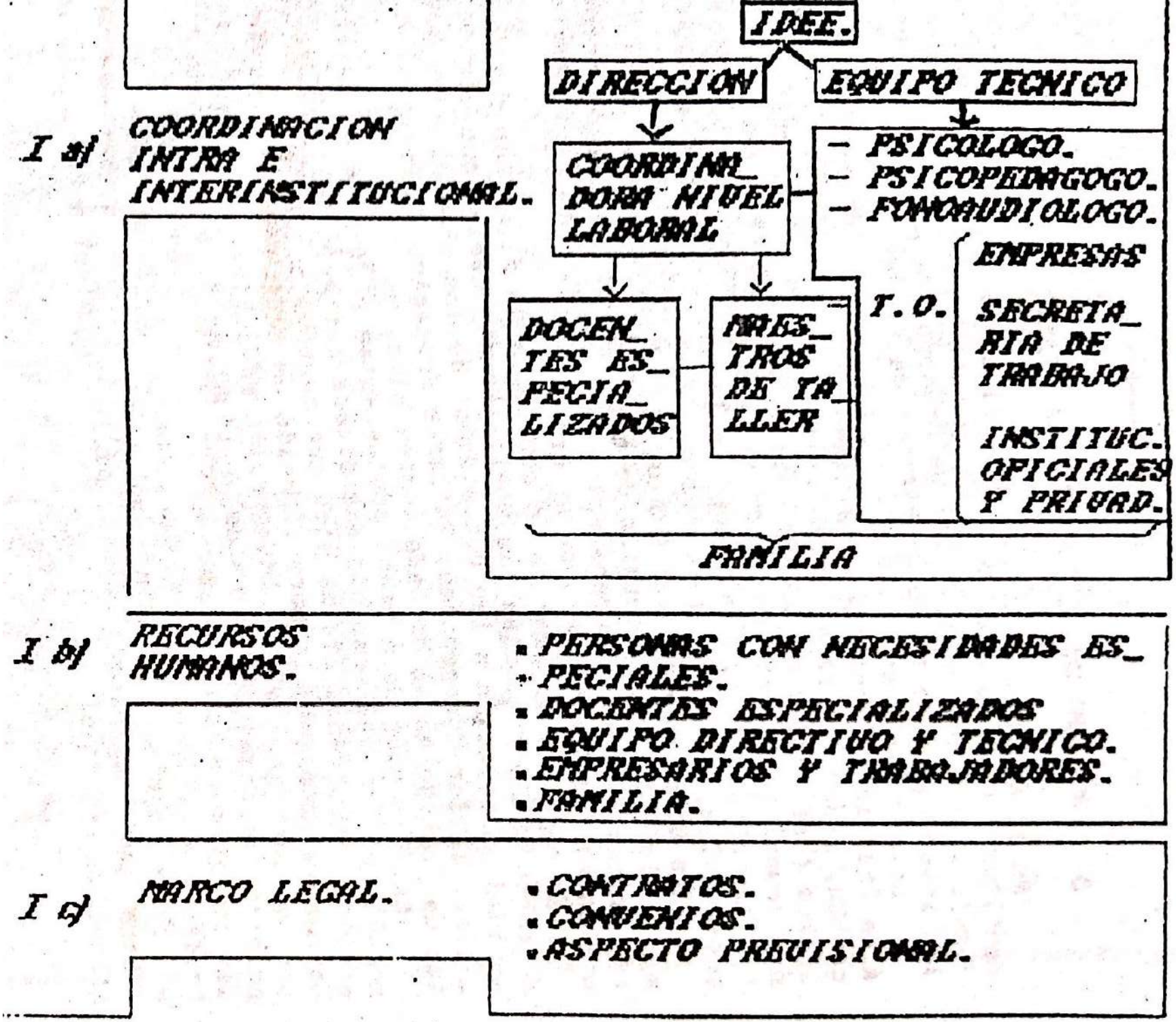
En los puestos de trabajo la capacitación se alcanza:

- vivenciando la realidad de cada campo ocupacional
- interactuando con personal especializado y/o capacitado// en cada oficio
- utilizando herramientas, maquinarias, tecnologia, propias del montaje de cada empresa, fábrica o taller
- asumiendo el rol de trabajador con las implicancias que// esto conlleva (medidas de seguridad, legislación...)

3-C. DESARROLLO DEL PROGRAMA



PRIVILEGIAR ACCIONES QUE PERMITAN ASISTIR SIN INSTITUCIONALIZAR, PROTEGER, SIN SEGREGAR Y PROMOVER SIN DESAMPARAR



- Evaluación de capacidaes funcionales
- Evaluación de RVO y laboral.
- Análisis de capacidaes remanentes.
- Elaboración del perfil del opeario
- Evaluación de recursos de la comunidad.
- Realización de análisis ocupacional.
- Aplicación de Muestras de Trabajo
- Confección de Fichas Profesiográficas.
- Efectivización de la Colocación selectiva .
- Realización de segoimiento.
- Diseño, elaboración y asesoramiento sobre equipamiento ambiental fijo y móvil.

- Entrenamiento en la utilización de equipamiento ostésico y protésico.

DESCRIPCION DE ACCIONES

EVALUAR CAPACIDADES

* FUNCIONAL: Determina capacidades remanentes y potenciales, incapacidades transitorias o permanentes y discapacidades en los componentes motor, sensoperceptivo, cognitivo, intrapersonal e// interpersonal

* DE AVD: Determina el grado de autonomía en la ejecución de las actividades cotidianas, tanto básicas como complementarias.

* LABORAL: Permite determinar actitudes, conocer hábitos laborales, detectar intereses.

- También se utilizan evaluaciones estandarizadas, como por ejemplo el P.A.C

Siempre tener en cuenta las tres áreas de ocupación del hombre:

- AUTOMANTENIMIENTO
- PRODUCTIVIDAD
- ESPARCIMIENTO

Finalmente se requiere la interpretación de los datos recogidos y realizar una síntesis que dará como resultado el PERFIL DEL OPERARIO

EVALUAR LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD

* Realizar relevo de puesto de trabajo y posibilidades reales de empleo.

* Detectar posibles empresas, comercios, etc que tengan intensiones de participar del proceso y conseguir una entrevista.

* En la entrevista se debe recoger toda la información posible respecto al lugar de trabajo y a las tareas que allí se// realizan y se debe informar acerca de las posibilidades del discapacitado, de las coberturas legales, es decir ofrecer todas// las garantías de éxito para minimizar los miedos y vencer los// tabúes.

* Realizar Análisis ocupacionales.
* Aplicar Muestra de trabajo.

CONFECCIONAR FICHAS PROFESIOGRAFICAS

* Para determinar si las caracteristicas del sujeto concuerdan con las del puesto de trabajo

PROCEDER A LA COLOCACION SELECTIVA

* Puede ser definida como la aplicación de una serie de medidas, técnicas y procedimientos, para la integración de la persona a una actividad productiva, remunerada y acorde con sus capacidades y que satisfaga sus necesidades.

* Lo fundamental es no hablar de discapacidad sino de desventaja profesional. Siempre hacer incapié en lo que es capaz// de hacer no en lo que no puede hacer.

DESVENTAJA PROFESIONAL : Incapacidad para poder ejecutar parte de una profesión o de un puesto de trabajo y que puede// ser subsanado con readaptaciones o reinvirtiendo la mano de o bra .

PRINCIPIOS DE LA COLOCACION SELECTIVA:

* El trabajador debe poder responder a las exigencias///
* El trabajador debe ser colocado en un puesto en donde utilice sus condiciones
* El trabajador no debe correr peligro ni representarlo para otro
* Siempre en función de la idoneidad, no de la lástima
* Indicar al empleador las limitaciones
* Controlar el rendimiento

La colocación selectiva se realiza en diferentes niveles en relación al tipo de trabajo, que puede ser: COMPETITIVO o PROTEGIDO

SEGUIMIENTO

TIENE POR FINALIDAD COMPROBAR:

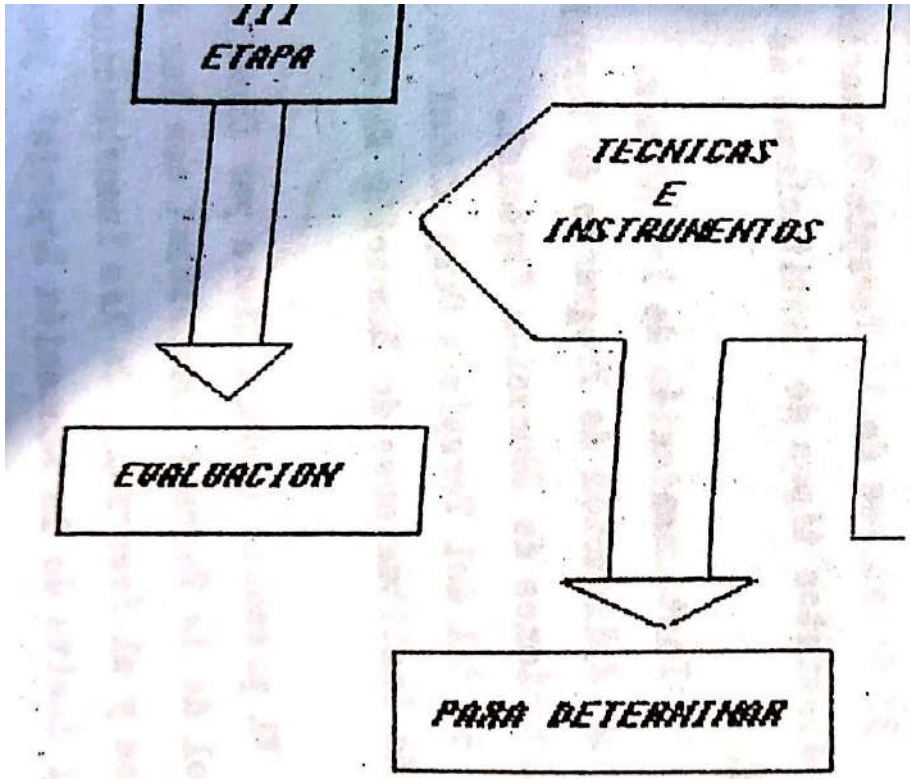
* El grado de adaptación de la persona al trabajo en el que ha sido integrado.

* El nivel de eficiencia en el desempeño del puesto de trabajo.

* El tipo de rendimiento.

* Las dificultades que pudiera presentar.

- Las conclusiones que se obtengan permitirán efectuar/ los ajustes necesarios en relación al trabajo y/o a la perso na o bien, proporcionar una mayor capacitación en relación// al puesto de trabajo ó seleccionar una nueva colocación



en relación a distintos aspectos, entre otros : personal social, actitud frente al trabajo, rendimiento, salud psico-física.

- ENTREVISTAS CON EMPLEADORES Y EMPLEADOS.
- REUNIONES CON ALUMNOS RESIDENTES.
- REUNIONES DE EQUIPO DIRECTIVO TECNICO.
- REUNIONES DE PADRES.

- Si se cumplieron los objetivos
- La efectividad de acciones y recursos utilizados

4 - **Resultados del Proceso de Formación y Capacitación Laboral**

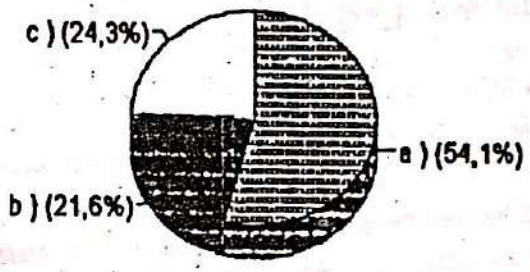
Egresados : 37 alumnos

Realizaron su residencia :

a) 20 alumnos en Trabajo Competitivo
(6 moderados bajos; 6 moderados altos; 8 leves)

b) 8 alumnos en Taller Protegido de Producción
(3 moderados bajos; 4 moderados altos; 1 leve)

c) 9 alumnos en Taller Protegido Terapéutico
(todos moderados bajos)



Resultado de los 20 alumnos en Trabajo Competitivo

C4 (72)

Observaciones :

Actualmente 3 alumnos trabajan en Mercado Competitivo en Relación de Dependencia

88

Bogotá 1989
GLARP. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Curso Básico en Rehabilitación Profecional. Santa Fe de Bogotá. Colombia 1992.
INSERSO - Seminario sobre la integración económica y social de las personas con deficiencia mental. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1989.
MARCHESI, Álvaro; COLL, Cesar; PALACIOS; Jesús. - Desarrollo Psicológico y Educación III. Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar. Alianza. Madrid 1992.
OIT. Organización Internacional del Trabajo:
- Recomendación 99
- Recomendación 168
- Principios Fundamentales de la Rehadaptación Profesional de Inválidos. Ginebra 1974
- Creación de Empleo para personas discapacitadas, Guía para organizaciones de trabajadores. Ministerios de Asuntos Sociales. Madrid 1993.

Ampliando Horizontes
IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL
III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL
Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACION ESPECIAL

T.O. Emma A. M. Battaini

1) Caracterización de la Educación Especial.

2) Marco teórico:

. Principios que sustentan la Educación Especial.

. Principios que sustentan la aplicación de la / teoría de Terapia Ocupacional en Terapia Ocupacional.

3) Objetivos de la Terapia Ocupacional aplicados en los distintos tipos de Instituciones de Educación Espe-/ cial.

Instrumentación de los mismos.

4) Aplicación de Programas de Terapia Ocupacional en Instituciones de Educación Especial.

5) Rol del Terapista Ocupacional en los distintos ti pos de Instituciones de Educación Especial.

El presente trabajo tiene por finalidad explicitar / el rol de la Terapia Ocupacional con las respectivas fun-ciones y el desarrollo de las incumbencias profesionales en el ámbito de la Educación Especial, ya aplicadas en al gunas provincias de la República Argentina.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

FORMACION PROFESIONAL EN EDUCACION ESPECIAL

T.O. NORMA HILDA DIAZ
CONSEJO GENERAL DE EDUCACION
CORDOBA Y LAPRIDA- C.P. 3100- PARANA- ENTRE RIOS
ARGENTINA

Este trabajo es presentado a través de una sistematización del la experiencia personal, profesional, dado en un contexto del sistema eduactivo (Enseñanza Especial), tratando de transmitir los aprendizajes obtenidos en ella, evitando que se pierdan o sean conocidos sólo en círculos pequeños.

Al mismo tiempo deseo comunicar y difundir esta sistematización, para hacer una vez más una reflexión sobre nuestra práctica profesional.

En el desarrollo del proyecto, me enfrento a una serie de dimensiones de la realidad, que no conocía suficientemente, y que me obligan a intentar modificarlas.

La adquisición de estos nuevos conocimientos constituyen una experiencia, que para poder hacerla explícita y conciente debo dotarla de un ordenamiento.

Transcurre en el ámbito de Escuelas Especiales Primarias, Escuela de Capacitación Laboral y Centro de Producción, contexto catalogado como detenido en el tiempo. Para poder fundamentar esta expresion, debo recurrir a diversos aportes, uno de ellos es el Modelo de la Ocupación Humana-

C4 (73)

GARY KIELHOFNER-. Comienzo encuadrándome, en el contexto nacional, es una referencia importante no sólo porque refleja un avance en el marco de la rehabilitación profesional desde lo político-económico-socio-cultural sino porque transmitirlo produce un impacto.

Un referente es el G.L.A.R.P. "Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional", Organismo No Gubernamental, que promueve la defensa y el fortalecimiento de los derechos de las personas con discapacidad, a la educación, a un mejor nivel de vida, a desempeñarse en una actividad económica y a vincularse como miembro útil y activo de su comunidad, mediante su rehabilitación.

Para poder abordar la formación profesional desde la Escuela Especial Primaria, debo ubicarme en un contexto local e institucional; con poca información y las resistencias propias de una nueva propuesta.

Este concepto se deduce de una síntesis de conclusiones realizadas en talleres iniciales del comienzo de trabajo, además reflejan escasa valorización del desarrollo de las etapas del gran proceso de Formación Laboral en el Sistema Educativo, hasta ser vivenciado a una tarea recrativa y complementaria.

Ante necesidades planteadas, brinda conjuntamente con la Institución, las condiciones para leer, debatir, reflexionar, definir, reformular, replantear.

Es decir, a partir de la ubicación en un problema, que motiva acción y requiere estrategia para alcanzar el objetivo, puedo hablar Intervención Profesional, ?por que?. Porque el Sistema Educativo exige sólo Didáctica y Pedagogía.

Las demandas surgen y están empezando a ser reconocidas, pero cuesta aceptar la incumbencia profesional de la Terapia Ocupacional que puede cubrir estas necesidades.

En este momento aplico una estrategia metodológica para producir los cambios en el problema y lograr objetivos fundamentalmente dando a conocer y jerarquizando el encuadre de Terapia Ocupacional en Educación Especial, y más precisamente en el desarrollo de un proceso que implica abordarlo desde que el alumno ingresa a la escuela.

Este es el resumen de la experiencia, que en el transcurso de su relato se detallarán las formas de acción, desarrolladas para lograr los objetivos, lugar geográfico, características de la Institución, participantes y población escolar.

También se destacará la relación posible con el Modelo de la Ocupación Humana de GARY KIELHOFNER.

NORMA H. DIAZ
TERAPISTA OCUPACIONAL
MAT. 4544 F 306/307 L. 4

BIBLIOGRAFIA

- ACERO NORIEGA, MARTA: "MANUAL EN REHABILITACION PROFESIONAL" G.L.A.R.P. - Bogotá 1989.

- BATTAIN, EMMA: "REHABILITACION PROFESIONAL" (Conceptos, objetivos, aplicación).

- G.L.A.R.P.: "CURSO DE REHABILITACION PROFESIONAL"

- PUJOL, JAIME: "ANALISIS OCUPACIONAL" - Manual de aplicación para Instituciones de Formación Profesional.

- URIBE TORRES: "APORTACIONES A LA EDUCACION ESPECIAL DEL DEFICIENTE MENTAL RECUPERABLE" Edición Médica Panamericana.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

EDUCACION- TERAPIA OCUPACIONAL

T.O. Emma A. M. Battaini y Colabs.

1) Caracterización de Instituciones Educativas.

2) Marco Teórico: Lineamientos científicos, pedagógicos que encuadran la Formación de Terapistas Ocupacionales en el área de la Rehabilitación Profesional.

3) Programa de Práctica Clínica IV:

3.1) Objetivos

3.2) Desarrollo del Programa

3.3) Experiencias realizadas por las alumnas que cursaron la Práctica Clínica IV en el período comprendido entre 1.991 y 1.995 en Instituciones Educativas Especiales / de la Provincia de Santa Fe, dedicadas a la atención de / adolescentes discapacitados hipoacúsicos, paralíticos cerebrales y ciegos.

3.4) Conclusiones: las mismas se refieren a:

a) Orientación Profesional o Laboral de un grupo de adolescentes discapacitados hipoacúsicos en quienes se aplicó como elemento innovador para la orientación, el Coloquio de Interés con técnicas combinadas gráficas y descriptivas con la correspondiente derivación a su Formación Laboral en Escuelas Laborales y/o Escuelas Técnicas.

b) Orientación Laboral en un grupo de adolescentes /

cieges congénitos, efectivizada en un Taller de Terapia Ocupacional creado al efecto en la Escuela Especial para // Ciegos Nº 2075 "Prof. Edgardo Manziti", dependiente del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe.

e) Formación Laboral de adolescentes paralíticos cerebrales en Informática con la prescripción y ejecución de / las ayudas técnicas necesarias para el entrenamiento y con siguiente seguimiento hasta la actualidad.

MODULO 13

LA FORMACION DE LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

MEDIOS TERAPEUTICOS

TALLER DE INTEGRACION Y REFLEXION I y II

T.O. Ingrid Ostrowski

Co-autores: T.O. Silvina Cuashesra

y Lic. en Fonc. Gabriela Bando.

Univ. Nac. de Mar del Plata

Carrera: Lic. en Terapia Ocupacional

Funes 3350 - Mar del Plata

ARGENTINA

Los objetivos del Taller se refieren a características del medio terapéutico, la necesidad de la vivencia propia, la preparación para el cursado de los talleres de actividades específicas, la concientización de la responsabilidad y compromiso personal, el fomento del trabajo en equipo, la importancia de la salud propia y el favorecer la inquietud investigadora.

Se trabajó con cuatro Comisiones, cada una subdividida en grupos de cinco a ocho integrantes estables en cada uno de los dos cuatrimestres (para lograr una continuidad en el desarrollo de las experiencias y vivencias). Lo elaborado en cada grupo se compartía con toda la comisión. Comenzaron 196 estudiantes, finalizando 156 en noviembre.

Entre los temas y las actividades implementados se encontraron: lecturas, recopilación de publicaciones en diarios y revistas: experiencias de servicio, rehabilitación e investigación. Experiencias con diferentes tipos de materiales y elementos. Trabajo "Proyecto de Vida". Limitaciones impuestas por el destino y respuestas dadas. Todos los temas y actividades finalizaron con una reflexión y comentarios por escrito.

La inquietud para integrar a una Licenciada en Psicología en la cátedra fue la siguiente:

a) Iniciar una contención del alumnado para favorecer la elaboración de dudas, inquietudes y temores provocados por los temas y las actividades presentadas en el Taller.

b) Planificar un seguimiento de los estudiantes para el año 95 desde el comienzo del Taller.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL
III SYMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

LOOKING INTO THE FUTURE WITH AN EYE ON THE PAST: ROLE OF TRADITIONAL MEDIA IN OCCUPATIONAL THERAPY

by

Nancy Nash[illegible], PhD, OTR
Nova Southeastern University, Miami, Florida

The use of purposeful activity as a treatment modality to effect changes in [illegible] dysfunction and to promote health and well-being is a perspective unique to [illegible]

Dallas, Texas participated in the study. Seventy percent of the participants were employed in four major general hospitals, 3 private, one county, and a Veteran's hospital with both acute and rehabilitation programs as well as in-patients and out-patients. The rest were distributed among rehabilitation programs.

Results

Of the sample of 58 occupational therapists (OARS) 37 identified themselves as physical disabilities therapists and 21 as mental health therapists. Years of clinical experience for the physical disabilities group ranged from 6 months to 30 years and a mean of 7 years. The mental health group's experience ranged from 1 to 25 years with 8.6 as the mean number of years.

In response to the question on clinical relevance of creative arts and crafts as a treatment modality, 46 percent of the physical disabilities therapists responded yes while 54 percent responded no (54% = 27% no plus 27% yes for mental health practice but no for physical disabilities practice) All (100%) of the mental health therapist responded yes. Common theme are contained in the following responses. A physical disabilities therapist replied, "Arts and crafts has poor face validity. The role of arts and crafts are is well covered by exercise, fine motor, gross motor, ADL programs." Another stated, "Insurance companies want the patient to be independent as soon as possible. Hospital stays are short. Medicare will only reimburse claims that show progressive improvement in functional tasks". (Primarily activities of daily living) On the other hand some physical disabilities therapists use creative media: "When making a woodworking project math, sequencing, attention to

detail, endurance, are all aspects of the project. In addition you have a finished product to evaluate work performance." Another stated that through creative arts and crafts media a patient can, "Work on such skills as fine motor dexterity, coordination, strengthening, and general resistive exercises to increase strength and endurance. This adds to psychological well-being, self-esteem, social interaction, use of time, feeling productive, and outlets for frustration."

Mental health therapists views were summarized by the following responses. The importance of self-expression in mental health is revealed by this therapist, "Patients in a psychiatric setting receive treatment through group therapy designed to provide an opportunity for expressing feelings, toward getting in touch with emotions. The participation in (creative arts and crafts) media groups provide positive, non-threatening means of expressing feelings. And (experience gained through media groups) is a tangible affirmation of their worth, of their ability to be creative, and their ability to interact with others. In discussing the chronic condition of some patients and the benefits they gained through occupational therapy this therapists responded, "Media groups seem to be organizing to the individual's overall behavior and contribute to the role identity in individuals who, due to age and/or disability will not return to work." Another therapist responded, "One of my main reasons for using media is its motivational quality. I also favor media because they are unique to our discipline. A nurse, psychologist, social worker, etc. can teach stress management, social skills, problem solving etc. but occupational therapy has a unique role in that it requires the patient to perform a skill. Purposeful activity can be directed toward testing a skill, clarifying a relationship, etc."

103 C4 76

MODULO 14

TERAPIA OCUPACIONAL EN COMUNIDADES PARA DISCAPACITADOS. INTEGRACION.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

" PROYECTO DE TRABAJO - PROYECTO DE VIDA "

Metodología para la inserción laboral y social para jóvenes con capacidades especiales.

Dos amigos se encontraron luego de un tiempo.

- ¿ Y, cómo está la gata que te regalé ? Tuvo dos gatitos que ya tienen un año. Uno, pobrecito, nació con una oreja redonda, en cambio el otro es hermoso, corre y juega todo el tiempo.
- ¿ Y el de la oreja redonda no corre ni juega todo el tiempo ?
- mmh...No lo sé, aún no le he permitido salirse de la caja !

" Lo que los seres humanos ven no es lo que hay, sino lo que les han enseñado a ver."

Antony De Melo.

SITUACION

Argentina posee una legislación que toma en cuenta las necesidades laborales de las personas con discapacidad. A tales fines, la ley 22.431 exhorta a las empresas a contratarlas ofreciéndoles **igualdad de oportunidades y formación profesional**. En el caso de aquellas personas que no pudieran acceder a un trabajo de tipo competitivo, se estimula a las empresas y asociaciones a formar cooperativas o talleres protegidos. A partir de 1992, con la Ley Nacional de Empleo, las oportunidades se extienden, ya que tanto en la modalidad de contratos por tiempo determinado, como en la de práctica laboral o trabajo - formación, se duplica el tiempo máximo de duración en caso que el trabajador acredite discapacidad.

No obstante, la realidad argentina demuestra que esta legislación no se pone en práctica y que las personas con discapacidad, en especial con discapacidad mental, no son incluidos en el sistema laboral competitivo. Por lo tanto sus oportunidades se limitan a la tarea protegida que no les aporta grandes beneficios ya que cuentan con bajos salarios y su posibilidad de insertarse en la sociedad se halla restringida por la falta de contacto con el mundo exterior...

CONSTRUYENDO CAMBIOS

La propuesta de Creando Espacios está basada en ofrecer un aporte tendiente a modificar esta situación de exclusión laboral y social, para que dicha población pueda acceder verdaderamente a la **formación profesional y tenga igualdad de oportunidades, no sólo en su trabajo sino en todos los aspectos de su vida.** Esto implica que el plan de tratamiento apunte a una capacitación integral, teniendo un claro conocimiento de la situación de competencia existente a nivel laboral, cultural y social.

PASO A PASO

El primer paso es la entrevista de admisión donde se evalúa la posibilidad de ingreso al programa y nivel de agrupabilidad.

El segundo paso es integrarlo en el Centro de Preparación Laboral (CPL) a un grupo acorde con sus posibilidades al que asistirá diariamente recibiendo atención psicológica, psicopedagógica y de terapia ocupacional, expresión, socialización y deportes, hasta que esté preparado para afrontar el mundo laboral.

El tiempo de duración de este período de preparación laboral, que incluye una pasantía laboral de tres meses, será conforme a los avances y retrocesos individuales. El tope mínimo es de tres a seis meses a un máximo de tres años aproximadamente.

El tercer paso es la incorporación al Centro de Orientación para la Inserción Laboral
(COPIL) en un puesto seleccionado a partir del análisis ocupacional realizado por la T.O. de acuerdo a los intereses y habilidades del joven, que luego de un período de adaptación y evaluación de su rendimiento se incluye en forma definitiva.

El cuarto paso, dentro del COPIL, se centra en el acompañamiento del joven con el objeto de que no sólo obtenga un empleo, sino que logre conservarlo con éxito, para lo cual la T.O. tendrá entrevistas periódicas con el empleador.

El joven continuará asistiendo a los grupos del servicio de COPIL de la Fundación con el fin de continuar su proceso de tratamiento en todas las areas, ofreciéndole a la familia apoyo terapéutico.

MIRANDO A TRAVÉS DE LA LENTE DE TERAPIA OCUPACIONAL

Mirando a través del lente de T.O. puedo ver que el joven se presenta como un rompecabezas: algunos son más complicados, otros más sencillos; unos tienen más piezas, otros menos; pero de todos modos, según lo que puedo observar todas las piezas se hallan allí...pues entonces deberé aceptar el desafío de comenzar a darle forma.

Por algún lado debe comenzarse, y como todos sabemos, todo rompecabezas tiene una parte que por el color o la forma da una pista de por dónde se podría comenzar. Así diseño el plan de tratamiento, siempre hay un aspecto más sano, por lo que comenzando por allí todo el proceso se hará menos complicado y más tolerante.

Para desarrollar el plan de tratamiento en T.O. me baso en 3 pilares fundamentales:

1- independencia y autonomía
2- interacción social
3- aprendizaje y entrenamiento laboral.

1.- Inicialmente se evalúa el nivel de independencia y autonomía, a partir de esto se estructurarán talleres que respondan a objetivos individuales y grupales. En general, las actividades tenderán a que el joven logre resolver problemas cotidianos, elabore comidas simples, pueda administrar su dinero y pueda moverse por la ciudad sin necesidad de ser acompañado por otro.

2.- En el área de socialización se trabaja la vida de relación y el contacto con el mundo externo, incluyéndose aquí el tiempo de ocio y la recreación.

Para el desarrollo de esta área, he tomado como modelo las actividades sociales y recreativas a las que acceden los jóvenes comunes: ir a bailar, a jugar al bowling, reunirse, ir a un pub. Hasta el momento en que ingresan a la institución, la mayoría de estos jóvenes han experimentado sólo algunas de estas actividades y, en general, en ámbitos protegidos: bailes de colegios o clubs de discapacitados y actividades deportivas del tipo de las olimpíadas especiales.

Por lo tanto, comienzo proponiéndoles actividades conocidas para ellos y en sus horarios habituales para alcanzar en forma gradual un modelo más similar al de los jóvenes comunes pudiendo organizar una actividad autogestiva con un grupo de pares, favoreciendo la exogamia.

3.- La implementación se realiza a través de actividades dentro y fuera de la institución que le permiten acceder a un conocimiento global de lo que implica el mundo laboral . Para lo cual se realizan observaciones de diferentes situaciones reales de trabajo que luego serán recreadas en los talleres por medio de rollplayings para evaluar aspectos tales como: **comprensión de la tarea, conductas socialmente aceptables, e interés en el área.** Esto me dará una

Terapia Ocupacional conjuntamente con la Psicopedagoga, se organiza en talleres que varían de acuerdo a las necesidades del grupo:

Taller de actividades administrativas: aquí los jóvenes aprenden a manejar el dinero, conocen su valor y aprenden a realizar trámites bancarios, utilizar cajeros automáticos, completar boletas de depósito, facturas, bouchers de tarjetas de crédito, cobrar un cheque, manejar la máquina de calcular, etc.

Taller de ventas: este taller puramente trabajado a través de rollplayings, está centrado en que el joven aprenda a preguntar y responder de acuerdo a la necesidad.

Atender un cliente que viene a comprar, no sólo implica intercambiar dinero por producto, sino que lo familiariza en el trato con el otro, debe prestar atención a lo que se le solicita para entregar lo que se viene a buscar, aprende a respetar el timing del cliente mientras decide si comprará o no el producto ofrecido y a soportar cambios de opinión durante la elección, etc. Este taller lo foguea con respecto a las conductas socialmente aceptables y lo ayuda a sentirse más seguro frente a la presencia de los demás.

Taller de empresa: este taller contiene una modalidad teórica y otra práctica a través de la dramatización. Primeramente se explica en forma clara y sencilla qué es una empresa, cómo funcionan una pirámide laboral y un organigrama, cuáles son las conductas laborales y cuáles sus derechos y obligaciones. En un segundo momento, se forman grupos - empresas que elegirán su nombre y repartirán los cargos (presidente, vice-presidente, gerentes, empleados, etc.). Durante la dramatización ambas empresas intentarán manejar la pirámide, realizarán entrevistas para tomar personal, completarán solicitudes de empleo, firmarán contratos, lanzarán un nuevo producto al mercado, le pondrán un precio, realizarán su campaña publicitaria y venderán su producto. Los tipos de empresa variarán desde una PYME hasta grandes empresas. Esta tarea le permite vivenciar cómo es el manejo y qué es lo que ocurre en una empresa real y comprenderá mejor cuál es la mecánica del mercado competitivo.

Taller de cocina y mantenimiento: estos talleres son de corta duración y tienen como fin lograr que conozca el procedimiento de una actividad: comienzo - desarrollo - finalización. En cada uno se trabajan el uso de materiales, herramientas y equipos, las normas de seguridad y la economía del tiempo.

Prestamos fundamental atención a las normas de seguridad, ya que es un tema preocupante para las empresas que contratarán a estos jóvenes en el futuro, por lo que al comienzo del año participan de un curso en Defensa Civil que se continúa trabajando a lo largo del año.

A estas alturas el rompecabezas del principio comienza a tomar forma y solo faltan unas últimas piezas para concluirlo, estas se irán agregando a medida que pueda obtener y conservar un empleo y acceda a una vida de relación acorde con sus posibilidades.
En definitiva, siendo un miembro activo de la comunidad.

TRABAJANDO DURO

Desde 1990, en que ingresaron los primeros jóvenes a puestos de trabajo competitivos, el 60% aún conserva su trabajo con éxito.

Los puestos varían en tipo de tarea, en dificultad y en tiempo: hay jóvenes trabajando en fastfood y en puestos de tipo administrativo, en horarios de jornada completa y de media jornada. Absolutamente todos ellos perciben el mismo salario que sus compañeros comunes y tienen los mismos derechos y obligaciones, por lo que ahora sí podemos hablar de **Igualdad de Oportunidades.**

Como muchos otros jóvenes, Diego, ingresó a la fundación en busca de una oportunidad laboral a comienzos de 1993. Luego de haber pasado por el CPL, comenzó su práctica laboral rentada durante 3 meses en una empresa de venta callejera de panchos. Su actividad consistía en conseguir cambio para los diferentes puestos, proveerlos de vasos, salchichas, condimentos, etc. y eventualmente atender al público. A través de esta práctica Diego, logró experimentar lo que implica cumplir con una tarea asignada, manejar la economía del tiempo, respetar las normas de seguridad y tratar con compañeros y jefes. También, pudo vivenciar lo que significa ganar su propio dinero, administrarlo y darle un fin determinado.

En marzo de este año surgió la posibiliad de incorporar un ayudante de taller en una empresa de carteles y señales. Luego de realizar el análisis ocupacional del puesto y efectuar una preselección entre los jóvenes que tenían el perfil para dicha tarea, Diego quedó calificado entre sus compañeros de CPL para el puesto.
A partir de ese momento Diego, forma parte del staff del taller. Es el único joven especial trabajando en la empresa y ha logrado integrarse en forma satisfactoria. En mi encuentro semanal con el jefe de taller hablamos del nivel de rendimiento de Diego y de los problemas que pudiesen surgir en la tarea. Al mismo tiempo, Diego continúa asistiendo a la Fundación una vez por semana al grupo de COPIL donde

todos los jóvenes que se encuentran trabajando, llevan sus inquietudes tanto laborales como individuales y en algunas oportunidades aprovechan para armar alguna salida para el fin de semana o ...invitar a la T.O. a tomar algo o a bailar, la cual acepta con muchísimo gusto !

Durante este tiempo tanto el equipo como yo hemos afrontado junto con los chicos la dura tarea de la integración, reevaluando los resultados y modificando encuadres a partir de las necesidades planteadas con el mismo entusiasmo y esfuerzo del comienzo, porque sabemos que aún quedan muchos otros desafíos por delante...y los vamos a afrontar.

DENLE UNA OPORTUNIDAD, AHORA!

Tenemos conciencia que la situación en la Argentina es muy difícil por el alto nivel de desocupación y tendencia discriminatoria existentes. Nosotros hemos planteado un cambio
y lo estamos llevando a cabo paso a paso. A través de la lente de T.O. y a la luz del trabajo en equipo podemos afirmar que este proyecto cumple con éxito el objetivo de la integración.

Seguiremos trabajando tan duro como hasta ahora...lo que necesitamos es la respuesta de la comunidad para que ésta sea una realidad de muchos y ya no sea necesario presentar un trabajo titulado " proyecto de trabajo - proyecto de vida " sino que cuando se hable de trabajo competitivo esté implícito que hay jóvenes comunes y especiales trabajando en igualdad de condiciones.

Como puede verse, esto no es imposible, sólo falta que les den una oportunidad.

Bibliografía

Cronin Mosey, Anne (1990) Componentes Psicosociales en T.O.
Lleonor kaufman, (1987) Integración laboral en América Latina.
Fine, S.B. (1982) Occupational Therapy: The rol of rehabilitation and purposeful activity in mental health practices. Rockville, MD: AOTA
Village N° 1, Reine Fabiola, Bélgica (1991) Sociedad y Discapacidad.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

JOVENES EN COLECTIVIDAD, UN LUGAR PARA EXISTIR

T.O. Marisa TAVECCHIO, A.T. Mario BEGA
Colaboran: Dte. Marcela ROCA, A.M. Juan Carlos ANDORA
Hosp.Subzonal Esp. Dr. José Ingenieros
Calle 161 esq. 514. Melchor Romero. La Plata. Pcia.de Bs.As.
ARGENTINA

Sujeto

Introducción

La asistencia del adolescente discapacitado en desamparo, nos enfrenta al encuentro de intervenciones terapéuticas que partiendo de la observación de las necesidades del sujeto y del análisis institucional, permita realizar un abordaje que posibilite la evolución del sujeto y su entorno.

Nuestra institución interna jóvenes discapacitados mentales varones de 12 a 18 años de edad. Ubicada en la localidad de Melchor Romero, distante a 10 km. de la ciudad de La Plata y a 20 cuadras del Hosp.Neuropsiquiátrico Alejandro Korn y próxima a otras instituciones, que internan jóvenes de alto riesgo social, y discapacitados mentales de otras edades, constituyendose un ámbito geográfico de marginalidad y enfermedad, construyendo un espacio de custodia, de cuidados especiales, para "los sujetos que no se ubican dentro de la NORMA."

La institución alberga sesenta jóvenes, que ingresan por derivación del tribunal de menores, siguiendo en algunos casos la cadena de internación de los "Institutos Psicopedagógicos, anulando toda posibilidad de intervención de la familia, "creándose" un lugar de la no existencia del sujeto como tal.

El joven vive recluido atemporalmente, esperando aquello que tardará en llegar, el día de su egreso. El tiempo se congela, ya que el pasaje de los días, los meses, los años, no produce cambios en sentido de su crecimiento y maduración, esta vivencia del tiempo como algo fijo, produce en el joven y también en quienes los asistimos, un progresivo deterioro. Los síntomas preexistentes se cristalizan y se agravan, el diagnóstico que se realizó en el momento de la internación pasa a ser una etiqueta y un veredicto que destruye la posibilidad de modificación, el paciente ha sido cosificado, los espacios, los tiempos, la vestimenta, la comida se organizan desde el adulto, en las estructuras administrativas de la institución. El régimen de vida es igual para todos, compartiendo el mismo ámbito institucional, incluyendo la escuela ubicada en el predio del hospital.

Resulta fácil encubrir, la ignorancia y la impotencia, con una descripción detallada de síntomas, que transforme al paciente en un objeto encuadrable. Si por el contrario lo que se persigue es un objetivo terapéutico se debería tratar de significar aquello que el sujeto expresa con sus síntomas, para que este se torne innecesario.

Los diagnósticos psiquiátricos ,son, a decir de Michel Foucault "monólogos de la razón sobre la locura", se trata, entonces, de reemplazarlos por diagnósticos situacionales que permitan evaluar la interacción del paciente en distintos contextos (grupo familiar, grupo de pares, etc.) y el grado de retracción al que su sintomatología lo condujo.

D e s a r r o l l o

Es necesaria la participación de un equipo interdisciplinario que facilite la integración de aspectos disociados o demasiado estereotipados, reubicándonos como profesionales de acción, dispuestos a producir los cambios de abordaje necesarios para la constitución y evolución del sujeto a través de su deseo.

El objetivo de esta presentación es compartir una forma de trabajo con jóvenes con discapacidad mental. Se intenta abrir en esta

institución total un espacio que posibilite el contacto con pares, organizando actividades grupales intentando modificar el orden instituido, observando y valorando las relaciones con sus pares y las relaciones objetales que se producen en el ámbito terapéutico del taller.

Para la planificación consideramos:

-Determinación del encuadre

Organización del espacio físico

-Selección y graduación de las actividades

Los objetivos propuestos son:

I) Optimizar el espacio en donde el joven pueda desarrollar sus potencialidades de comunicación en sus diferentes formas, de creatividad, de aprendizaje y de socialización que le posibiliten el pasaje gradual a la autonomía personal y social.

II) Observar y facilitar la expresividad psicomotriz del joven en relación a la ejecución de las actividades.

III) Favorecer los procesos psíquicos de representación.

IV) Fortalecer las relaciones vinculares entre pares y con el adulto.

V) Resolución de conflictos que interfieran en la integración al grupo y con la realización de la tarea.

VI) Actualizar hábitos que permitan el acceso al aprendizaje de actividades laborales.

De acuerdo a la conformación de los grupos y a las actividades en sus múltiples matices se organizan los siguientes talleres:

Taller de lectura

Taller de plástica

Taller de integración laboral

Taller de Música

Taller de psicomotricidad

idea de actividad

La actividad, como mediadora entre el sujeto y el mundo externo, articulando la realidad interna con la realidad externa, instalandose en lo que Winnicott denomina zona intermedia de experiencias, valorando durante el proceso de realización de la actividad, las implicancias tónico-emocionales, los ajustes posturales, el equilibrio, la organización del movimiento, la relación con el espacio y el tiempo, la relación con el otro. La ejecución de la actividad compromete al sujeto en su

totalidad, su historia, su familia, su ámbito geográfico, en ese aquí y ahora, en ese estar ahí en la iniciación de una tarea, se actualizan vivencias de su cuerpo en acción, de su potencialidad de relizar acciones eficaces dándole competencia para actuar con los demás. Es en esa actualización del cuerpo en movimiento donde pone en juego sus posibilidades psicomotoras para realizar un objeto e interactuar con el. En este proceso de ejecución se suceden diferentes etapas.

1) EL PROYECTO: Es el paso donde el sujeto imagina y crea internamente el objetos. Es la representación mental de su necesidad.

2) LA ELABORACION: Es el proceso por el cual se ejecuta el proyecto: Implica las operaciones necesarias para realizar el objeto, su terminación produce satisfacción.

Durante este proceso el sujeto experimenta con los materiales, herramientas, elementos, con los objetos terminados, dejando su huella, su marca, modelando una particular manera de encuentro con lo real, la manipulación de diferentes materiales y objetos, ofrece la posibilidad de modificarlos creativamente, modificarse, subjetivarse, y de este accionar con los objetos, constituir un espacio individual que favorezca el proceso de identificación personal, de separación, de independencia.

En este encuentro entre el sujeto y la actividad, entre el sujeto y sus posibilidades de hacer, el que construye es un sujeto total, que se relaciona con los objetos, con los otros, con el espacio, con el tiempo, estableciendo relaciones vinculares con el otro que construye a su lado, compañero del grupo, con el otro terapeuta, coordinador, que posibilita un ambiente organizado a partir de sostener una relación significativa y estable, acompañando desde una intervención que ofrezca seguridad y realice los señalamientos necesarios para la evolución de sus posibilidades vinculares y ocupacionales, estimulando el sentimiento de eficacia dando soporte a su vida emocional favoreciendo su integración al grupo de trabajo.

El adulto es símbolo de ley, una ley que organiza y ordena los recursos del taller posibilitando la elección de la tarea a partir del reconocimiento por parte del sujeto de sus posibilidades funcionales.

El terapeuta en este grupo operativo es garantía de permanencia que permite al joven internalizar los valores, las normas, los derechos, los deberes, las prohibiciones de la comunidad a la que pertenece por naturaleza.

El terapeuta es la otra mirada, una mirada que ayuda a descifrar

las necesidades del joven, colaborando en la búsqueda de los recursos para satisfacerlas.

El terapeuta se implica en la tarea, por lo tanto es necesario atender, revisar, supervisar, aclarar las diferentes situaciones vividas dentro del grupo, para que su accionar de lugar a la evolución de los jóvenes desde sus particularidades, evitando las interferencias que puedan bloquear el proceso de independencia basado en la toma de conciencia por parte del joven de sus posibilidades de iniciar y realizar una tarea.

El terapeuta debe permitirse tomar distancia, apartarse, dejarlos hacer cuando el momento es propicio, sosteniendo desde la mirada.

Respetando el tiempo particular de cada joven, en su desenvolvimiento ocupacional, fortaleciendo la relación con el terapeuta, se produce el "feed back" cuando el joven solicita de nuestra presencia para sostener y asegurar la organización de una actividad que desean realizar.

Conclusión

Los talleres cumplen una función preventiva en relación a futuras posibilidades de integración a la comunidad y de relación con los otros.

Es justamente este carácter preventivo el que ubica esta práctica en un ámbito en el que se superpone lo educativo y lo terapéutico.

El taller como un espacio de apropiación permite que el joven pueda investirlo y reconocerlo como el lugar para trabajar, para significarse a si mismo y ante los demás. Para existir singularmente perteneciendo a un grupo determinado.

El eje central son el vínculo y la actividad como operadores, para posibilitar las modificaciones necesarias para que los jóvenes alcancen sus logros en el pasaje gradual hacia la autonomía personal y social.

Bibliografía

AUCUTURIER B. DARRAULT I. EMPINET J.L.
La Práctica Psicomotriz
Editorial Científico Médica (1985)

QUIROGA ANA
Matrices del Aprendizaje
Ediciones Cinco (1992)

WINNICOTT D.W.
Realidad y Juego
Editorial Gedisa (1986)

Revista La Hamaca Nro. 1
Marzo-Mayo 1992.

Revista La Hamaca Nro. 5
1993

MAULLION C.
La Práctica Psicomotriz de Aucuturier B.
Apunte
Escuela Práctica de Psicomotricidad.

CHOCKLER M.
Los Organizadores del Desarrollo Psicomotriz
Ediciones Cinco.

PICHON RIVIERE E.
El Proceso Grupal. Desde el Psicoanálisis a la psicología social
Ediciones Cinco

"EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE DIA"

Nombre de los relatores:

*VIZZO, Silvina - Terapista Ocupacional

*CABRAL, Patricia - Profesora de Educación Especial

*ROSSI, Silvia - Profesora de Educación Física

*CUPELIN, Marina - Musicoterapeuta

Centro de Día- "Fundación Nuestra Señora del Hogar"

Hipólito Irigoyen 3311- Te. 042-561428

Santa Fe

Las Fundaciones "Padre Mario Pantaleo"y "Ntra. Sra. del Hogar", que conforman la Obra del Padre Mario, brinda servicios a la comunidad en distintas áreas (salud, educación, tercera edad, discapacitados). Dentro de esto último ofrece:"Escuela de Formación Laboral en González Catán, Centro de Día en Capital, Centro Educativo-Terapéutico en La Rioja y un Centro de Día en la ciudad de Santa Fe.

Este centro de atención diurna, ofrece una alternativa para jóvenes y adultos con distintas discapacidades que requieren una atención individual-grupal, con un enfoque integral tendiente a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, logrando así la máxima autonomía personal, integración familiar y social.

Conformamos un equipo interdisciplinario que evalúa, propone, estudia, planifica semanalmente para que esto se lleve a cabo.

El mismo está compuesto por:

-Directora del área Discapacitados de la Fundación Nuestra Señora del Hogar-Sede González Catán, Provincia de Bs.As. y supervisora de nuestro centro de Día en Santa Fe.
-Directora Administrativa
-Directora Técnica
-Profesora de Educación Especial
-Asistente Social
-Musicoterapeuta
-Profesora de Educación Física titular y 2 suplentes
-Médico Clínico
-Psicólogo
-Nutricionista
-Servicio de asistencia psiquiátrica
-Terapistas ocupacionales
-Auxiliares de: Higiene-taller-limpieza

Qué hacer, cómo y para qué son interrogantes que se presentan cada día en las terapistas ocupacionales de Nuestro Centro de Día. Ese replanteo constante de como estamos trabajando nos ayuda a mejorar día a día.

Las palabras ponen cierta distancia a la acción. Por eso trataremos de explicar lo más claramente posible como estamos trabajando.

Procuramos ver cada asistido que ingresa, como una persona con derechos, intereses, necesidades; con una discapacidad que no eligieron, perteneciendo a una sociedad que poco atiende a sus reclamos, dentro de una familia que muchas veces idealiza; pero a pesar de todo.....muchas capacidades permanecen ocultas y nos proponemos descubrir.

Intentamos mantener un equilibrio en la acción. Para ello es necesario establecer constantes estados de cambio, porque cuando uno inicia una nueva actividad ésta puede proporcionar un incentivo razonable al principio y volverse una tarea aburrida una vez que nuestra destreza ha mejorado.

Para evitar esto debemos producir transformaciones constantes y buscar siempre mayor estimulación.

"Muy poco incentivo hace que una persona no esté estimulada. Demasiado incentivo puede crear temor". O sea hay que mantener el equilibrio en medio del cambio.

Logrando el estado de atención e incentivo constante, trabajamos primordialmente para lograr la autonomía en las actividades de la vida diaria, constituida en una de las mayores demandas familiares.

Para tal fin llevamos a cabo una evaluación de las A.V.D. llamada Klein Bell, al cual accedimos por intermedio de un miembro de CIENTIBECA. La misma refiere al nivel funcional de los asistidos en las distintas áreas: Higiene- Vestido- Alimentación- Comunicación- Actividades del Hogar y transporte.

Muchos de nuestros asistidos pueden discriminar cúales son las habilidades útiles y relevantes en la propia situación de vida.

"Percibir esta relación entre las propias capacidades y las demandas y recursos del ambiente permite que ellos hagan elecciones positivas para relacionarse con el ambiente a través de la conducta ocupacional".

De esta forma nuestros jóvenes han utilizado las más variadas técnicas y materiales. A continuación citamos algunos trabajos a manera de ejemplos:

-Se confeccionó "Nuestro Diario" con la participación activa de todos los asistidos. Para ello se realizó una visita al medio local, en el cuál se observaron los diferentes pasos que se deben seguir para la elaboración del mismo; posterior a esto se identificaron las diferentes secciones que lo componen (espectáculos, deportes), dándoles la posibilidad de contar las distintas experiencias vividas en el centro(baile de la primavera, cumpleaños, encuentros deportivos, festejo del día de la Madre, etc.) como así también un espacio donde puedan expresar sus ideas y sentimientos los padres y hermanos de los asistidos.-

-Se trabajó en la confección de tarjetas navideñas durante un largo período. Las mismas fueron distribuídas entre los familiares de los asistidos y enviadas a distintas empresas e instituciones como medio de salutación en las fiestas.

-Sembraron y cultivaron en la huerta del Centro de Día distintas verduras, las que fueron consumidas por los familiares de los asistidos.

-Un grupo de asistidos concurrió a un cañaveral, cortó las cañas, realizó la limpieza de las mismas y posteriormente le buscó un destino confeccionando portamaceras y posafuentes para regalar en el Día de la madre.

"La valoración de las actividades es una disposición individual a encontrar que determinadas ocupaciones son importantes, seguras, valen la pena y tienen propósito".

El sentido de valoración de las ocupaciones se construye a través de experiencias vitales. Por ejemplo, el trabajo puede tener valor porque uno comprende que éste contribuye al bienestar de otra persona. Es así como elaboramos un "Proyecto de Fabricación de Juguetes para los niños de la Casa Cuna".

"Las ocupaciones también pueden hallar sentido en los estados que evocan. Por ejemplo las actividades recreativas o hobbies pueden tener sentido porque permiten un tiempo para reflexionar sobre la naturaleza y permiten una experiencia de calma y relajación".

Es por esto que participamos de funciones de teatro, encuentros deportivos con otras instituciones, baile de la primavera, colonia de vacaciones, paseos a distintos lugares dentro y fuera del ámbito de la ciudad.
Todas estas actividades fueron propuestas y ejecutadas por el equipo interdisciplinario del Centro de Día.

"Las actividades también pueden tener sentido por la asociación particular con situaciones del pasado y/o situaciones familiares".

"Por ejemplo algunos asistidos pueden valorar cocinar- lijar, porque fue un aspecto muy gratificante del pasado, y está asociado con imágenes de seguridad y placer de la niñez". Entonces podemos ver el interés por las ocupaciones en relación a un sentido de vida.

La *Educación Especial* es un proceso integral flexible y dinámico, que tiende a la formación plena e integración social de las personas discapacitadas. Es una tarea en la cual me adhiero al marco de acción, adoptado en la conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales, en el que se priorizan las capacidades sobre las discapacidades a través de un enfoque pedagógico global, respetando los intereses y necesidades de los jóvenes y adultos de los grupos en los cuales me desempeño, implicando en ésta labor a padres y familias, con el fin de que éstos se conviertan en agentes multiplicadores para lograr cambios de actitudes en la sociedad.

La educación especial se orienta hacia el medio y su accecibilidad para conseguir una mayor autonomía en las personas con discapacidad y donde se priman los conceptos de igualdad, participación plena y calidad de vida.

La educación especial dentro del Centro de Día abarca:
ABORDAJES INDIVIDUALES: en donde se estimula en forma personalizada a los concurrentes, que dadas sus características requieren de éste tipo de rehabilitación.

Estos estímulos se cronograman en secciones de dos veces por semana y el resto de las jornadas permanecen integrados a sus grupos donde comparten diferentes actividades desde T.O., musicoterapia, Educación Física adaptada, desayuno, almuerzo y merienda.

ACTIVIDADES DE AUTOVALIMIENTO: en donde se entrenan diferentes hábitos que necesitan ser reforzados o enseñados en algunos asistidos. Se incluye en ésta área el trabajo integrado con las terapistas ocupacionales, quienes diseñan las adaptaciones correspondientes en los elementos de higiene de aquellos concurrentes que así lo requieren.

TALLER DE ADULTOS: comenzó a funcionar a partir de este año, su labor se fundamenta en la concepción del hombre como integridad biológica, psicológica y social, en un aquí y en un ahora, donde a medida que transita por las diferentes etapas de su desarrollo, va conformando y estructurando su personalidad. Como sabemos la personalidad, posee una estructura dinámica, que busca un constante equilibrio para poder así adaptarse a los estímulos cambiantes del medio.

Debemos tener en cuenta que cada persona con capacidades diferentes o no, es un ser único y distinto como también los serán sus tiempos propios de maduración y adquisición de funciones y aprendizajes, dentro de un marco real de posibilidades y limitaciones que su ser persona le brinda.

El fin de un desarrollo normal de la personalidad es formar a un adulto capaz de asumir responsabilidades y relaciones sociales adaptadas a su medio experimentando una sensación de bienestar y seguridad.

Este taller está integrado por asistidos, que por sus edades y características conductuales manifestaron la necesidad de un espacio propio, en el cual puedan compartir con sus pares, actividades y encuentros significativos y gratificantes que satisfagan sus intereses y necesidades.

Es un espacio donde se les brinda la posibilidad de disponer de un tiempo libre, en donde puedan realizar actividades elegidas por ellos mismos o seleccionadas por la profesional a cargo, respetando el interes grupal.

Este taller ofrece además la posibilidad de tratar sobre diferentes temas que contribuye a: manifestar miedos y temores propios de la edad, a resolver situaciones conflictivas, a asumir nuevas responsabilidades.

Desde la apertura del taller se evidenciaron numerosos cambios en los asistidos que concurren como ser: mejoramiento de su aspecto personal con un mayor interés por la buena presencia y la higiene, mayor independencia en salidas y paseos realizados ya sea en el centro, shopping, confiterías, caminatas, teatro; mayor responsabilidad y cuidado en el manejo del dinero (para el pago de salidas o boletos de colectivos), mayor comunicación, expresión de gustos y preferencias, solidaridad, cooperación y compañerismo entre ello.

TALLER DE LECTO ESCRITURA Y CALCULO: en el cual se propone a los concurrentes activar nuevamente los conocimientos adquiridos en los diferentes establecimientos educativos a los que han asistido.

El sentido con el que se encara ésta temática es netamente práctico es decir saber utilizar éstos conocimientos para resolver situaciones cotidianas.

Los objetivos que se plantean son concretos y realizables acordes a sus posibilidades y limitaciones, y los contenidos desarrollados se dividen en tres áreas: lengua, matemática y conocimientos de la actualidad.

Uno de los trabajos realizados fue por ejemplo sobre las elecciones presidenciales. Fue una experiencia muy positiva; el grupo investigó y se informó sobre el tema a través del contacto con diferentes medios de comunicación, ofreciendo luego una clase abierta al resto de sus compañeros.

Para finalizar se simuló una votación para elegir al mejor compañero de cada grupo. Este grupo fue el encargado de confeccionar las urnas, los padrones, las boletas (con foto y nombre de cada uno) y el cuarto oscuro.

A partir de ésta experiencia y con el apoyo de las familias es que votaron por primera vez, 4 adultos de la institución.

Se propuso también armar en el taller, el boletín informativo del Centro de Día dividiéndolo por secciones y clasificando las noticias pertenecientes a la institución según el tema. Ellos fueron los responsables de la organización, edición y venta de los boletines informativos, donde debieron manipular dinero, relacionándose ésta tarea con el área de matemática.

Las experiencias para contarles son numerosas pero lo que deseo también resaltar es que es un trabajo que intenta ajustarse permanentemente a los infinitos cambios que se suceden en la población asistida y donde se intenta desarrollar al máximo las potencialidades y capacidades de éstas personas, para que puedan llevar adelante, una vida plena, autónoma y lo más independiente posible.

Desde el área de ***Educación Física*** e integrándose a los objetivos institucionales se propone un plan de trabajo donde se brinde a los asistidos la posibilidad de desarrollar y mantener sus funciones motoras y sensoperceptivas, establecer pautas de relación socio-afectivas, expresar y crear con el cuerpo a través del movimiento en todas sus formas: la gimnasia, el deporte, la expresión corporal, la recreación y vida con la naturaleza son los medios que se utilizan para alcanzar los objetivos planteados.

La actividad se desarrolla semanalmente en tres estímulos de 60 minutos. Se organizaron dos grupos de trabajo tendiendo a las características de los asistidos en función de sus capacidades e intereses.

El primer grupo, se integró en los programas de iniciación deportiva, expresión rítmica y aerobic, juegos por equipos, de eliminación, relevos, destrezas básicas en colchonetas. La actividad así planteada, ofrece contínuas situaciones que los asistidos deberán resolver a través de un contínuo aprendizaje individual y colectivo; El respeto por las reglas de juego, el sentido de pertenencia a un equipo, el esfuerzo en pos de un logro grupal, la aceptación del fracaso al goce por el triunfo, el conocimiento de sus propias capacidades y limitaciones.

El grupo número dos, se integra en un programa donde la actividad sea el estímulo generador de una relación que se establecerá entre el asistido y el ambiente, ya sea a través de un objeto, con el profesor o un compañero. La actividad lúdica es considerada como fuente generadora de placer, y es en éste contínuo intercambio de estímulos y respuestas donde el asistido podrá explorar sus posibilidades de hacer, expresar, compartir, aceptar, rechazar, disfrutar, vivenciar, a través del movimiento. Las

actividades propuestas son de ejecución simple en cuanto a la estructuración del proceso y de corta duración en relación al tiempo.

En ambos grupos se respetan los ritmos individuales de ejecución, niveles de rendimiento, intereses, necesidades, considerando la participación e integración a la actividad el denominador común de todo el programa.

Se proyectaron actividades de integración social como la participación en encuentros deportivos, la creación de un grupo coreográfico de expresión rítmica y aerobics para ser presentado ante distintos eventos .

Se programó la colonia de vacaciones de verano. El eje principal del programa fue la creación de un ambiente especial, con propuestas distintas a las realizadas durante el año, donde la recreación en todas sus formas, permitió un descubrimiento personal y grupal de la capacidad y necesidad de jugar.

En general, se observó, disposición hacia la actividad, mayor interés e iniciativa, integración grupal, independencia, compañerismo, responsabilidad y toma de decisiones en las actividades grupales.

Es necesario destacar dentro de éste programa el desarrollo del plan acuático que estuvo organizado en las siguientes estapas: 1- EVALUACION, donde se registraron las habilidades de los asistidos en pruebas acuáticas seleccionadas; 2- FORMACION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO, en relación a la primera evaluación se organizaron los grupos de AMBIENTACION 1, 2 Y APRENDIZAJE, propiamente dicho; 3- REEVALUACION, a los 30 días de iniciado el programa para realizar el pase según los logros alcanzados a un nivel superior; 4- EVALUACION FINAL, para determinar el alcance de los objetivos propuestos para cada nivel.

Los mayores logros se alcanzaron en el nivel de ambientación, donde en casos particulares que presentaban temor y rechazo al medio acuático se logró independencia en los desplazamientos y flotación asistida.

El campamento de corta duración (una jornada y media) fue una experiencia muy gratificante que requería, una interiorización previa del grupo a través de la información sobre las actividades a realizar y preparativos.

En casi todos, las actividades se presentaban como propuestas novedosas , no realizadas previamente por ellos, armar una carpa, hachar un tronco, construír una choza, confeccionar elementos rítmicos, realizar juegos nocturnos, participar del fogón, fueron con gran expectativas, experiencias vivenciadas.

El programa de educación física es una propuesta dinámica, sujeta a un contínuo proceso de cambios y reajustes, que permitan satisfacer las expectativas e intereses de los asistidos, potencializando al máximos sus capacidades.

Dentro del Centro de Día, *Musicoterapia* comenzó siendo un espacio de pedagogía musical especial, ya que para los asistidos era la "Clase de Música". El encuadre tanto en el ambiente físico,

elementos de trabajo, como en las actividades, hizo que gradualmente este proceso pedagógico se transformará en un proceso terapéutico.

Las características del grupo de asistidos eran: timidez, inhibición, rigidez corporal, ausencia de creatividad, estereotipación del lenguaje oral y gestual, vocabulario pobre, falta de expresividad y espontaneidad, habla escasa con volumen bajo de emisión vocal, incapacidad para vivenciar estímulos (sonoros, musicales, corporales) no habituales, temor de manipular instrumentos musicales u objetos sonoros, incapacidad de hablar por sí mismo; presentaban un fuerte bloqueo de la expresividad, esta falta de recursos expresivos dificultaban la comunicación intergrupal.

Solo respondían a las actividades estructuradas: aprendizaje de canciones, ejecución de instrumentos musicales de percusión, acompañando canciones o música grabada, vivencia corporal de estímulos musicales siempre que se tratara de estilos y/o temas musicales conocidos.

Hacer relajación, improvizaciones musicales, juegos sonoros, o vivencia corporal de estilos musicales no habituales, creatividad en los movimientos o en las emisiones vocales, era impensable; no lograban poner su deseo, su demanda en juego y así generar sus actividades o responder a actividades nuevas. Solo después de haberse logrado el mecanismo transferencial, al establecerse el vínculo, la empatía necesaria para cualquier proceso terapéutico, entre ellos y yo, comenzaron a adquirir confianza y a desestructurarse dentro del espacio de Musicoterapia y se comenzó a trabajar más desde lo lúdico y lo creativo.

El objetivo general fue "que los asistidos tomaran contacto con el fenómeno córporo sonoro musical"; el musicoterapeuta usa la música, el sonido y el movimiento no como fin en si mismo sino para favorecer la apertura de nuevos canales de comunicación, producir cambios positivos de comportamiento y colaborar en el tratamiento de déficits motrices, sensoperceptivos, témporo espaciales, cognitivos, de lenguaje, como así también en los trastornos globales de la personalidad.

La dinámica es la de una terapia: se determinan objetivos generales y particulares según las necesidades y características de cada asistido y del grupo de trabajo, pero sin seguir un plan puntualmente predeterminado como en un proceso pedagógico.

Las actividades no se determinan con el prejuicio del porcentaje de incapacidad mental o por la diferencia entre la edad cronológica y la edad mental de cada integrante del grupo de trabajo.

- Al comienzo del año, el grupo tenía dos encuentros semanales de 120 minutos cada uno. A medida que el grupo de asistidos se fue incrementando, se determinaron 2 subgrupos de trabajo que vivenciaban la Musicoterapia en 2 encuentros semanales de 60 minutos cada uno. Un factor importante a tener en cuenta es que a lo largo del año el grupo no logró estabilizarse ya que permanentemente se producían nuevos ingresos; esto influyó en la consolidación de la dinámica grupal.

La Musicoterapia es una terapia no verbal, es decir le saca a la palabra su poder dominador, privilegia otro tipo de lenguaje (sonoro, corporal); le permite al débil mental situarse en otro nivel, menos intelectual y más sensitivo y de movilización, encuentra en la música un medio del cual puede servirse sin recurrir a la interpretación simbólica como debe hacer al utilizar el lenguaje hablado o escrito.

Dentro del Centro de Día, la Musicoterapia logró ser un espacio terapéutico en donde los asistidos vivencian experiencias creadoras en las que gozan del éxito y con las cuales pueden desarrollarse y que además le permiten expresión individual e integración social, además de la contención y descarga emocional que tanto necesitan.

Nuestro Centro de Día, es un lugar de puertas abiertas, propone trabajar en forma conjunta con otros servicios de la comunidad. para complementarse, aunar esfuerzos y alcanzar juntos el desafío de "Integración e Igualdad de Oportunidades" para las personas con discapacidad.

MODULO 15

TERAPIA OCUPACIONAL EN TRABAJO PROTEGIDO. INTEGRACION LABORAL.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

SISTEMATIZACION DE LOS INDICADORES QUE INCIDEN EN EL DESEMPEÑO DE OPERARIOS CON DISFUNCIONES CEREBRALES

T.O Cecilia Signorini de Prieto, Colaborador Lic. Mario Molina.
19 de Mayo 693/5 (8000) Bahía Blanca, Buenos Aires.
Teléfono: 091 - 31734
ARGENTINA

Esta investigación surge por la necesidad de encontrar respuestas a interrogantes que me planteaba respecto al futuro de los niños que trataba como terapista ocupacional, durante mi función en el equipo de rehabilitación dedicado al tratamiento de pacientes con trastornos motores.

Sabía que el niño conquista al mundo que lo rodea a través de la prehensión y el desplazamiento. Que la prehensión depende de la habilidad de la mano humana que es capáz de realizar acciones con fines premeditados.

Pero los chicos con secuelas de disfunciones cerebrales tienen alterado el aspecto motor, sus gestos no son eficaces, por lo tanto su relación con los otros y el medio está perturbada. Cómo llegan entonces al autovalimiento? Qué posibilidades laborales tienen?.

La vida es una sucesión de respuestas frente a una sucesión de demandas. Cómo van a adaptarse estos chicos al medio? Se podrán integrar? Podrán alcanzar el éxito? Tendrán oportunidades?.

Es muy injusto rehabilitar a un ser humano para la soledad.

El aprendizaje infantil depende de las vivencias sensoriomotrices y estos niños no las tienen o las tienen alteradas, dado que los patrones fundamentales de movimiento que le permiten al niño seguir la secuencia de pautas de maduración y requieren un tono muscular normal para funcionar adecuadamente, están perturbadas.

La mayoría de los procesos (como percepción visual; movimiento voluntario o memoria) son el resultado de muchas interacciones cerebrales complejas; no se puede decir, generalmente, que el área involucrada los la lesión es responsable del déficit. No es tan simple.

Es usual observar cómo el daño de un área específica del cerebro da como resultado déficit en muchas funciones diferentes. No podemos pensar que las áreas indemnes de un cerebro lesionado operan como lo harían normalmente sin disfunción.

En todos los casos está alterado el manejo de la información, cómo se recibe y se procesa. Por lo tanto provocan reacciones también inadecuadas que perturban la conducta del sujeto. Después de un daño cerebral los reflejos son patológicos y se liberan. La inervación recíproca es anormal y el modelo de movimiento y postura es patológico.

Basándome en mi propia experiencia tomé 406 pacientes con secuelas de disfunciones cerebrales que traté en el Instituto de Rehabilitación del Lisiado de Bahía Blanca, en Terapia Ocupacional, desde 1968 hasta 1986. Traté de buscar ciertos parámetros que me permitieran aclarar algunas relaciones que hasta el momento de la investigación solo percibía empíricamente.

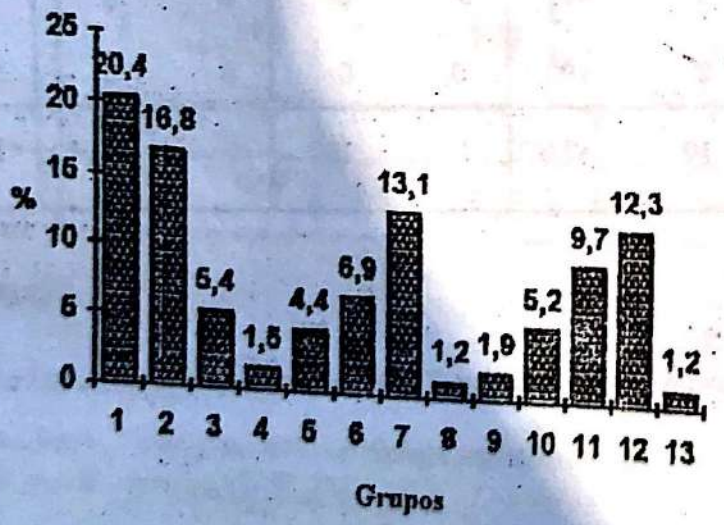
Para comenzar presentamos los distintos grupos de diagnónsticos de los 406 pacientes con que trabajamos

Tabla N°1: Clasificación de los diagnósticos de 406 pacientes con secuelas de disfunciones cerebrales.
I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

GRUPO	DIAGNOSTICO	N°	%
1	DIPLEJIA ESPASTICA	83	20,4
2	DIPLEJIA ESPASTICO DISTONICA	68	16,8
3	DIPLEJIA DISTONICA	22	5,4
4	DIPLEJIA HIPOTONICA	6	1,5
5	TETRAPLEJIA ESPASTICO DISTONICA	18	4,4
6	TETRAPLEJIA ESPASTICA	28	6,9
7	TETRAPLEJIA HIPOTONICA	53	13,1
8	TETRAPLEJIA DISTONICA	5	1,2
9	ATAXIA	8	1,9
10	PARAPARESIA ESPASTICA	21	5,4
11	HEMIPLEJIA ESPASTICA IZQUIERDA	39	9,7
12	HEMIPLEJIA ESPASTICA DERECHA	50	12,3
13	OTROS	5	1,2
	TOTAL	406	100

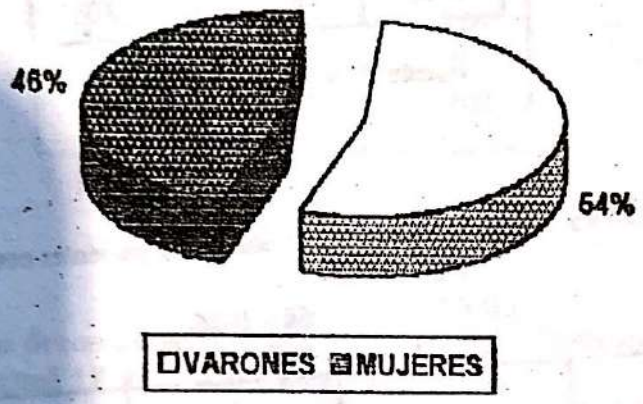
Fuente Original

Clasificación de los diagnósticos de 406 pacientes con secuelas de disfunciones cerebrales. I.R.E.L. desde 1968 a 1986



De estos 406 pacientes 221 son varones y 185 son mujeres.

Porcentaje de varones y mujeres en 406 pacientes
I.R.E.L., desde 1968 a 1986.



Cuando investigamos el nivel intelectual de todos los pacientes siguiendo las valoraciones utilizadas en el Instituto de Rehabilitación y con la idea de ordenar el trabajo, fué necesario incluir la forma de comunicación oral y/o gestual de los mismos.

Un porcentaje importante de pacientes no se comunica debido al gran déficit motor aliado o no a la falta de inteligencia.

Muchos chicos no avanzan mas allá del estado "simbólico" o "abstracto", desarrollando y organizando el "lenguaje interior", manejándose con un código de señales y sonidos que interpreta su familia, en especial la madre.

Otros se expresan con alteraciones articulares desde severas a leves, que muchas veces necesitan ser "traducidas" por los allegados y otras veces se vuelven ininteligibles.

Nos preocupamos especialmente en este parámetro dado que el ser humano a través del lenguaje logra atravesar las barreras del mundo circundante ampliando sus espacios vitales. Se conecta asi con la realidad.

El lenguaje permite al hombre crear ideas y expresarlas.

Para determinar en qué grado afectará al futuro laboral de un niño sus trastornos para comunicarse, siendo el lenguaje oral la forma habitual de interrelación con los otros, investigamos en cada grupo según su desarrollo intelectual y observamos:

1- Diplejía Espástica

Tabla Nro. 2: Nivel intelectual de los pacientes con diplejía espástica.
I.R.E.L. desde 1968 hasta 1986.

C.I.	Nro.	%
N	15	18
RML	12	14,8
RMM	17	20,4
RMP	39	46,8
Total	83	100

Fuente Original

Tabla Nro. 3: Forma de comunicación de los pacientes con diplejía espástica según su nivel intelectual.
I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

F de Com / C.I.	No se comunic		Codigo		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	3	100	3	100
RML	0	0	2	18,2	5	33,4	7	100
RMM	2	6,3	3	27,2	6	40	11	100
RMP	30	93,7	6	54,6	1	6,6	37	100
Total	32	55,2	11	18,9	15	25,9	58	100

Fuente Original

Es decir que en un total de 83 pacientes con diplejías espásticas 58 tienen alteraciones del lenguaje oral en su mayoría severas. Un 69,8 %.

3 - Diplejía Distónica

Tabla Nº 6: Nivel intelectual de pacientes con diplejía distónica. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I	Nº	%
N	3	13,6
RML	6	27,3
RMM	5	22,7
RMP	8	36,4
Total	22	100

Fuente original.

Tabla Nº 7: Forma de comunicación de pacientes con diplejía distónica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I \ F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100
RML	0	0	0	0	5	100	5	100
RMM	2	40	3	60	0	0	5	100
RMP	8	100	0	0	0	0	8	100
Total	10	47,6	4	19	7	33,4	21	100

Fuente original.

De 22 pacientes con diplejía distónica, 21 tienen alreraciones en la comunicación, la mayoría severas. Un 95,4 %

2 - Diplejía Espástico Distónica.

Tabla Nº 4: Nivel intelectual de los pacientes con diplejía espástico distónica. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	9	13,3
RML	8	11,7
RMM	10	14,8
RMP	41	60,2
Total	68	100

Fuente Original

Tabla Nº 5: Forma de comunicación de los pacientes con diplejía espástica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. \ F de com	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	4	100	4	100
RML	0	0	3	37,5	5	62,5	8	100
RMM	1	11,1	6	66,6	2	22,3	9	100
RMP	38	92,7	3	7,3	0	0	41	100
Total	39	62,9	12	19,4	11	17,7	62	100

Fuente original.

Resumiendo: De 68 pacientes con diplejía espástico distónica, 62 tienen alteraciones en la comunicación, la mayoría severas. Un 91,1 %.

4 - Diplejía Hipotónica

Tabla Nº 8: Nivel intelectual de pacientes con diplejía hipotónica . I.R.E.L desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	0	0
RML	0	0
RMM	0	0
RMP	6	100
Total	6	100

Fuente original.

Tabla Nº 9: Forma de comunicación de pacientes con diplejía hipotónica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. / F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	0	0	0	0
RML	0	0	0	0	0	0	0	0
RMM	0	0	0	0	0	0	0	0
RMP	4	80	1	20	0	0	5	100
Total	4	80	1	20	0	0	5	100

5 - Tetraplejía espástico distónica

Tabla Nª 10: Nivel intelectual de pacientes con tetraplejía espástico distónica. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nª	%
N	2	11,2
RML	5	27,8
RMM	4	22,3
RMP	7	38,7
Total	18	100

Fuente original

Tabla Nª11: Forma de comunicación de pacientes con tetraplejía espástico distónica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. \ F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nª	%	Nª	%	Nª	%	Nª	%
N	0	0	0	0	1	100	1	100
RML	0	0	1	33	2	67	3	100
RMM	0	0	4	100	0	0	4	100
RMP	6	85,7	0	0	1	14,3	7	100
Total	6	40	5	33,4	4	26,6	15	100

6 - Tetraplejía espástica

Tabla Nº 12: Nivel intelectual de pacientes con tetraplejía espástica. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	1	3,8
RML	4	14,8
RMM	8	29,6
RMP	14	51,8
Total	27	100

Fuente original :

Tabla Nº13: Forma de comunicación de pacientes con tetraplejía espástica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. \ F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	0	0	0	0
RML	1	50	0	0	1	50	2	100
RMM	1	12,5	6	75	1	12,5	8	100
RMP	14	100	0	0	0	0	14	100
Total	16	66,7	6	25	2	8,3	24	100

Fuente original.

Resumiendo: de los 27 pacientes con tetraplejía espástica, 24 tienen alteraciones de la comunicación, la mayoría severas. Un 88,8 %.

7 - Tetraplejía hipotónica

Tabla Nº 14: Nivel intelectual de pacientes con tetraplejía hipotónica. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	9	16,9
RML	12	22,6
RMM	14	26,4
RMP	18	34,1
Total	53	100

Fuente original

Tabla Nº15: Forma de comunicación de pacientes con tetraplejía hipotónica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. / F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	0	0	0	0
RML	0	0	1	20	4	80	5	100
RMM	6	42,9	6	42,9	2	14,2	14	100
RMP	16	94,1	1	5,9	0	0	17	100

8 - Tetraplejía distónica

Tabla Nº 16: Nivel intelectual de pacientes con tetraplejía distónica. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I	Nº	%
N	0	0
RML	2	40
RMM	2	40
RMP	1	20
Total	5	100

Fuente original

Tabla Nº17: Forma de comunicación de pacientes con tetraplejía distónica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I \ F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	0	0	0	0
RML	0	0	0	0	2	100	2	100
RMM	0	0	1	50	1	50	2	100
RMP	1	100	0	0	0	0	1	100
Total	1	20	1	20	3	60	5	100

Fuente original.

En conclusión : De los 5 pacientes con tetraplejía distónica , la totalidad tienen alteraciones en la comunicación. Un 100 %.

0486

9 - **Ataxia**

Tabla Nº 18: Nivel intelectual de pacientes con ataxia.
I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	2	25
RML	2	25
RMM	4	50
RMP	0	0
Total	8	100

Fuente original

Tabla Nº19: Forma de comunicación de pacientes con ataxia según su nivel intelectual.
I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. / F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	1	100	1	100
RML	0	0	0	0	2	100	2	100
RMM	0	0	1	25	3	75	4	100
RMP	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	1	14,3	6	85,7	7	100

Fuente original.

En resumen: De los 8 pacientes con Ataxia, 7 tienen alteraciones en la comunicación. Un 87,5%.

10- Paraparesia espástica

Tabla Nª 20: Nivel intelectual de pacientes con paraparesia espástica. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nª	%
N	7	36,8
RML	8	42,2
RMM	2	10,5
RMP	2	10,5
Total	19	100

Fuente original

Tabla Nª21: Forma de comunicación de pacientes con paraparesia espástica según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. / F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nª	%	Nª	%	Nª	%	Nª	%
N	0	0	0	0	1	100	1	100
RML	0	0	0	0	4	100	4	100
RMM	0	0	2	100	0	0	2	100
RMP	0	0	1	50	1	50	2	100
Total	0	0	3	33,4	6	66,6	9	100

Fuente original.

Es decir, que de 19 pacientes con paraparesia espástica, 9 tienen alteraciones leves de la comunicación. Un 47,5%.

11- Hemiplejía espástica Izquierda.

Tabla Nº 22: Nivel intelectual de pacientes con hemiplejía espástica izquierda. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	22	56,4
RML	6	15,4
RMM	10	25,6
RMP	1	2,6
Total	39	100

Fuente original

Tabla Nº23: Forma de comunicación de pacientes con hemiplejía espástica izquierda según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. / F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	1	20	4	80	5	100
RML	0	0	0	0	1	100	1	100
RMM	2	28,6	2	28,6	3	42,8	7	100
RMP	1	100	0	0	0	0	1	100
Total	3	21,4	3	21,4	8	57,2	14	100

12- **Hemiplejía espástica derecha**

Tabla Nº 24: Nivel intelectual de pacientes con hemiplejía espástica derecha. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	23	46
RML	11	22
RMM	10	20
RMP	6	12
Total	50	100

Fuente original

Tabla Nº25: Forma de comunicación de pacientes con hemiplejía espástica derecha según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. / F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	2	100	2	100
RML	0	0	1	12,5	7	87,5	8	100
RMM	1	14,2	3	42,9	3	42,9	7	100
RMP	6	100	0	0	0	0	6	100
Total	7	30,4	4	17,4	12	52,2	23	100

13-Otros

Tabla 26: Nivel intelectual de pacientes con secuelas de disfunción cerebral. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I.	Nº	%
N	5	100
RML	0	0
RMM	0	0
RMP	0	0
Total	5	100

Fuente original

Tabla Nº27: Forma de comunicación de pacientes con secuelas de disfunción según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. / F de com.	No se comunica		Código		Alt. Art.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	0	0	0	0	2	100	2	100
RML	0	0	0	0	0	0	0	0
RMM	0	0	0	0	0	0	0	0
RMP	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	2	100	2	100

Fuente original.

De 5 pacientes con otras secuelas de disfunción cerebral solo 2 tienen alteraciones en la comunicación. Un 40 %.

Tabla Nº 28: Forma de comunicación del total de 406 pacientes con secuelas de disfunciones cerebrales según su nivel intelectual.
I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

C.I. \ F de com.	No se comunica Nº	%	Código Nº	%	Alt. Art. Nº	%	Total Nº	%
N	0	0	2	9,1	20	90,9	22	100
RML	1	2,1	8	17,1	38	80,8	47	100
RMM	15	11,8	37	29,1	75	59,1	127	100
RMP	124	89,2	12	8,6	3	2,2	139	100
Total	140	41,8	59	17,6	136	40,5	335	100

Fuente original.

Quiere decir que de un total de 406 pacientes investigados, 335 tienen alteraciones de comunicación. Un 82,5 %.

Qué es la funcionalidad?

Para que la función motora normal logre movimientos exactos y hábiles se establecen permanentemente interrelaciones entre la actividad sensoriomotriz y las influencias sicológicas y emocionales que tienen que ver con su medio ambiente, su medio social.

Los niños con disfunciones cerebrales tienen alteraciones asociadas al trastorno motor: alteraciones perceptuales, sensitivas, sensoriales, mentales, etc..

La funcionalidad de un sujeto deviene de su propia acción sobre el medio, se estructura a través de la experiencia y con una cronología más o menos estable en todos los individuos.

Funcionalidad es la versatilidad de acciones apropiadas y eficaces que realiza cada ser humano.

La funcionalidad está relacionada con el concepto de rehabilitación que implica etimológicamente el sentido de hábil (de Habeo), es "el que tiene".

Para entendernos usaremos las siguientes definiciones:

- Miembros superiores funcionales: uno o ambos, cuando el paciente realiza acciones básicas y complejas en la forma que pueda, pero completando las funciones.
- Miembros superiores no funcionales : cuando las manos no constituyen órganos prehensiles por trastorno motor y/o mental.

Para investigar este aspecto en nuestros pacientes estudiamos el grado de independencia en las actividades cotidianas.

Englobamos aquí las actividades dedicadas al cuidado personal y otras de carácter general como abrir puertas, accionar interruptores, telefonear, colocarse anteojos, trasladarse, etc..

No vamos a entrar en detalles pero vamos a definir el grado de independencia según el cual nos valemos para esta investigación.

- El paciente no puede ejecutar ningún paso de las actividades cotidianas. Es dependiente de un asistente para todo. Puede necesitar o no equipamiento.
- Necesita asistencia para completar una actividad, solo realiza una parte de ella, es semidependiente.
- Realiza la actividad, pero necesita asistencia para terminarla. Es independiente con ayuda.
- Es independiente cuando ejecuta las actividades por sí mismo con la posibilidad de repetirlas.

Las actividades cotidianas son en definitiva la aplicación práctica de la funcionalidad alcanzada en una situación de la vida diaria real, de cómo se maneja el paciente en ella.

Se dan situaciones particulares, como por ejemplo la de aquel paciente que presenta dependencia total, pero maneja sus propios negocios.

O aquel con una paresia mínima, pero que dada su forma de comunicación y su desarrollo intelectual deficitario perturban todo contacto interhumano permaneciendo dependiente total.

Investigamos cada paciente y llegamos a estas conclusiones :

1.

1.1. Los pacientes con diplejía espástica y RMP dependen de un asistente, son custodiables.

1.2. Con RMM necesitan asistencia, pero pueden integrar una rueda de trabajo: ejecutar un paso de una tarea en trabajos protegidos con supervisión y tutela.

1.3. La mayoría de los pacientes con RML pueden realizar trabajos con supervisión.

1.4. Los pacientes con desarrollo intelectual normal podrán trabajar según su funcionalidad. En este caso 8 necesitan supervisión y otros deberán lograr actividades de tipo intelectual.

2.

2.1. Los 41 pacientes con diplejía espástico distónica y RMP son dependientes totales y custodiables.

2.2. Los 10 pacientes con RMM necesitan trabajos en rueda o cadena, repetitivos y con supervisión y tutela.

2.3. Los que tienen RML, pueden realizar trabajos con supervisión. La falta de funcionalidad puede determinar trabajos protegidos.

2.4. Los pacientes con desarrollo intelectual normal pueden trabajar, en algunos casos habrá que lograr actividades de tipo intelectual. La competencia está prácticamente descartada.

3.

3.1. Todos los pacientes con diplejía distónica y RMP son dependientes y requieren custodia.

3.2. La mayoría de los pacientes con RMM son custodiables. Dos de ellos pueden integrar una rueda de trabajo protegido, con supervisión y tutela.

3.3. Los pacientes con RML pueden trabajar con supervisión, 2 carecen de funcionalidad y necesitarán actividades de tipo intelectual.

3.4. Con desarrollo intelectual normal los pacientes podrán trabajar con cierta competencia. Los que carecen de funcionalidad deben lograr actividades de tipo intelectual.

4.

4.1. Todos los pacientes con diplejía hipotónica tienen RMP y son dependientes y custodiables.

5.

5.1. Los pacientes con tetraplejía espástico distónica y RMP son dependientes y custodiables.

5.2. Con RMM los pacientes son en general custodiables, y en algún caso podrán integrar ruedas de trabajo protegido con supervisión y tutela.

5.3. Dada la funcionalidad pobre o nula de los pacientes con RML deberán integrar rueda de trabajo con supervisión o realizar actividades de tipo intelectual.

5.4. En el caso de pacientes con desarrollo intelectual normal serán necesarias actividades de tipo intelectual, dada su escasa funcionalidad.

6.

6.1. Los 11 pacientes con tetraplejía espástica y RMP son dependientes y custodiables.

6.2. Los pacientes con RMM son dependientes y custodiables.

6.3. Los pacientes con RML son independientes y pueden trabajar con supervisión, salvo uno que deberá integrar rueda de trabajo por falta de funcionalidad.

6.4. Un paciente con desarrollo intelectual normal con falta de funcionalidad deberá lograr actividad de tipo intelectual.

7.

7.1. Todos los pacientes con tetraplejía hipotónica y RMP son dependientes y custodiables.

7.2. De 14 pacientes con RMM, 8 son dependientes y custodiables, 6 podrán integrar rueda de trabajo protegido con supervisión y tutela.

7.3. Todos los pacientes con RML podrán trabajar con supervisión.

7.4. Los 9 pacientes con desarrollo intelectual normal pueden trabajar. Son independientes.

8.

8.1. Con tetraplejía distónica y RMP hay un paciente dependiente y custodiable.

8.2. Los pacientes con RMM necesitan: uno custodia y el otro integrar rueda de trabajo protegido con supervisión y tutela.

8.3. Los 2 pacientes con RML son independientes y pueden trabajar con supervisión.

9.

9.1. Los 4 pacientes con ataxia y RMM pueden integrar rueda de trabajo protegido con supervisión y tutela.

9.2. Los 2 pacientes con RML pueden trabajar con supervisión o en tareas de tipo intelectual.

9.3. Un paciente con desarrollo intelectual normal es independiente y puede realizar cualquier trabajo.

10.

10.1. Los pacientes con paraparesia espástica y RMP son dependientes y custodiables.

10.2. Los 2 pacientes con RMM pueden integrar rueda de trabajo protegido con supervisión y tutela.

10.3. Los pacientes con RML son independientes y pueden trabajar con supervisión, 1 deberá lograr actividad de tipo intelectual.

11.

11.1 Un paciente con hemiplejía espástica izquierda y RMP es dependiente y custodiable.

11.2. De los 10 pacientes con RMM, 8 pueden realizar tareas en rueda de trabajo protegido con supervisión y tutela y 2 son custodiables.

11.3. Los 6 pacientes con RML son independientes y pueden trabajar con supervisión.

11.4. Los pacientes con desarrollo intelectual normal son independientes y pueden trabajar, salvo uno que deberá lograr actividad de tipo intelectual.

12.

12.1. Los pacientes con hemiplejía espástica derecha y RMP son dependientes y custodiables.

12.2. Los pacientes con RMM pueden integrar rueda de trabajo protegido con supervisión y tutela.

12.3. Los pacientes con RML pueden trabajar con supervisión, 6 deberán buscar actividad de tipo intelectual.

12.4. Los 23 pacientes con desarrollo intelectual normal son independientes y pueden trabajar.

13.

13.1 Los 5 pacientes con otros diagnósticos son independientes con desarrollo intelectual normal y pueden trabajar.

De lo que se desprende que las posibilidades de autovalimiento y laborales en pacientes con secuelas de disfunciones cerebrales dependen en gran parte del nivel intelectual y el grado de independencia en actividades cotidianas aliado a la funcionalidad de los miembros superiores.

Tabla N° 29: Tipos de trabajo a que acceden 406 pacientes con disfunciones cerebrales según su nivel intelectual. I.R.E.L. desde 1968 a 1986.

T.TRAB / C.I	CUSTOD		PROTEGIDO		CON SUPERV		NORMAL		INTELECT.		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
N	0	0	0	0	24	24,8	27	27,8	46	47,4	97	100
RML	0	0	0	0	53	68,8	0	0	24	31,2	77	100
RMM	40	44,9	49	55,1	0	0	0	0	0	0	89	100
RMP	143	100	0	0	0	0	0	0	0	0	143	100
Total	183	45,07	49	12,06	77	18,9	27	6,6	70	17,2	406	100

Fuente original

Concluyendo: de 406 pacientes investigados con secuelas de disfunciones cerebrales solo 27 están en condiciones de integrarse al sistema productivo compitiendo con personas sin alteraciones motoras ni mentales. Es decir: un 6,6%.

Los pacientes estudiados residen en Bahía Blanca y su zona de influencia.

En la práctica son muy pocos los que trabajan o estudian a pesar de que según las estadísticas el 18,9% puede trabajar con supervisión y el 17,2% puede lograr actividades del tipo intelectual como la computación. Asimismo un 12,06% puede realizar trabajos en talleres protegidos.

Resumiendo, de 406 pacientes, 223 (más de la mitad) está preparado para realizar algún tipo de trabajo.

La realidad es otra. En general para integrar a un discapacitado motor con o sin déficit intelectual, la tendencia en la sociedad es la de que sea lo más "normal" posible. La idea tradicional persiste aún en nuestros días. Se consideran incurables e intratables a ciertas patologías y se les imparte tratamiento asistencial, marginando así a estas personas del medio.

El porcentaje de estos pacientes que trabajan o estudian, es mínimo.

Esto tiene que ver con la impotencia familiar para alentar y acompañar al discapacitado, sumado a la falta de conciencia solidaria de la comunidad y la escasez de políticas acordes de educación.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

"UNA OPORTUNIDAD PARA LA INTEGRACIÓN"

T.O. Viviana G. Abba

Coordinadora del Taller Protegido Terapéutico Ubajay (AANE).
Rivadavia y 27 de febrero - Esperanza - Santa Fe - Argentina

T.O. Cora M. Rosi

Por entonces alumna practicante de T. O. en la División de Plazas, paseos y espacios verdes de la Municipalidad de Esperanza.
Aarón Castellanos 1543 - Esperanza - Santa Fe - Argentina.

La **Asociación Ayuda a Niños Especiales (AANE)** de la ciudad de Esperanza, Santa Fe, detecta la necesidad de brindar un servicio a los jóvenes egresados de la Escuela de Formación Laboral Nº 2094; surge así la inquietud de crear un taller protegido de producción, proporcionando un ambiente laboral en situación protegida, seleccionando las actividades de acuerdo a las capacidades de los posibles operarios y de acuerdo a las demandas del mercado local.

Comenzó a funcionar en octubre de 1991, como Taller Protegido de Producción hasta el año 1993, fecha en que por resolución de la Comisión Directiva de la AANE, de los padres y familiares de los operarios y del equipo técnico-profesional del taller, se reorientó la modalidad de trabajo pasando a funcionar como Taller Protegido Terapéutico.

Se fundamentó dicha resolución teniendo en cuenta los resultados obtenidos de las evaluaciones de la capacidad laboral del plantel de operarios y sobre el análisis de los programas laborales vigentes hasta esa fecha reflejando principalmente que:

- La modalidad de trabajo superaba las capacidades de los operarios.
- Existe un deterioro físico e intelectual marcado y que se agrava con la edad.

C4(89)

- La familia no acompaña en el proceso, evidenciando algunos de ellos signos de abandono, que empeoran el estado general.
- De un plantel de 15 operarios sólo 5 de ellos poseen capacidad para actividades que se desarrollan en Talleres Protegidos de Producción.

Conscientes de estas capacidades, y ante la imposibilidad de crear un Taller de Producción, por no contar la A.A.N.E. con suficientes recursos económicos, surge la posibilidad de la realizar unas pasantías laborales en la División de Plazas y Paseos dependiente de la Municipalidad local.

Todo comenzó con ocasión de una visita al Vivero Municipal, en donde nos interiorizamos sobre las actividades desarrolladas en dicho lugar, observando semejanza con las técnicas operativas empleadas en el programa de huerta orgánica del taller.

Esto originó una investigación detallada, a fin de conocer el plan de trabajo de la División Municipal de Plazas, Paseos y espacios verdes de la cual depende el vivero citado anteriormente, obteniendo como conclusión que los operarios estaban parcialmente capacitados.

Las alumnas practicantes de T.O. que se encontraban cumpliendo con el programa de prácticas profesionales IV, durante el segundo cuatrimestre de 1994, fueron las encargadas de realizar los análisis ocupacionales y fichas profesiográficas para luego mediante muestras de trabajo capacitar a los operarios derivados: Darío, Gabriel y Amelio, que presentaban falencias en el manejo de maquinarias específicas como la cortadora de césped a explosión y la motoguadaña.

Al comenzar las prácticas profesionales IV de T.O. (de verano), la alumna practicante Cora Rosi decide ser también, protagonista de esta nueva experiencia.

Paralelamente, la A.A.N.E. y profesionales del taller, tramitan ante el Honorable Concejo Municipal la autorización para realizar esta experiencia laboral en el ambiente competitivo, quien por resolución número 99 permite la realización de las mismas previa firma de contratos con los tutores, por un período de cuatro meses y con la condición que sean acompañados por una alumna practicante de T.O. o por personal del taller.

Se realiza una entrevista con la Jefa de la División Ing. Agrónoma Rita Widder para pautar con la Coordinadora del Taller y con la alumna practicante de T.O. Cora Rosi la modalidad general de trabajo. De la misma surgen inquietudes por parte de la jefa de la división, preguntando cómo tenía

que relacionarse, hasta qué punto exigir, sobre la comprensión de los operarios y otras dudas mezcladas con ansiedad y, por qué no, temor ante esta nueva experiencia.

La clarificación de todas estas inquietudes le permitió confiar en las capacidades de estos jóvenes y fomentar la conciencia de igualdad.

Las mismas se desarrollaron exitosamente; el primer mes a cargo del mantenimiento de distintas plazas y los tres meses restantes en el Vivero Municipal demostrando idoneidad en la realización de las tareas que les eran asignadas y necesitando muy pocos ajustes y/o adaptaciones, compartiendo el trabajo con otros empleados y manteniendo correctas relaciones con los encargados y jefes. Actualmente no solo cuentan con esta experiencia como antecedentes en sus curriculum, sino que además son posibles contrataciones periódicas según la demanda de la comunidad y de la misma municipalidad.

El hecho de que estos jóvenes pudieran ser propuestos para esta experiencia radica fundamentalmente en que sus familias los integraron desde el momento del nacimiento, motivándolos siempre a la independencia en todas las áreas (automantenimiento-productividad-esparcimiento) y que, junto a los profesionales, lograron que se desarrollaran en un ambiente de confianza en sus propias capacidades.

Como Terapistas Ocupacionales concluimos que nuestra función general dentro del ambiente laboral competitivo es:

Ejecutar programas de orientación, formación y ubicación laboral, para dar cumplimiento al objetivo final de la Rehabilitación Laboral, es decir, la integración de la persona con limitaciones al medio laboral y social.

Ampliando Horizontes

IV CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL

III SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santa Fe, 9 al 13 de Setiembre de 1995. Argentina.

INTEGRACION EN TRABAJO COMPETITIVO

(VIDEO)

EQUIPO TECNICO DE S.P.R.A.I: T.O. LILIANA IMWINKELRIED
T.O. LILIANA REVELLO
T.O. M.BELEN DI RUSSO
T.O. VIVIANA RAMOS SEGUI
PROF. GABRIELA CAPORIZZO
PROF. M.ALICIA ZARATE
SRA. ZULMA KAUFFMANN

EL PRESENTE VIDEO MUESTRA UNA PERSONA CON SINDROME DE DOWN TRABAJANDO EN UN PUESTO: ASISTENTE DE ODONTOLOGO EN UN CONSULTORIO ODONTOLOGICO. A TRAVES DEL MISMO SE OBSERVAN LAS DISTINTAS TAREAS Y LAS CAPACIDADES Y DESTREZAS DESARROLLADAS PARA / EL DESEMPEÑO EN EL MISMO. EL ODONTOLOGO (EMPLEADOR) TAMBIEN / EFECTUA SU RELATO DESDE LA VIVENCIA DE ESTA EXPERIENCIA.

C4 (90)

157

P O S T E R S

POSTER 1 "Prevenciones". Exposición de trabajos de alumnas en 1er. año. Cátedra de T. O.1 1993 /94. U. N. de Mar del Plata.

POSTER 2 "Interpretación de las etapas normales del juego aplicando el Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner".
Exposición de trabajos de alumnas en 1er. año Cátedra de TO 1. 1993.U. N. de Mar del Plata.

POSTER 3 "Terapia Ocupacional en Minoridad"..
T.O. María de los Angeles Cabral.
T.O. Marcela D'Angelo.
T.O. Viviana Pradolini.
T.O María Elena Tiscornia. Santa Fe.

POSTER 4 T.O. en el Hospital de Niños "José María Gutierrez". Santa Fe.
T.O. Cecilia Paillet.
T.O. Adelita Pérez Otero. Santa Fe.

POSTER 5 P.A.A.N.E.T.:"Programa de Apoyo y Asistencia a niños con Enfermedades terminales".
T.O. Silvina Oudshoorn. Mar del Plata.

POSTER 6 "El lenguaje de los Materiales".
T.O. Silvina Oudshoorn. Mar del Plata.

POSTER 7 "T.O. Un texto. Funciones"
T.O. Liliana Paganizzi. Bs. As.