

***MESAS DE
COMUNICACIONES CIENTÍFICAS***

SALUD MENTAL ADULTOS

SISTEMA PENITENCIARIO

MESA 1

TITULO

“PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL CON INTERNOS ADICTOS EN CÁRCELES”

**Ministerio de Justicia/Pcia de Buenos Aires
Secretaría de Conductas Adictivas y Uso Indebido de Drogas
Ministerio de Gobierno - Secretaría de Justicia - Servicio
Penitenciario Bonaerense**

AUTOR: LIC. T.O ROBERTO GÓMEZ PINEDA

E-MAIL: Claurob@COM4.COM.AR

**INSTITUCIÓN: Ministerio de Justicia /Secretaria de Conductas
adictivas y uso Indebido de DrogasCalle 6 y 35 N°324
Ciudad La Plata Provincia Buenos Aires País: Argentina
Teléfono: 02225-498250.**

Introducción:

En Terapia Ocupacional la planificación de los programas debe estar basada en las necesidades de los pacientes; si las necesidades son develadas, los objetivos podrán ser alcanzados

El Programa De Rehabilitación OCUPACIONAL con pacientes drogadependientes en cárceles que se viene desarrollando en la Comunidades Terapéuticas y en tratamiento ambulatorio se centra en algo tan obvio como las ocupaciones del hombre y sus interrelaciones, las cuales a veces resultan difíciles de comprender y manejar por ser muchos los factores que intervienen en su dinámica.

Dicho programa que se desarrolla desde junio del año 1999 posee Modelos, Evaluaciones, Objetivos e Intervenciones propias de la profesión de Terapia Ocupacional.

El programa fue elaborado para brindar oportunidades de práctica competente y desarrollar habilidades que permitan la participación en roles y también para apoyar una rutina satisfactoria que posibilite la socialización de acuerdo a requerimientos culturales.

Este programa se diseña para mantener y favorecer la salud, resaltando los aspectos positivos de las personas, su capacitación, los talentos e iniciativas personales y para aumentar los niveles de salud ocupacional.

El programa de rehabilitación psicosocial se basa en el **Modelo De Ocupación Humana**¹ y resalta las ventajas de mejorar la calidad de vida de las personas que sufren del uso y abuso del consumo de drogas, por lo tanto, su sustento único implica conservar la dignidad de la persona y sus derechos.

Desarrollo

El programa preventivo y asistencial en Conductas Adictivas y Uso Indebido de Drogas que impulsa el Servicio Penitenciario Bonaerense (S.P.B) es un modelo de tratamiento para las adicciones en general y de los trastornos relacionados con sustancias, en particular. Su gestión se realiza mediante la participación de un organismo técnico específico: la Secretaría de conductas adictivas del S.P.B. El objetivo básico de su organización es el despliegue de acciones preventivas y de rehabilitación para el interno y su familia.

La Secretaria de Conductas Adictivas fue creada el 15 de abril de 1993 y elevada al rango de Dirección en el año 1997 mediante la Resolución Nro. 3905. Los fundamentos de su existencia

¹ Dr. Gary Kielhoner, profesor del Department of Occupational Therapy University of Illinois at Chicago

radican en los requerimientos de la **Ley Nacional De Estupefacientes 23.737** y en el aumento de los delitos relacionados con las drogas.

El programa ofrece la asistencia de un **equipo interdisciplinario** donde intervienen: médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, sociólogos, terapeutas ocupacionales, operadores socioterapéuticos, musicoterapeutas, psicopedagogos, profesores de educación física, profesores de capacitación laboral, Oficiales y Suboficiales con capacitación técnica en drogadependencia

El perfil de los internos alojados en cárceles:

En la población censada esta formada por 13% en la fase de ADMISION al programa de tratamiento, el 62% a la fase I Tratamiento y con un 25% a la ultima fase II de Reinserción Social, que esta dado a personas próxima a su salida a con salidas transitorias.

Se puede concluir que lo más frecuente es que el 50% de los internos encuestados se encuentran en la fase I Del Programa Residencial

Los jóvenes que delinquen por estar bajo consumo de sustancias psicoactivas representan una media de 24 años de edad. El 25% de la muestra encuestada tiene como máximo 21 años, es decir en su mayoría son poblaciones jóvenes encontrándose un pequeño sector con una edad superior a los 27 años. También podemos decir que el 50% CENTRAL de los presos representativos de la caja Box -plot están en este tratamiento tienen una diferencia de edad de 5,26 años / 6 años entre los que más tienen y los que menos edad tienen

En cuanto a la variable cantidad de hijos se puede concluir según muestra encuestada, que **el 83%** de los internos tiene hasta 2 hijos solo el **16,6%** tiene 3 hijos. Lo más frecuente es que **no tengan hijos**. El 100% de los encuestados continúa sus estudios primarios o secundarios.

El programa cuenta con escuela Primaria y Secundaria y asisten según su nivel de interés a la escuela inscribiéndose por propia elección al principio del ciclo lectivo. Lo más frecuente es que posean el secundario Incompleto. El 25% posee como máximo primaria incompleta y el 75% restante como mínimo la Primaria Completa. El 50% de los censados para la muestra tienen como máximo secundaria incompleta. Dentro de la muestra solo se ha encontrado el 4,1% con secundario completo

Los residentes del Programa de rehabilitación Psicosocial en su mayoría son solteros o están en concubinato arrojando datos bimodales en un **45,85%** y solo el **4,19%** están casados si bien esta es una variable representativa del comportamiento de los jóvenes frente al casamiento también podemos inferir en una lectura centrada en su perfil psicopatológico que poseen escasos marcos

de legitimación en torno a sus afectos, ya que **el 46%** casi la mitad de los internos están en concubinato, con dificultades para legitimar el grado de parentesco con sus hijos.

La modalidad de tratamiento asistencial es de residencia en COMUNIDADES TERAPÉUTICAS y AMBULATORIAS, lo que ofrece un marco social adecuado mediante grupos de ayuda mutua y asistencia de un equipo profesional y técnico permitiendo una armónica rehabilitación de las conductas adictivas.

Los grupos están separados de la población general de los establecimientos penales con el fin de resguardarlos y favorecer el mejor control de la abstinencia y la correcta aplicación de todas acciones dirigidas a la rehabilitación buscada.

Los diseñadores del programa abren su propuesta a toda la población carcelaria afectada por este padecimiento quienes, cumplimentando los **Criterios de Admisión**, pueden acceder voluntariamente a las distintas alternativas que el sistema propone.

La familia se incorpora activamente en el proceso de cura, restableciendo los vínculos afectivos y comunicacionales necesarios para una efectiva reinserción social.

La oferta asistencial contempla un servicio que abarca aspectos psico-biológicos y socio-educativos.

De esta manera el accionar interdisciplinario es uno de los pilares que sustentan la tarea rehabilitadora que se pretende.

Los programas de terapia ocupacional están diseñados para cubrir todas las fases del tratamiento y resultan una perspectiva para la intervención con internos adictos en cárceles, los programas se encuentran parcelados en tres grandes bloques:

1. FASE DE ADMISION

Adquisición del desempeño ocupacional

2. FASE DE TRATAMIENTO

Desempeño ocupacional de residentes

3. FASE DE REINSENCION SOCIAL

Adquisición del logro ocupacional

Para realizar estos programas de terapia ocupacional se realiza previamente un Proceso continuo de Evaluación de la Función Ocupacional de esta manera el Programa de T.O brinda asistencia psicosocial para los internos y su familia.

Conclusiones

En poblaciones carcelarias, las personas tienen su autoestima altamente dañada y se debe intentar restaurar alguna comprensión del significado, algún apego a valores, alguna normativa para la vida diaria. La Terapia Ocupacional es un proceso negociativo en el que se busca arbitrar entre los contextos desorganizados de nuestros pacientes y los contextos exteriores que manipula para que tengan un significado. “Las situaciones que creamos y las tareas, oportunidades, desafíos y celebraciones que proveemos son las dimensiones de nuestro arte”. Kielhofner G. (1983)

Es por ello que los programas de terapia con internos adictos en cárceles deben comprometerse en la técnicas y estrategias de intervención enmarcada por un clima empaticante y validante, que permitan a las personas adictas en cárceles la consecución y mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados, que potencien la creación de espacios donde el paciente pueda experimentar el logro y la competencia personal, en colaboración con otras personas (pares ,profesionales, familiares) en la consecución de las metas. Sin duda el Modelo de Ocupación Humana (M.O.H.O) proporciona un marco teórico y de intervención que facilita la orientación y dinámica para el desarrollo de estos programas de terapia ocupacional

Referencias Bibliográficas

- Barris,R. ,Oaskly,F. , & kielhoner,G. (1988) The Role Chelist. In. B. Hemphill (Ed.)
- Burke, J. (1977) The American Journal of Occupational Therapy. Vol 31 nro 4 Mental Health Assessment in Occupational Therapy. Thoroface, NJ: slack
- Gómez Pineda (2000),”Programa Asistencial a drogadependientes en cárceles desde Terapia Ocupacional” en Revista de la Asociación Argentina de terapeutas Ocupacionales Capital Federal pp.12-18.
- Gómez Pineda “Rehabilitación psicosocial con personas adictas en cárceles desde Terapia Ocupacional” (2001) en WWW.programacambio.org.ar.
- Goti Elena: “La Comunidad Terapéutica” un desafío a la droga Edit. Nueva Visión 1997 Buenos Aires
- De las Heras, C. (1994) “Rehabilitación y Vida. Modelo de la Ocupación Humana” Editado por Reencuentros, Chile
- Haya, Krause (1991) “Psychoeducational Groups for Patients whit Schizophrenia”Bloom Maryland . U.S.A
- Hopkins. Smith. (1998) Terapia Ocupacional (8va.Ed.) Edit. Medica Panamericana. Madrid
- Kaplan,K. (1988) Directive Group Therapy: Innative Mental Health treatment .Trorofare . N.J. Slack. Inc. USA
- Kaplan, K. Sadock. (2000) Sinopsis de Psiquiatria. (8va.Ed.) Edit. Medica Panamericana. Madrid
- Kielhofner. G (1995) A Model of Human Occpation: Therapy and Application Slacks.(2da Ed.) Baltimore, MD: Williams & Wilkins
- Ley N° 23.737 “Teneciencia y Trafico de Estupefacientes”
- Ley Nª 24.660 “Ejecucion de la Pena Privativa de la Libertad”.
- Ley Nª 12. 256 “De Ejecucion Penal Bonaerense”
- Rodriguez, J.Carrillo M. (1998) “Tecnicas de Modificacion de la Conducta” edit. Biblioteca nueva, S. L , Madrid .
- Rogers, J. (1988) The NP1 Interest Chelist. In. B. Hemphill (Ed.) Mental Health Assessment in Occupational Therapy. Thoroface, NJ: slack

- Ruiz , M.A. (1993) Técnicas Cognitivas y terapias cognitivas-conductuales” Edit .Fundacion Empresa Madrid

Agradecimientos

Agradezco al Secretario de conductas Adictivas y uso indebido de drogas, Dr. Maggiora al coordinador del centro de tratamiento GUSTAVO GASPARINI, quien con su apoyo y sugerencias hicieron posible la realización de los proyectos de Terapia ocupacional de la Unidad penitenciaria 23. Y les dedico este trabajo a aquellas personas que se encuentran inmersas en la lucha de la rehabilitación del flagelo de la droga.

TITULO:

**“REINSERCIÓN LABORAL DESDE UNA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN LA CÁRCEL”**

AUTORA:

LIC. T.O. CECILIA INÉS CAPURRO

E-Mail: nbari@cibergamo.com

INSTITUCIÓN:

Servicio Penitenciario Bonaerense, U.P. N° 17.

Lisandro Olmos, La Plata, Bs As, Argentina.

Calle 52, entre Ruta Prov. N° 36 y calle 197.

Tel: (0221) 496-1048/2807

Resumen:

Experiencia laboral realizada desde el año 2000 en la Unidad Penitenciaria N° 17 de Lisandro Olmos, La Plata, dependiente de la Secretaria de Conductas Adictivas del Servicio Penitenciario Bonaerense, la cual está destinada como centro de Admisión y Tratamiento de conductas adictivas de internos que ingresan al programa. Se plantea la inserción de Terapia Ocupacional para la asistencia de sujetos atravesados por la adicción y el delito, dentro de una Comunidad Terapéutica y a su vez enmarcada por la reglamentación de una Institución de Seguridad, mediante la observación y evaluación realizada desde nuestra disciplina de las características de personalidad y desempeño ocupacional que presentan los residentes, la cual determinó la importancia del Abordaje de la problemática laboral de los mismos, durante la etapa en que se encuentran en la fase II de Tratamiento, dedicada a la reinserción social. A fin de lograr el objetivo planteado, se propone la implementación de un sistema organizado, coordinado y rotativo para cubrir los distintos puestos de trabajo que requiere la Unidad para el funcionamiento y mantenimiento interno de la misma. Logros observados en los residentes, a partir del trabajo realizado desde T.O. en el área laboral fueron los siguientes: han logrado definir e identificarse con una ocupación, resolver situaciones conflictivas de una manera diferente y sostener la responsabilidad en el tiempo. Han presentado una mejor adaptación a las exigencias del medio, favoreciendo su desempeño ocupacional en las distintas tareas asignadas, determinar cuales son sus intereses y conocer sus capacidades, habilidades y destrezas.

Pero por sobre todo se ha logrado quebrar y modificar el significado del trabajo dentro del contexto carcelario, permitiendo la intervención y el abordaje sobre la problemática específica que surge en el desempeño laboral, y ampliar la cantidad de recursos y herramientas disponibles para lograr una reinserción laboral favorable

Desarrollo:

En Octubre del año 1999 se inauguró en la UP N°17, de Lisandro Olmos, La Plata, una Comunidad Terapéutica (CT) dependiente de la Secretaria de Conductas Adictivas del Servicio Penitenciario Bonaerense, destinada como centro de Admisión y Tratamiento para la asistencia de personas privadas de su libertad con problemática adictiva, ingresando al programa internos de 18 a 30 años, con delitos menores. El equipo asistencial multidisciplinario esta formado por Psicólogas, Operadores Socio-Terapéuticos, Asistente Social, Prof. De Educación Física, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Expresión Musical, Médicos, Enfermeros, y Odontólogas. La CT esta dividida en tres fases, Admisión en la cual durante 30 días se evalúa desde las diferentes disciplinas a cada interno para determinar la posibilidad de ingresar al programa y la modalidad del mismo; Tratamiento Fase I durante el cual se interviene directa y específicamente sobre la problemática adictiva del sujeto, con la incorporación de las herramientas y pautas comunitarias, y Tratamiento Fase II donde luego de una evolución favorable durante el tratamiento, se trabaja específicamente sobre su reinserción social, y es en esta ultima etapa en la que se desarrolla el abordaje desde T.O. para la reinserción laboral; sin dejar de tener en cuenta, que los proyectos laborales de un sujeto, están inmersos dentro de un marco general de un proyecto de vida que establece la persona.

El propósito de este trabajo es compartir una experiencia profesional, y abrir un espacio para pensar de un modo diferente, como se inserta T.O. dentro de este contexto nuevo, como campo de exploración, en el cual es necesario articular nuestra base teórica profesional, con las normativas que definen una Comunidad Terapéutica y a su vez dentro del marco reglamentario de una Institución de seguridad como es la Unidad Penitenciaria.

La población que asistimos desde el programa, la cual esta atravesada por la adicción y el delito, ha llevado hasta el momento una vida desorganizada en su cotidianeidad, sin proyectos de vida saludable; comenzando proyectos que terminan en el fracaso, por la imposibilidad de identificación y elección de una ocupación, que lo lleva a cambiar constantemente, no logrando finalizar o sostener dicha actividad y generándole así una sensación de frustración, falta de confianza en si mismo y el desconocimiento de cuales son sus habilidades, capacidades, destrezas y de su poder de aprendizaje para sortear dichos obstáculos; por lo cual desde Terapia Ocupacional, se intenta convertir dichos hábitos en proyectos concretos, que reflejen su identidad como sujeto, con su singularidad y particularidad que lo definen en su hacer.

La problemática adictiva interfiere en la elección, desempeño y desarrollo de una ocupación, entendiendo como desempeño ocupacional, la capacidad de la persona para adaptarse y generar respuestas adecuadas frente a las exigencias del medio, en este caso frente a una actividad productiva, por lo cual se deduce que el área Laboral es uno de los aspectos fundamentales a trabajar durante el tratamiento de la adicción, dado que es una parte importante para la reinserción del sujeto a nivel social-familiar, desde la posibilidad de sostenerse económicamente mediante el generar proyectos que le permitan identificarse y definirse como tal.

La participación en actividades laborales y/o productivas le brindan al residente la posibilidad de experimentar, aprender, elegir, realizar, y sostener una tarea que puede dar origen a un oficio o profesión, utilizándola como herramienta para el conocimiento de la actividad, y el desarrollo de destrezas, habilidades y capacidades para poder llevar a cabo la tarea en forma eficaz y eficiente, con el cumplimiento de los requerimientos de la misma.

A fin de lograr lo planteado anteriormente, es necesario acordar con los diferentes directivos de seguridad, para poder establecer distintos puestos de trabajo que cubran las necesidades de la Unidad y que nos permitan brindar una mayor oferta en cuanto a experiencias laborales; implementando un sistema organizado, coordinado y rotativo para el cumplimiento de las mismas. De esta manera se le da al residente la posibilidad de experimentar tareas ocupacionales con pautas bien estipuladas en cuanto a horarios, distribución y realización por parte del grupo, que posibilite un crecimiento en cuanto al conocimiento, desempeño, compromiso y sostenimiento de las actividades. Mediante el pago del peculio del régimen penitenciario, se le brinda además una retribución al trabajo realizado, generando así una situación similar a una relación laboral competitiva, lo cual nos permite intervenir sobre las dificultades que surgen durante su desarrollo, a fin de favorecer y mejorar el desempeño ocupacional de cada uno de los residentes en las distintas tareas laborales que se le asignan, sobre lo cual se realiza una evaluación general, como también el control y seguimiento del cumplimiento de las mismas.

Es importante que el sistema sea **ORGANIZADO:** con el fin de cubrir todas las áreas y actividades que requiere la Unidad para su funcionamiento y mantenimiento, brindándole a los residentes una estructura de ordenamiento de las responsabilidades y tareas pautadas para cada uno de ellos, posibilitando el funcionamiento general de todo el grupo en una actividad laboral, que se asemeje a la participación dentro del organigrama de un trabajo competitivo.

COORDINADO: tanto en forma externa como internamente al grupo. Para lo cual es necesario

establecer un cronograma de distribución de actividades para todos los residentes, acordado por las diferentes áreas que participan dentro de la Unidad, a fin de cubrir la demanda y los objetivos terapéuticos necesarios a trabajar en cada caso. Y desde el grupo, realizar intervenciones y el acompañamiento necesario para lograr una buena interacción entre los residentes, a fin de consolidar un buen trabajo en equipo por parte del mismo, para obtener una adecuada resolución de factores internos o externos que influyen o interfieren en el desarrollo del cronograma establecido. **Y ROTATIVO:** a fin de brindar a cada uno de los residentes la posibilidad de experimentar, conocer y aprender una gran variedad de actividades que pueden dar lugar al desarrollo de intereses, dado que cada puesto posee requerimientos específicos a cumplir que caracterizan su desempeño ocupacional, y cuyos conocimientos pueden ser utilizados como una herramienta para ofertar y obtener un puesto de trabajo rentable durante su reinserción en el afuera, teniendo en cuenta la escasez de recursos que posee la población con la que trabajamos.

Los puestos asignados desde el área de Trabajo son apoyados por un espacio grupal que se realiza semanalmente coordinado por la T.O., en el cual los residentes expresan y comparten con sus compañeros las dificultades que se le presentan en el cumplimiento de los mismos o proyectos, expectativas y miedos que surgen en su proyección hacia el afuera, logrando un espacio terapéutico de contención, acompañamiento y orientación en base a los temas tratados.

A modo de **conclusión** se pudo observar que con la implementación del sistema propuesto, los residentes han logrado definir e identificarse con una ocupación, resolviendo las situaciones conflictivas de una manera diferente y sostener la responsabilidad en el tiempo. Han presentado una mejor adaptación a las exigencias del medio, lo cual ha favorecido su desempeño ocupacional en las distintas tareas asignadas, logrando determinar cuales son sus intereses y conociendo sus capacidades, habilidades y destrezas dándoles una mayor confianza en si mismos, lo que les ha permitido proyectarse en el tiempo, al llegar a un resultado que le dé satisfacciones, y poder así construir un proyecto de vida a futuro que se refleja en el afuera con su reincorporación al medio familiar, comunitario, social y laboral.

Pero por sobre todo se ha logrado quebrar y modificar el significado del trabajo dentro del contexto carcelario, lo que nos ha permitido intervenir y abordar sobre la problemática específica que surge en el desempeño laboral del sujeto, logrando así proyectarse hacia el afuera, a través de la similitud de situaciones, y consolidar los logros obtenidos; como también ampliar la cantidad de recursos y herramientas disponibles para lograr una reinserción laboral favorable.

Bibliografía

- Carmen Gloria De Las Heras, 1998. “Manual: Rehabilitación y Vida. Modelo de Ocupación Humana”. Comisión Organizadora de Seminarios y Cursos de Post Grado de la Carrera de T. O. Universidad Nacional de Quilmes, Dto de Ciencias Sociales.
- Willard/ Spackman, 1993. “Terapia Ocupacional, 8va Edición” Unidad VII, Cap 17 Sección 2, 578-583.
- Cuerpo Docente del Plan Nacional para la Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas, Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación, 1999. “Manual de Instrucción para la Lucha contra el Narcotráfico, para auxiliares superiores operativos”. Impresiones Sud America (Capital Federal)
- María Elena Goti, 1990. “La Comunidad Terapéutica, un desafío a la droga”. Ed. Nueva Visión (Buenos Aires)
- Jesús Valverde Molina, “La Cárcel y sus Consecuencias, la intervención sobre la conducta desadaptada”. 2da Edición. Editoria Popular (Madrid)
- Jefatura del Servicio Penitenciario de la Prov. Bs As y Secretaría de Conductas Adictivas, 1996. “Programa Preventivo y Asistencial en Conductas Adictiva y Uso Indebido de Drogas” Pcia Bs As, Ministerio de Gobierno, Sria de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Prov. Bs As, Servicio Penitenciario.
- Ley 12256 de Ejecución Penal Bonaerense. 1999. Dirección de Impresiones del Estado y Boletín Oficial de la Prov. de Buenos Aires.
- Programa Cumelen, 2000 “Diseño y Desarrollo de un Plan de Tratamiento en C-T. (su evolución)” pag-web: programacumelen.org.ar
- B. Bulacio, A. Calabrese, H. Catani, S. Julio, C. Rapoport, L. Rivera, N. Vallejo. “El problema de la drogadicción. Enfoque interdisciplinario” Ed Paidós. 169-176.

**TITULO: “ALCANCES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN
CARCEL PSIQUIATRICA”**

AUTORA: LIC. GLADYS REARTE

E-mail: gladysrearte@hotmail.com

**COLABORADORAS: Lic. CECILIA BARBERO, Lic. VANINA
FEVOLA, Lic. ANDREA URALDE**

**INSTITUCIÓN : Servicio Psiquiátrico Central de Varones Unidad
20. Servicio Penitenciario Federal**

Resumen

Este trabajo se realizó teniendo como objetivos el dar a conocer, compartir y debatir, con la comunidad científica de terapeutas ocupacionales, los logros alcanzados por la profesión en un ámbito penitenciario.

Partiendo de la premisa, que dicho campo laboral, no se encuentra dentro de los tradicionales espacios del desarrollo de terapia ocupacional.

El mismo se desarrolló en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones, Unidad 20, dependiente del Servicio Penitenciario Federal. La Unidad 20 aloja a detenidos de sexo masculino, mayores de edad, con problemática psiquiátrica.

El desarrollo de este trabajo se basa en la intervención desde terapia ocupacional, en el área productiva laboral y los logros alcanzados con los individuos asistidos.

Se tomaron como experiencia de campo, las tareas desarrolladas desde esta área en un período de tiempo de doce meses.

Introducción:

La Sección de Terapia Ocupacional de la Unidad 20, esta a cargo de un agente penitenciario, profesional matriculado (en dicha especialidad con título oficial), del escalafón profesional, subescalafón sanidad. Tiene como función: 1.- Coordinar todo lo inherente al funcionamiento de los distintos espacios terapéuticos de la Sección (área de terapia ocupacional asistencial, área productiva, área académica), 2.- Registrar en libro autorizado para tal fin, los movimientos de los internos-pacientes que son asistidos en forma diaria y novedades, 3.- Confeccionar informes mensuales de aquellos internos-pacientes que son asistidos desde la Sección, no importando el tipo de modalidad, 4.- Realizar estadísticas relacionadas a las atenciones efectuadas por la Sección y 5.- Promover y coordinar el área académica (vinculada con la realización de prácticas de pre-grado, pasantías y producción teórica).

Desde el quehacer constante en el área de terapia ocupacional asistencial, se fue generando la necesidad de optimizar la asistencia, brindándoles a los internos-pacientes alojados en la unidad, aportando el surgimiento de otro espacio terapéutico vinculado con el trabajo, como una instancia distinta, con objetivos propios para la elaboración de las disfunciones psicosociales que los internos-pacientes cuentan en esa área vital.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN: La población alojada en instituciones carcelarias, presentó una conducta delictiva, motivo por el cual se encuentra institucionalizada. Por lo cual, se puede inferir que su comportamiento es antagónico con el de la sociedad, no respetando normas y leyes, teniendo como consecuencia conductas de tipo antisocial. Otra característica de esta población es el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol. En la Unidad 20, nos encontramos con lo mencionado anteriormente, y con la característica particular, de ser una unidad asistencial en el campo psiquiátrico, lo que agrega las características de las patologías psiquiátricas a los alojados en la unidad, siendo estos de sexo masculino y mayores de edad.

MARCO TEORICO DEL AREA PRODUCTIVA: Los fundamentos teóricos sobre los cuales se desarrolló esta área es el Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner – Burke y Terapia de Actividad de Mosey. Partiendo de la importancia fundamental, que es la recuperación o aprendizaje del rol ocupacional. Siendo el objetivo principal desde esta óptica, la capacitación de los individuos, para organizar sus comportamientos ocupacionales, para que los ciclos adaptativos sean aprendidos o restaurados. Partiendo de la creencia de que muchos problemas de salud mental son el resultado del fracaso en el aprendizaje para funcionar en la comunidad.

AREA PRODUCTIVA: En el mes de octubre de 2001, la Sección de terapia ocupacional en forma conjunta con la División Administrativa de la unidad 20, elaboró un proyecto de realización de talleres de producción. Dicho proyecto, contando con el aval de las autoridades de la Unidad, es elevado al ENCOPE (Ente Cooperador Penitenciario), cuya función es la de administrar y financiar a los talleres productivos de las unidades carcelarias dependientes del Servicio Penitenciario Federal.

El mencionado proyecto fue aceptado y el 13 de diciembre de 2001, se inicia el trabajo en esta área específica. Dicha área comenzó a funcionar contando con un taller de velas y jabones de glicerina, con la participación de diez internos-pacientes. En el mes de julio de 2002 se organiza el taller de cerámica, siendo derivados cinco internos-pacientes del grupo inicial.

OBJETIVOS DEL AREA PRODUCTIVA: 1.- Adquirir hábitos laborales: cumplir horarios, respetar normas, trabajar en equipo, seguir una secuencia de instrucciones, recibir órdenes y respetarlas, recibir un peculio. 2.- Adquirir el rol de trabajador y el de compañero de trabajo, adquirir confianza en sí mismo, aumentar su autoestima (ya que el trabajo realizado es valorado no solo por la institución sino también por la sociedad), satisfacer sus necesidades personales y familiares (por el peculio recibido), tomar decisiones y resolver problemas, aumentar la tolerancia a la frustración y a la actividad, disminuir el ocio, mejorar su aseo personal.

INCORPORACIÓN DE INTERNOS-PACIENTES AL AREA PRODUCTIVA: Se tiene como requisitos: 1.- Haber asistido a los grupos de terapia ocupacional asistencial, 2.- Estar autorizado por la División Seguridad Interna y Externa, 3.- Estar autorizado por la División Administrativa, 4.- Estar autorizado por las distintas Secciones de la División Cuerpo Profesional, 5.- No haber tenido comportamiento agresivo en los grupos, 6.- No encontrarse alojado en la celda individual de tratamiento y 7.- No estar con orden de resguardo de la integridad física dictaminada por el Juez de la causa. Una vez seleccionado un interno-paciente y no habiendo encontrado ningún inconveniente en su incorporación al área, formalmente se inicia un expediente con su solicitud, para luego ser elevado a las distintas secciones asistenciales, siendo registrado en el legajo judicial del interno-paciente causante. A su vez se realiza una entrevista individual en donde se le informa sobre el trabajo a realizar, funcionamiento del área, normas a cumplir y derechos adquiridos.

METODOLOGÍA: En un comienzo se desarrollaron las ocupaciones del área los días martes (mañana), miércoles (tarde) y viernes (tarde), en un tiempo prefijado de dos horas, dependiendo éste de las demandas de los productos elaborados. Los grupos estaban integrados por diez internos-pacientes. Estos luego se dividieron en dos grupos, formándose el taller de producción

de cerámica, supervisado por un agente penitenciario dependiente de la coordinación del área, funcionando los días lunes, martes miércoles y viernes por la tarde.

Se establecieron normas a cumplir para el buen funcionamiento del área, las mismas son las siguientes: 1.- No violencia verbal o física, 2.- No dañar elementos, herramientas o instalaciones del área, 3.- No llevarse elementos y/o materiales del área sin previa autorización, 4.- No utilizar el espacio de producción como lugar de recreación y 5.- No tomar mate, ni cocinar o comer en dicho espacio. El incumplimiento de las mismas, será tratado por la coordinación, pudiendo ser desafectado del área productiva, en forma temporal o definitiva.

Para el desarrollo de esta área, se cuenta con dos espacios ubicados en la planta baja, con buena ventilación, con iluminación artificial y natural, con mobiliario adecuado, contando con agua corriente, con instalación de gas y con un horno de cerámica instalado. En cuanto a las herramientas utilizadas por el área se encuentran 4 tijeras, 3 trinchetas o cortantes (uno grande, dos chicos), 14 elementos metálicos para la inserción de pabilos, moldes (de yeso, de plástico), reglas, estecas, pinceles, lijas, cacerolas, trapos y elementos de limpieza. Este espacio así mismo contó con la colaboración de practicantes de la carrera de terapia ocupacional, que se encontraban desarrollando sus practicas de pre-grado en la unidad 20, y de dos pasantes de la misma carrera.

CARACTERÍSTICA GRUPAL: La dinámica grupal fue afecta por distintas variables, los integrantes de los grupos fueron afectados, surgiendo cambios, algunos determinados por causas internas y otros por causas externas. Motivaciones de causas externas: termino de la condena, reintegro a su unidad de origen, salida por orden judicial a una comunidad terapéutica y/o clínica psiquiátrica. Motivaciones de causas internas: descompensaciones, auto-agresiones y/o hetero-agresiones, el no cumplimiento de alguna de las normas del área.

Conclusiones: En el período observado, desde el inicio del área productiva, 13 de diciembre de 2001 hasta el mismo mes del año 2002. Se pudo llegar a inferir, que este espacio diferente es valorado por los internos-pacientes ya que, si bien sufrió cambios en los integrantes dados por causas externas, solamente hubo dos casos por causas internas. Siendo uno de ellos por sufrir una descompensación psiquiátrica, con conductas auto-agresivas (apareciendo estas en el sector de alojamiento). En el segundo caso, se lo expulsó por no cumplir con las normas (extrajo un elemento sin autorización), incorporándolo luego al área de terapia ocupacional asistencial. Este espacio ha sido y es en la actualidad, valorado por las autoridades de la unidad, que permitieron el desarrollo del mismo y la coordinación por parte de la Sección de terapia ocupacional, causa

diferencial, ya que en otras unidades, los talleres de producción se encuentran a cargo de maestros.

Por lo tanto, teniendo en cuenta las características de los alojados en la unidad 20, el tiempo observado, encontramos que los resultados alcanzados son altamente satisfactorios.

Bibliografia:

KATHLYN L. REED, PH D, OTR, 1984 “MODELS OF PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY”

SPACKMAN, 1998 “TERAPIA OCUPACIONAL”

AGRADECIMIENTOS:

A nuestras familias, amigos y novios. En especial a Alejandro e Ignacio.

Al Señor Alcaide Mayor Dr. Favio Choque, que en su función de Subdirector de la Unidad, confió en el buen desenvolvimiento de la Sección, permitiéndonos el desarrollo de nuestro quehacer, siendo este un campo diferente a los acostumbrados

Al Señor Subprefecto Héctor Corredera, Director de la Unidad, quien junto con su antecesor el Señor Subprefecto Enzo Gómez, autorizaron la realización del proyecto.

A la División Administrativa de la Unidad por apoyar este trabajo.

A la División Seguridad Interna y Externa, que apoyó y colaboró con los movimientos de los internos-pacientes participantes.

Al Señor Alcaide Mayor Roque Adam López, Subdirector de la Unidad, que autorizó la presencia de este trabajo en el Congreso.

A todo el personal de la Unidad y a los internos-pacientes participantes del área productiva, quienes con su hacer, nos permitieron elaborar este material.

**TITULO: “ÁREA PRODUCTIVA EN CARCEL
PSIQUIATRICA”**

AUTORA: LIC. GLADYS REARTE

E-MAIL: gladysrearte@hotmail.com

**INSTITUCIÓN: Servicio Psiquiátrico Central de Varones Unidad
20. Servicio Penitenciario Federal**

Resumen:

Para la realización de este trabajo, se tomó como objetivo principal, si la Hipótesis sobre la cual se desarrolló el área productiva era verificada o refutada.

Se partió desde esta, siendo la misma la siguiente:” la intervención en la adquisición de hábitos y destrezas para restaurar o adquirir la capacidad para llevar a cabo los roles sociales en el trabajo, produce cambios en la conducta psicosocial de los asistidos”

El trabajo de campo se desarrollo, en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones, Unidad 20, siendo esta una cárcel destinada al tratamiento de sus alojados. Dicha Unidad depende del Servicio Penitenciario Federal.

Se realizó una breve introducción al marco institucional. Se observó el área productiva en un tiempo de doce meses.

Se confeccionaron dos tipos de entrevistas personalizadas y una encuesta. Lo cual permitió realizar una valoración de los datos obtenidos, llegando a la conclusión de que la Hipótesis planteada es verificada.

PERFIL DE LOS INTERNOS PACIENTES: En general se puede definir como personalidades muy primarias, con baja autoestima, narcisistas, con incapacidad para comprometerse, baja tolerancia a la frustración, tendiendo a la impulsividad y escaso autocontrol. Incapacidad considerable en el desempeño de roles familiares, académicos y laborales, por lo que son muy costosos para la sociedad.

Desde el punto de vista social, se observan que existen características en común entre los grupos familiares o redes sociales. Un gran número provienen de familias o núcleos primarios incompletos, en su estructura interna. Ausencia de figura paterna o materna (hijos naturales, abandonos, fallecimientos, detenciones, etc.) cuyos roles, son luego ejercidos por terceros (abuelos, amigos, padrinos); quienes sólo en algunos casos logran conformar un grupo familiar contenedor.

Se observa un déficit en el acceso a la educación, salud y vivienda, escasos antecedentes laborales, antecedentes de violencia familiar, etc.

TERAPIA OCUPACIONAL/AREA PRODUCTIVA: La Sección cuenta con las siguientes áreas: asistencial, productiva y académica. En el presente trabajo solo se desarrollará el área productiva, ésta surgió de la observación de las disfunciones en el desempeño ocupacional de los internos-pacientes asistidos. Se partió de la siguiente hipótesis: la intervención, desde terapia ocupacional, en la adquisición de hábitos y destrezas para restaurar o adquirir la capacidad para llevar a cabo los roles sociales en el trabajo, produce cambios en la conducta social de los asistidos. Partiendo desde esa postura y en forma conjunta con la División Administrativa de la unidad 20, se elaboró un proyecto de realización de talleres de producción, en el año 2001. Dicho proyecto, contando con el aval de las autoridades de la Unidad, es elevado al ENCOPE (Ente Cooperador Penitenciario), cuya función es la de administrar y financiar a los talleres productivos de las unidades carcelarias dependientes del Servicio Penitenciario Federal.

La elaboración del proyecto se basó en los fundamentos teóricos desarrollados en el Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner y en la Terapia de Actividad de Mosey.

El mencionado proyecto fue aceptado y el 13 de diciembre de 2001, se inicia el trabajo en esta área específica. Dicha área comenzó a funcionar contando con un taller de velas y jabones de glicerina, con la participación de diez internos-pacientes. En el

mes de julio de 2002 se organiza el taller de cerámica, siendo derivados cinco internos-pacientes del grupo inicial.

OBJETIVOS DEL AREA PRODUCTIVA: 1.- Adquirir hábitos laborales: cumplir horarios, respetar normas, trabajar en equipo, seguir una secuencia de instrucciones, recibir órdenes y respetarlas, recibir un peculio. 2.- Adquirir el rol de trabajador y el de compañero de trabajo, adquirir confianza en sí mismo, aumentar su autoestima (ya que el trabajo realizado es valorado no solo por la institución sino también por la sociedad), satisfacer sus necesidades personales y familiares (por el peculio recibido), tomar decisiones y resolver problemas, aumentar la tolerancia a la frustración y a la actividad, disminuir el ocio, mejorar su aseo personal.

INCORPORACIÓN DE INTERNOS-PACIENTES AL AREA PRODUCTIVA: Se tiene como requisitos: 1.- Haber asistido a los grupos de terapia ocupacional asistencial, 2.- Estar autorizado por la División Seguridad Interna y Externa, 3.- Estar autorizado por la División Administrativa, 4.- Estar autorizado por las distintas Secciones de la División Cuerpo Profesional, 5.- No haber tenido comportamiento agresivo en los grupos, 6.- No encontrarse alojado en la celda individual de tratamiento y 7.- No estar con orden de resguardo de la integridad física dictaminada por el Juez de la causa. Una vez seleccionado un interno-paciente y no habiendo encontrado ningún inconveniente en su incorporación al área, formalmente se inicia un expediente con su solicitud, para luego ser elevado a las distintas secciones asistenciales, siendo registrado en el legajo judicial del interno-paciente causante. A su vez se realiza una entrevista individual en donde se le informa sobre el trabajo a realizar, funcionamiento del área, normas a cumplir y derechos adquiridos.

METODOLOGÍA DEL AREA PRODUCTIVA: En un comienzo se desarrollaron las ocupaciones del área los días martes (mañana), miércoles (tarde) y viernes (tarde), en un tiempo prefijado de dos horas, dependiendo éste de las demandas de los productos elaborados. Los grupos estaban integrados por diez internos-pacientes (Tabla 1). Estos luego se dividieron en dos grupos, formándose el taller de producción de cerámica, supervisado por un agente penitenciario dependiente de la coordinación del área, funcionando los días lunes, martes miércoles y viernes por la tarde.

Se establecieron normas a cumplir para el buen funcionamiento del área, las mismas son las siguientes: 1.- No violencia verbal o física, 2.- No dañar elementos, herramientas o instalaciones del área, 3.- No llevarse elementos y/o materiales del área

sin previa autorización, 4.- No utilizar el espacio de producción como lugar de recreación y 5.- No tomar mate ni cocinar o comer en dicho espacio. El incumplimiento de las mismas, será tratado por la coordinación, pudiendo ser desafectado del área productiva, en forma temporal o definitiva.

Para el desarrollo de esta área, se cuenta con dos espacios ubicados en la planta baja, con buena ventilación, con iluminación artificial y natural, con mobiliario adecuado, contando con agua corriente, con instalación de gas y con un horno de cerámica instalado. En cuanto a las herramientas utilizadas por el área se encuentran tijeras, trinchetas o cortantes (uno grande, dos chicos), elementos metálicos para la inserción de pabilos, moldes (de yeso, de plástico), reglas, estecas, pinceles, lijas, cacerolas, trapos y elementos de limpieza.

Para realizar una valoración del impacto en la institución, producido por la ocupación laboral, realizamos entrevistas personalizadas con los internos pacientes y encuestas con el personal de la Unidad. Se confeccionaron tres formularios:

- 1- Para los internos pacientes del área de Terapia Ocupacional Asistencial. (Tabla 2)
- 2- Para los internos pacientes del área Productiva (Tabla 3)
- 3- Para el personal penitenciario de la unidad. (Tabla 4)

RESULTADOS:

- 1) Se observa una alta motivación para incorporarse al área productiva. Una opinión favorable en cuanto a la creación de este nuevo espacio.
- 2) Se observa un alto compromiso con el área, determinado, por las motivaciones personales, por recibir el peculio o por un aprendizaje laboral. Se apreció un alto nivel de participación y asistencia. Surge en forma espontánea el pedido de mayor cantidad de horas y días de trabajo. El grupo no contaba, en general con hábitos laborales establecidos. No surgieron inconvenientes con las normas específicas del área, ni con la dinámica grupal.
- 3) Aparece un desconocimiento del personal sobre el área, en algunos casos conocen el hacer, pero no sus objetivos. Surgiendo por aproximación: hábitos laborales, óseo, aprendizaje, relación social.

Surge, en algunos casos, la necesidad de conocer más el área productiva y de Terapia Ocupacional.

Conclusiones: Si bien el área productiva fue planteada de forma dirigida, los internos pacientes, pudieron realizar resolución de problemas y participar con ideas para mejorar la confección de los productos realizados.

Se pudo observar un alto nivel de compromiso, expresado verbalmente y sostenido desde a acción, obteniendo una alta asistencia.

Desde un poder hacer, poder respetar, poder compartir, se neutralizó la impulsividad, ya que en un marco de contención grupal no aparecieron actitudes en el tiempo observado, relacionadas a sentimientos de frustración, intolerancia, pudiendo modificar su "ya" instintivo con la realidad.

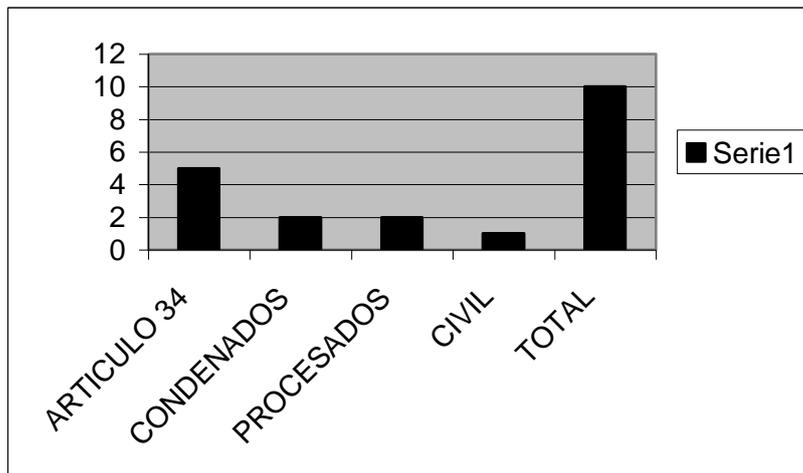
Se evaluó como muy satisfactorio los logros obtenidos, ya que generó en los internos pacientes solicitudes y demandas de trabajo, lo cual, teniendo en cuenta sus características y disfunciones en le desempeño ocupacional, es altamente positivo, ya que a través de la adquisición de hábitos y pautas que son aceptadas en la sociedad, más el compromiso con ocupaciones que pongan en juego el interés personal, el conocimiento del sí mismo y autocontrol, es la única forma de acceder a la sociedad y de esta manera intentar cortar el circuito que lleva a los internos-pacientes a estar siempre en el mismo lugar: la marginalidad.

Cabe destacar, que en el período mencionado dos internos pacientes fueron excluidos del área. Uno de ellos por sufrir una descompensación psiquiátrica, que una vez compensado se lo reincorporó. El segundo, quien transgredió las normas, al llevarse del taller un elemento sin autorización, siendo expulsado.

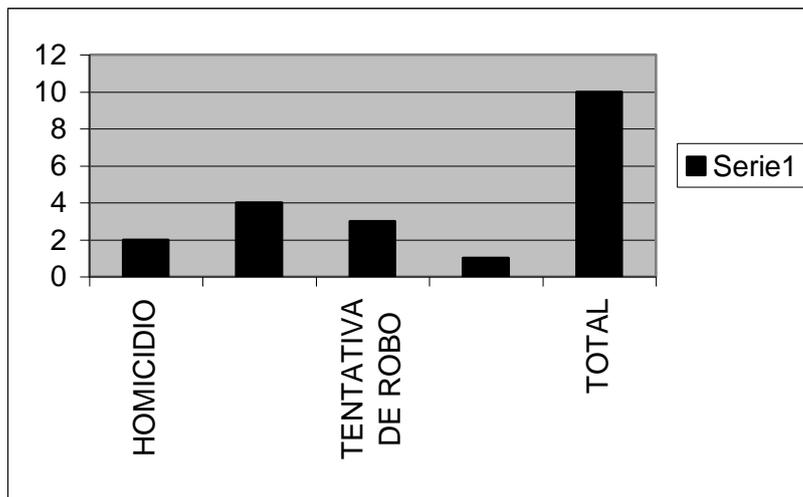
Teniendo en cuenta lo antes mencionado, que es una Unidad Psiquiátrica Carcelaria, y el tiempo de observación de doce meses, se llega a la conclusión que la hipótesis planteada es verificada.

ANEXOS:

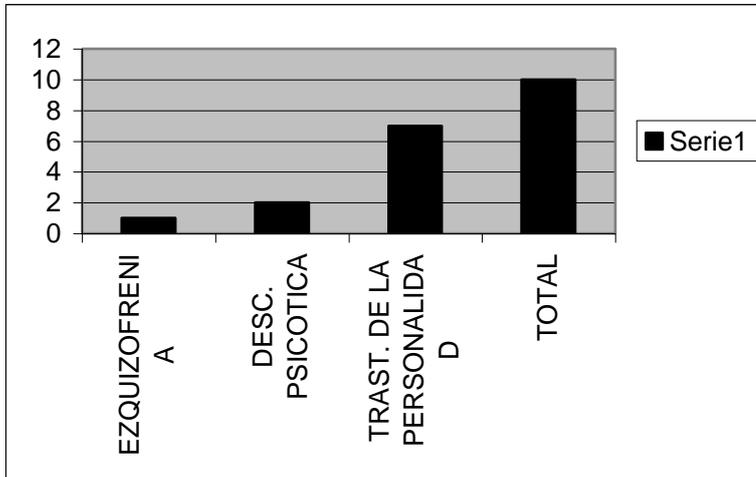
SITUACIÓN LEGAL:



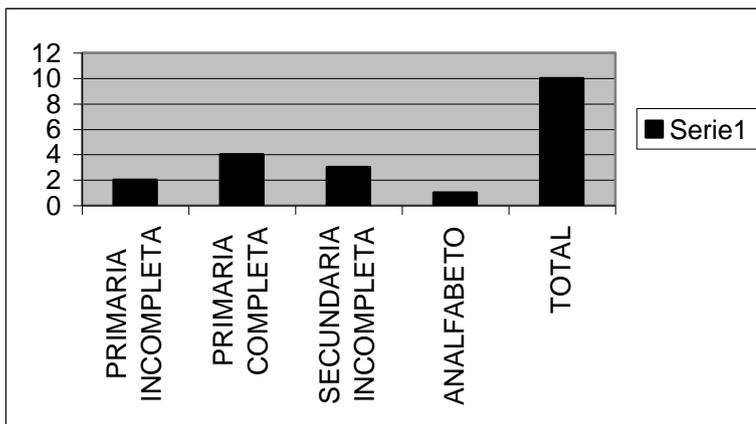
CAUSAS DE DETENCIÓN:



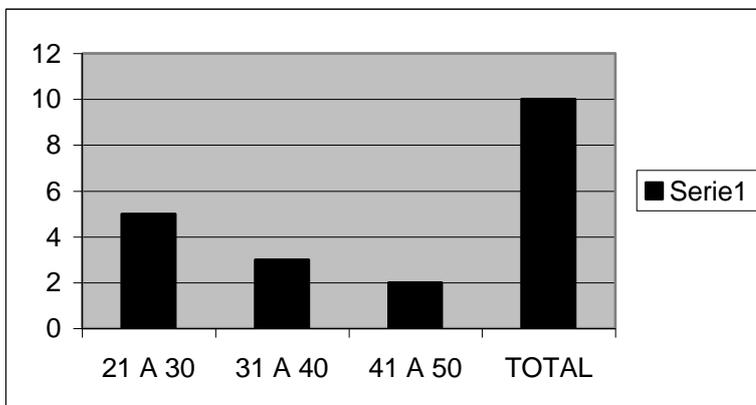
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:



ESCOLARIDAD:



EDAD:



Bibliografía:

KATHLYN L. REED, PH D, OTR, 1984 “MODELS OF PRACTICE IN OCCUPATIONAL THERAPY”

LEY 24.660, 2000 “LEY DE EJECUCION DE LA PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD”

LIC. FUNES, LIC. SALGUERO Y T.O. REARTE, 1999 “PENSAR EN OTROS Y PARA OTROS” TRABAJO PRESENTADO EN LAS IV JORNADAS INTERFUERZAS DE SALUD MENTAL.

SPACKMAN, 1998 “TERAPIA OCUPACIONAL”

OLANO, AQUINO, DE EZCURRA, CHOWANCZAK Y SABORIDO, 1999 “PRACTICA PROFESIONAL III, MONOGRAFIA DE PRACTICA CLINICA

MONSERRAT RINCON AGUILERA, 2000 “TERAPIA OCUPACIONAL Y DROGODEPENDCIAS. UNIDAD DE ATENCION AL DROGODEPENDIENTE DEL CENTRO PENITENCIARIO MADRID I”

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia, en forma especial a Alejandro e Ignacio.

A la colaboración de las practicantes de la carrera de terapia ocupacional, Cecilia Barbero, Vanina Fevola y Andrea Uralde, quienes ayudaron en la realización de las entrevistas y encuestas, así como también asistiendo en el área productiva durante su estadía en la Unidad.

A las autoridades actuales del establecimiento: Director Subprefecto Héctor Corredera, al Subdirector Alcaide Mayor Roque López, a la División Administrativa, a la División Seguridad Interna y Externa.

Al Alcaide Mayor Dr. Fabio Choque, quien desde su función, de Subdirector de la Unidad, permitió comenzar a proyectar lo que es hoy, el área productiva.

Al ex director de la Unidad Señor Subprefecto Enzo Gómez.

A todo el personal de la Unidad por su colaboración y a los internos-pacientes asistidos desde la Sección de terapia ocupacional, por su compromiso con el área.

MESAS DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

EDUCACIÓN ESPECIAL Y DISCAPACIDAD MENTAL

MESA 1

TÍTULO:

**“LOS UNOS Y LOS OTROS”. “COMPETENCIAS SOCIALES
EN ADULTOS CON RETRASO MENTAL”**

AUTORA: LIC. T.O MARCELA SANDRA LÓPEZ

E-MAIL : ipsursrl@infovia.com.ar

INSTITUCIÓN : Hogar del Sur

Darregueyra 435 Banfield Oeste Provincia de Buenos Aires

C.P: 1828 Argentina

Introducción

Actualmente las personas con discapacidad están exigiendo con voz cada vez más potente ocupar “un lugar” en la sociedad. El desarrollo de sus *competencias sociales* resulta un factor determinante para su *integración*. Si bien las mismas están siendo cada vez más investigadas y entrenadas por un mayor número de profesionales, no se ha tenido acceso a una investigación de este tipo realizada por un terapeuta ocupacional en el país.

El motivo que impulsa este trabajo es la búsqueda de la autora por abrir a análisis el alcance del dispositivo de los *Talleres*, en los que participan personas adultas con retraso mental institucionalizadas, en el Hogar donde desarrolla la tarea de coordinación institucional.

Resulta evidente que la (r)evolución en la mirada y el abordaje de estos sujetos no puede dejar de tener efectos en la investigación científica que busca centrarse en la persona. Por este motivo, este trabajo abre varios interrogantes, ¿cómo son percibidas estas personas por el imaginario institucional en el que circulan?, ¿cómo se vehiculizan sus deseos, motivaciones e intereses?, ¿cómo mitigar la carencia afectiva que padecen?, ¿cuáles son las representaciones que “unos y otros” tienen acerca de las posibilidades de *integración*?

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las representaciones colectivas de las *competencias sociales* que circulan en una institución, especializada en el abordaje de personas con discapacidad mental, en pos de su *integración* comunitaria.

OBJETIVOS DE TRABAJO

- Conocer las representaciones sociales que los profesores y orientadores a cargo de los *Talleres* tienen acerca del desarrollo de las *competencias sociales* en pos de la *integración* comunitaria.
- Conocer las representaciones sociales que las personas con retraso mental tienen sobre ellos mismos, sobre la vida intra y extra-institucional.

METODOLOGÍA

La metodología elegida ha sido la *cualitativa*.

UNIVERSO

El grupo que tienen mayor grado de autonomía y posibilidades expresivas, que comprenden el lenguaje oral y pueden expresarse verbalmente.

DESARROLLO

Tanto el paradigma de la autonomía personal, basado en la provisión de apoyos, como

la fusión de los constructos de inteligencia y conducta adaptativa, determinan una visión diferente de lo que son las posibilidades de vida de las personas con retraso mental. Este enfoque se fundamenta básicamente, en el concepto de autodeterminación, inclusión, equidad y descripción de las fortalezas de estos colectivos².

El énfasis sobre el desempeño funcional de las personas con discapacidad, exige desde lo institucional claridad en la descripción de las habilidades y limitaciones que influyen en la vida diaria de estas personas. Por tal motivo, es necesario identificar las áreas que le son trascendentes para enfrentarse al ambiente.

La competencia social supone un conjunto de procesos y conductas que han sido consideradas siempre importantes al conceptualizar y diagnosticar el retraso mental. Considerado el funcionamiento social como un buen predictor del ajuste interpersonal, vocacional y de independencia para vivir, estamos en condiciones de expresar que generalmente son los déficit sociales los que explican muchos de los problemas que estas personas experimentan tanto en su entorno cotidiano como para efectivizar su inclusión.

El valor del apoyo, diseñado por una terapeuta ocupacional, radica en la **instrumentación** de actividades adecuadas para concretar los objetivos institucionales.

RESULTADOS

En primer lugar y como consecuencia del análisis realizado, se quiere señalar que el campo para el entrenamiento de las *competencias sociales* presenta un sinnúmero de posibilidades de intervenciones, que excede pero no limita el dispositivo específico de los *Talleres*.

Asimismo, se quiere destacar la importancia de la valoración social de estos sujetos, que ha dependido y continúa dependiendo de los procesos históricos de sensibilización y concientización social. Si bien, lentamente se han producido efectos transformadores sobre la mirada y abordaje de este conjunto, el análisis de los datos evidencia que de alguna manera, en algunas prácticas cotidianas se continúan perpetuando las representaciones arraigadas en el “*paradigma del déficit*” en detrimento del “*paradigma del apoyo*”.

Por este motivo, es fundamental pasar por el tamiz del análisis los complejos mecanismos ideológicos que tienden a cristalizar el despliegue de las *competencias sociales*, en la medida que hasta llegan a modelar los propios esquemas de autopercepción.

² VAN HOVE, G. *Investigación Cooperativa con Personas con Retraso Mental: en búsqueda de un equilibrio entre emancipación y estándares de calidad para la investigación*, en Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad: Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 1999, p. 135.

La eficacia del análisis ha consistido en desarticular fundamentalmente, la cotidianeidad de estas prácticas para constituirse, de esta manera, en potencialmente modificables.

Desarrollar las *competencias sociales*, necesariamente implica un corrimiento hacia el “*paradigma del apoyo*”, lugar desde el cuál se tiene en cuenta las variables singulares de cada persona. En tal sentido, considerar la propia percepción que tienen sobre su vida, sus aspiraciones y deseos, resultan relevantes en pos de favorecer su inclusión comunitaria. Conceptos como *sexualidad, autodeterminación, inclusión*, deben ser examinados minuciosamente, para que las prácticas se orienten verdaderamente hacia el despliegue de la subjetividad.

Con respecto al dispositivo de *Talleres*, se concluye que se deberá trabajar, con el equipo a cargo, sobre los alcances de sus intervenciones. Ya que tanto, la revalorización de la propia tarea como la reflexión sobre el lugar desde el cual se planifican y desarrollan los objetivos de trabajo, tienen implicaciones **decisivas en la mejora de la *competencia personal***.

Se considera de suma importancia el trabajo con el grupo familiar o referente, puesto que en el discurso de un número significativo de residentes entrevistados aparece en forma preponderante la temática familiar, en tanto carencia, obturando su progreso.

Conclusiones

“Unos y Otros” debemos interactuar en un permanente feedback con el propósito de generar las condiciones necesarias para la *inclusión* de estas personas. Dicho propósito no podría concretarse, sin el genuino deseo de apertura hacia las realidades del “otro”, en el marco de interacciones permanentes que generen modificaciones recíprocas.

Referencias Bibliográficas

- ARNEDO, E. *Mitos y realidades de la sexualidad de las personas dis-capacitadas ... su derecho a una vida plena*, en 1° Congreso Argentino sobre el Adulto con Retraso Mental, AMAR, Buenos Aires, 2001, p. 140-141.
- AZNAR, A., GÓNZALEZ CASTAÑÓN, D. *Autodeterminación y Constitución Subjetiva : Estudio sobre el Imaginario Institucional* en 1° Congreso Argentino sobre el Adulto con Retraso Mental, AMAR, Buenos Aires, 2001, p. 95-98.
- Asociación Americana de Retraso Mental: *Retraso Mental : Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo*, Margaret M. Seiter, 1994.
- BARIZZA, A. *Trastornos de la Personalidad y Conducta en el Retraso Mental* en 1° Congreso Argentino sobre el Adulto con Retraso Mental, AMAR, Buenos Aires, 2001, p.70-71.
- CABALLO, V. *Las Habilidades Sociales : Un Marco Teórico*, en Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, Siglo XXI, Madrid, 2000, p.1-16
- CABALLO, V. *Los Elementos Componentes de la habilidad social*, en Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, Siglo XXI, Madrid, 2000, p.17-97
- CABALLO, V. *Diferencias entre los individuos Socialmente Habilidadados y no Habilidadados*, en Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, Siglo XXI, Madrid, 2000, p.99-108.
- CABALLO, V. *Técnicas de Evaluación de las Habilidades Sociales*, en Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, Siglo XXI, Madrid, 2000, p.113-180.
- CABALLO, V. *El Entrenamiento en Habilidades Sociales*, en Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales, Siglo XXI, Madrid, 2000, p. p.181-314.
- CASTANEDO, C. *Deficiencia Mental : Aspectos teóricos y tratamientos*, CCS, Madrid, 1999.
- CIFUENTES, L. *Líneas de Acción y Proyecciones de la Discapacidad en el Ámbito de la Seguridad Social*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida : Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad,

- Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 137-142.
- DENZIN, N. y LINCOLN, Y. *Entering the Field of Qualitative Research*, en Handbook of Qualitative Research, SAGE, Chicago, 1994.
 - *Diccionario Enciclopédico Larousse*, Larousse, San Pablo, 1993.
 - ECHEITA, G. *Claves e indicios para la valoración de la política de integración/inclusión en España*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida : Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 161-175.
 - GONZÁLEZ CASTAÑÓN, D. *Retraso Mental: Guía Básica para Comenzar un Siglo*, Alcmeon, N° 8 (2), Octubre 1999, p. 174-194.
 - GONZÁLEZ CASTAÑÓN, D. *Retraso Mental: Nuevos Paradigmas, Nuevas Definiciones*, Vertex, N° 42 (XI), Diciembre de 2000, p. 267-272.
 - GREENSPAN, S. y GRANFIELD, J. M. *Reconsidering the Construct of Mental Retardation : Implications of a Model of Social Competence*, en American Journal of Mental Retardation N° 96, Special Issue : Social skills, p. 442-453, 1992.
 - GUTIÉRREZ BERMEJO, B. *Déficits en Habilidades Sociales en Personas con Retraso Mental. Diseño Específico de Procedimientos de Evaluación e Intervención*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida : Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 501.
 - HOCHMANN, J. *Hacia una Psiquiatría Comunitaria: Tesis para una Psiquiatría de los Conjuntos*, Amorrortu, Buenos Aires, 1971.
 - JODELET, D. *La Representación Social: Fenómenos, Conceptos y Teoría*, en Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales S. Moscovi, Paidós, Barcelona, 1996, p. 473.
 - KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la Conducta-Psiquiatría Clínica, Panamericana, Madrid, 1996.
 - KELLY, J. A. *Social-Skills Training: A Practical Guide for Interventions*, Springer, New York, 1982.
 - LABATON, E. *Hacia una Sociedad Integradora*, en Materia Prima Año I N° I, septiembre/noviembre, 1996, p.10-12.

- Ley 24.901.
- LUCKASSON, R. y otros *Retraso Mental : Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo*, Asociación Americana de Retraso Mental, Washington, DC, 1992.
- MISÉS, R. *El Niño Deficiente Mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1977.
- MOSCOVICI, S. *Psicología Social I*, Paidós, Buenos Aires, 1986.
- MOSEY, A.C. *Occupational Therapy: Configuration of a Profession*, Raven, New York, 1981.
- PELECHANO, V. *Inteligencia Social y Habilidades Interpersonales*, en Evaluación Psicológica, N° I, 1985, p.159-187.
- PELECHANO, V. *Habilidades Sociales en Deficientes Mentales Adultos*, en Siglo 0 N° 109, 1987, p. 12-23.
- PELECHANO, V. *Programas de Socialización en Deficiencia Mental*, en Revista Española de Pedagogía, N° II, p. 203-233.
- RUBIO FRANCO, V. *Las Habilidades Sociales y la Conducta Adaptativa en el Retraso Mental: Competencia Personal y Competencia Interpersonal*, en Personas con Discapacidad: Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitatorias, Verdugo Alonso, M.A. (dir.), Siglo XXI, Madrid, 1998, p.677-716.
- SCHALOCK, R. Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad, *en Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad: Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, 1999, p. 79-109.*
- SCHALOCK, R. *Conducta Adaptativa, Competencia Personal y Calidad de Vida*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida : Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 83-104.
- SCHALOCK, R. *Próximos Pasos: Definición, Aplicación y Proyectos Conjuntos de Investigación*, en Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad : Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 1999, p. 111-128.
- SEDEÑO, C. *La Familia y el Entorno de las Personas con Minusvalía*, en Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad : Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 1999, p. 863-869.

- TAMARIT, J. *Propuestas para el Fomento de la Autodeterminación en Personas con Autismo y Retraso Mental*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida: Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 277-292.
- VAN HOVE, G. *Investigación Cooperativa con Personas con Retraso Mental : en búsqueda de un equilibrio entre emancipación y estándares de calidad para la investigación*, en Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad : Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 1999, p. 135-144.
- VAN HOVE, G. *La aplicación de la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo de la AARM*, en Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad : Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 1999, p. 129-134.
- VÁZQUEZ BRONFMAN, A. y MARTÍNEZ, I. *La Socialización en la Escuela: Una Perspectiva Etnográfica*, Paidós, Barcelona, 1996.
- VERDUGO ALONSO, M. y SCHALOCK, R. *El Concepto de Calidad de Vida en los Servicios Humanos*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida : Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 105-112.
- VERDUGO ALONSO, M. y otros *Evaluación de la Calidad de vida en Personas con Retraso Mental desde su Propia Percepción*, en Hacia una Nueva Concepción de la Discapacidad: Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 1999, p. 315-316.
- VERDUGO ALONSO, M. y GÓMEZ VELA M. *Competencias Sociales y Emocionales en Personas con Discapacidad*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida : Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 787.

- VERDUGO ALONSO, M. *Calidad de Vida*, en 1º Congreso Argentino sobre el Adulto con Retraso Mental, AMAR, Buenos Aires, 2001, p.104-107.
- VERDUGO ALONSO, M. y CANAL BEIDA, R. *Procesos Cognitivos en las Personas con Retraso Mental*, en Personas con Discapacidad : Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitatorias, Verdugo Alonso, M.A. (dir.), Siglo XXI, Madrid, 1998, p.619-676.
- VERDUGO ALONSO, M. *Las Personas con Necesidades Educativas Especiales : Evolución Históricas del Concepto*, en Personas con Discapacidad : Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitatorias, Verdugo Alonso, M.A. (dir.), Siglo XXI, Madrid, 1998, p.41-60.
- VERDUGO ALONSO, M. y CANAL BEIDA, R. *Procesos Cognitivos en las Personas con Retraso Mental*, en Personas con Discapacidad : Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitatorias, Verdugo Alonso, M.A. (dir.), Siglo XXI, Madrid, 1998, p.619-676.
- VERDUGO ALONSO, M. *Personas con Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, en Personas con Discapacidad : Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitatorias, Verdugo Alonso, M.A.(dir.), Siglo XXI, Madrid, 1998, p.3-35.
- VERDUGO ALONSO, M. y otros *Actitudes Sociales y Profesionales Hacia las Personas Con Discapacidad: Estrategias de Evaluación e Intervención*, en Personas con Discapacidad : Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitatorias, Verdugo Alonso, M.A. (dir.), Siglo XXI, Madrid, 1998, p.79-134.
- VERDUGO ALONSO, M. *Evaluación y Tratamiento en el Retraso Mental*, en Personas con Discapacidad: Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitatorias, Verdugo Alonso, M.A. (dir.), Siglo XXI, Madrid, 1998, p.555-618.
- VIDAL, G., BLEICHMAR, H., USANDIVARAS, R. *Enciclopedia de Psiquiatría*, El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
- WEBER, M. *Ensayos sobre Metodología Sociológica*, Amorrortu, Buenos Aires, 1993.
- WEHMEYER, M.L. *Autodeterminación una Visión de Conjunto*, en Apoyos Autodeterminación y calidad de vida : Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad, Verdugo Alonso y De Borja Jordán De Urríes Vega (coords.), AMARÚ, Salamanca, 2001, p. 113-133.
- ZAMORA, F. *Debilidad Mental : Panorama y Perspectivas*, Materia Prima Año III N° 10, diciembre 1998/febrero de 1999, p.11-24.

TITULO:

**“CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL
FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA
SALUD. SU IMPORTANCIA EN TERAPIA
OCUPACIONAL”**

AUTORAS:

T.O. /PROF. CLAUDIA IRIS LÓPEZ

Irala 6249 (7600) Mar del Plata

E-mail: cilopez@sinectis.com.ar

T.O. LILIANA GRACIELA DÍAZ

Peña 4508 (7600) Mar del Plata

E-mail: lgdiaz@mdp.edu.ar

INSTITUCIÓN

Universidad Nacional de Mar del Plata

Funes 3350- TEL.0223-4752442

(7600) Mar del Plata

Resumen:

Recientemente ha surgido un nuevo aporte teórico y de aplicabilidad práctica en Terapia Ocupacional, aportado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, originada en base a la revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (1980), llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud. Dada la importancia a nivel internacional que reviste dicha Clasificación, es necesario conocer los nuevos criterios y alcances en cuanto al ejercicio profesional de Terapia Ocupacional. En el presente trabajo se aportan elementos para su análisis y relación a nivel disciplinar.

Introducción

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIDDDM 2 o CIF) sustituye a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), siendo aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2001. Es propósito del presente trabajo difundir su conocimiento y aplicación, analizando las nuevas concepciones con relación a Terapia Ocupacional.

Presentación de la información:

El funcionamiento y la discapacidad se conciben como resultantes de una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales. Se organiza, dividiéndose en dos partes: **Funcionamiento y discapacidad** (Funciones y estructuras corporales; Actividades y participación) y **Factores contextuales** (ambientales y personales).

La discapacidad es considerada como un fenómeno multidimensional, denota aspectos problemáticos (déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) que pueden surgir en la relación entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales. El abordaje se basa en un nuevo modelo de abordaje biopsicosocial y una política orientada esencialmente hacia el apoyo a los esfuerzos por la equiparación de oportunidades de integración y participación activa de las personas con discapacidad. Las categorías se expresan de manera neutral, dejándose de lado definitivamente el término minusvalía, con el fin de evitar menosprecio o estigmatización.

La actividad es conceptualizada como el desempeño/realización de una tarea o acción por parte del individuo. Las actividades pueden estar limitadas en naturaleza, duración y calidad, y la misma se evalúa en relación a normas que pueden ser cualitativas, cuantitativas o ambas. Se considera que el desempeño en una actividad no es un fenómeno de "todo o nada", influyendo los diferentes grados de facilidad o dificultad, la necesidad de asistencia, la utilización de ayudas técnicas o de otro tipo. Este aspecto es de suma importancia en Terapia Ocupacional, así como el empleo de los calificadores para indicar la manera en que se lleva a cabo la actividad, entendiendo el desempeño/realización como "el acto de involucrarse en una situación vital" o "la experiencia vivida" de las personas en el contexto real en el que viven. Este criterio involucra la participación, que representa las consecuencias de los estados de salud a

nivel social, el grado de involucración de la persona y la respuesta de la sociedad a la hora de facilitar u obstaculizar la participación, considerando la determinación previa de valores y normas culturales, a fin de no imponer estándares inapropiados. Esta posibilidad de contemplar la variabilidad del entorno cultural y ambiental, implica un cambio significativo con la anterior clasificación, entendiendo que la restricción en la participación (desventaja) puede depender del grupo, lugar, época o de factores contextuales.

El componente **Actividades y participación**, indica varias acciones y áreas de la vida. Cada dominio contiene categorías ordenadas en diferentes niveles y están dados en una lista sencilla que cubre el rango completo de las áreas de la vida (desde el aprendizaje básico, hasta áreas complejas tales como las tareas sociales), estos aspectos se relacionan con T.O. (áreas ocupacionales, análisis ocupacional, etc.), por lo que es recomendable su consideración y uso complementario en la práctica profesional.

Los **Factores Contextuales** representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida, incluyen aspectos físicos, sociales y actitudinales. Están organizados partiendo del entorno más inmediato al más general., incluyendo espacios como el hogar, lugar de trabajo o escuela; propiedades físicas y/o culturales del ambiente; servicios y sistemas; actividades comunitarias; agencias gubernamentales; comunicación y servicios de transporte; redes sociales informales; leyes, normas, reglas formales e informales, actitudes e ideologías; etc. Los factores personales no están clasificados en la CIF, debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos. Son los antecedentes de la vida de un individuo, sexo, raza, edad, forma física, estilos de vida, hábitos, maneras de enfrentarse a las situaciones (estilos de afrontamiento o “coping styles”), antecedentes sociales, educación, profesión, experiencias y acontecimientos pasados y presentes, patrones de comportamiento y carácter, valoraciones psicológicas individuales y otras características, que puedan jugar un papel importante con relación a la discapacidad. La influencia que ejercen los factores contextuales en los estados de salud-enfermedad, y su interacción dinámica con el individuo, nos remite al Modelo de Ocupación Humana, sus principios teóricos y prácticos, donde el ambiente es evaluado y considerado como un aspecto prioritario en la intervención. En la interacción persona-ambiente, los contextos pueden generar impactos diferentes en el mismo individuo con una condición de salud dada. Un contexto con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; otros contextos más facilitadores pueden incrementar esa realización. Esto

implica una nueva consideración de la actividad desde una dimensión ecológica-ambiental, estrechamente relacionada con el mantenimiento de condiciones funcionales de salud.

Conclusión:

La CIF permite múltiples usos en Terapia Ocupacional, ya que abarca aspectos inherentes a la disciplina. Aporta un nuevo marco de referencia conceptual, aplicable a la práctica profesional y la investigación, incluyendo desde la prevención y promoción de la salud (es válida para cualquier persona, no únicamente para personas con discapacidad, y tiene una aplicación universal) hasta la equiparación, inclusión y participación, considerando los obstáculos socio-culturales, promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores, respetando la posibilidad de autodeterminación de las personas con discapacidad. Es necesario conocer y considerar los nuevos criterios, ya que sus indicadores pueden servir de fuente a futuras planificaciones, estrategias e intervenciones, proporcionando además, un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado mediante un lenguaje común empleado a nivel internacional

Bibliografía:

- Dell' Anno, Amelia. (Compiladora); 1996. “Actualidad y Futuro de la Integración de las Personas con Discapacidad”. U.N.M.D.P. (Mar del Plata).
- Dell'Anno A. (Compiladora). 1998. “Política Social y Discapacidad. Sujeto y contexto”, Lumen-Humanitas y U.N.M.D.P. (Mar del Plata).
- Organización Mundial de la Salud. “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”; 2001. Editada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, (Madrid, España).
- T.O/Prof. López, Claudia I.; T.O. Díaz, Liliana G.; 2001. "Estudio sobre la problemática de la discapacidad en la Universidad Nacional de Mar del Plata". Revista Trabajo Social Nº 3; Universidad Autónoma de México. Ciudad Universitaria. (México). Págs. 20-27.
- T.O/Prof. López, Claudia I.; T.O. Díaz, Liliana G.; 2002. "La Educación Superior Universitaria y la problemática de la discapacidad. Acciones implementadas en la Universidad Nacional de Mar del Plata"; Discapacidad y educación en la perspectiva de la diversidad. Serie: Cuaderno de Discapacidad y Participación Social Nº2; U.N.M.D P. Págs. 71-84.

TÍTULO: “Una manera de hacer...Experiencias de integración Socio Laboral”

AUTORAS: T.O. CLAUDIA SOLEDAD KÖNIG

E-MAIL: tphelenkeller@intercom.com.ar

T.O. MARTA SUSANA SANJUAN

INSTITUCION:

***Centro de Formación Laboral**

Dirección: 25 de Mayo 675

***Taller Protegido APAC Cooperanza**

Dirección: Alem 21

***Taller Protegido Helen Keller**

Dirección: León Guruciaga 577

San Nicolás Pcia. de Buenos Aires

Resumen:

Esta presentación intenta mostrar el trabajo llevado a cabo por la Empresa Siderar y los Talleres Protegidos de Producción Helen Keller y Cooperanza junto al Centro de Formación Laboral N° 1; instituciones especializadas en el abordaje de los aspectos laborales de las Personas con Necesidades Especiales, con el objetivo de crear un programa cuya fuerza directriz sea la Integración.

El joven con Necesidades Especiales presenta distintas y renovadas necesidades e intereses, entre ellos la proyección hacia un futuro, el autovalimiento, la independencia económica: el trabajo.

Toda comunidad genera organizaciones para dar respuesta a los conflictos que sus miembros enfrentan. Pero éstas, al encontrarse dispersas unas de otras, no logran explotar el potencial que tiene la fuerza de acción cuando se unen en un fin común.

Poner en marcha éste proyecto constituyó un desafío, en parte por falta de antecedentes y de información en el ámbito de inserción, por la dinámica y exigencias de la Empresa, por la identidad laboral de cada organización, por la importancia de garantizar la continuidad del proceso más allá de las personas que lo lleven adelante y por la necesidad de tomar recaudo para no cometer errores dados los destinatarios del proyecto.

Hoy, habiendo completado el quinto año de trabajo, con la continuidad y sistematización logradas, éste programa se ha tornado confiable y sustentable; factible de ser tomado como referente para otras experiencias.

En éste período fueron incorporados a la Empresa y Municipalidad local, trabajadores con diferentes compromisos (motor, mental, sensorial) en diversos puestos cumpliendo funciones de operarios y administrativos.

Esta situación laboral facilitó la generación de las condiciones necesarias para un desarrollo personal autónomo, con una situación económica estable y una red de relaciones dinámicas, posibilitadoras de generar proyectos de vida concretos y reales.

Desarrollo:

Introducción:

La integración activa del sujeto a grupos socio-educativo-laborales es el objetivo último de toda acción formativa desde la institución familiar en adelante.

Histórica y socialmente, las personas con diferencias significativas evidentes (entre ellas, las llamadas personas con “discapacidad”) tienden a ser separadas de los núcleos comunes de inserción, acotando su desarrollo a un espacio y a acciones presuntamente adaptados de forma especial a las diferencias particulares y/o dificultades que manifiestan; donde a veces, se los atiende más de lo que se los entiende sin proyección más allá de esos espacios.

En los últimos años se observa una tendencia orientada a revisar ciertos componentes de fracaso en los programas especializados que mantienen a éstas personas en un importante nivel de aislamiento del entorno social.

La experiencia aquí sintetizada testimonia que es posible ésta revisión, con las limitaciones que genera transitar nuevos caminos.

Las personas con Necesidades Especiales son miembros activos y efectivos de la sociedad.

Cada comunidad es la responsable de ofrecerles oportunidades. La posibilidad de apropiarse de ellas depende de la interacción entre las competencias individuales en interacción con lo que el medio ofrece.

En nuestro país las Escuelas Especiales y Centros de Formación Laboral apuntan a que sus jóvenes egresados encuentren la posibilidad de insertarse laboralmente. El mayor obstáculo para esto es la disociación Escuela/ Competencias/ Mercado de Trabajo.

Desarrollo del Programa:

A inicios del año 1.997, la Empresa Siderar a través de su Área de Desarrollo de Beneficios y Comunidad, convoca a las instituciones de su área de influencia, cuya misión consiste en la formación e inserción laboral de personas con Necesidades Especiales, para diseñar e implementar éste proyecto de Inserción Laboral para personas con discapacidad, atendiendo de ésta forma el principio de que las respuestas y modificaciones deben salir desde la misma comunidad.

Las instituciones convocadas fueron el Centro de Formación Laboral N°1, los Talleres Protegidos de Producción Cooperanza y Helen Keller, de la ciudad de San Nicolás, provincia de Buenos Aires.

Se detecta la desarticulación de las organizaciones, y se las invita a conformar la Comisión Interinstitucional para la Integración Socio-Laboral de las personas con discapacidad, la cual se compone por directivos y profesionales de las instituciones y de la Empresa.

Se comienza a trabajar con un objetivo claro, pero sin la seguridad de los resultados probados, con acciones que nacen desde un trabajo conjunto y van direccionadas con la intención de construir un proceso de integración posible y efectivo, y con el temor de que un fracaso en éste campo es exponencialmente más pernicioso que en cualquier otro. Proceso que se apoya desde la familia hacia la comunidad educativa y de ésta al mundo laboral, para que la comunidad general pueda contener, sin segregaciones y de acuerdo a sus necesidades, a todos sus integrantes, y éstos sean constructores activos de ella, desde su lugar y en las medidas de sus posibilidades. El proceso de Inserción Laboral se llevó a cabo cumpliendo distintas etapas:

- * Evaluación del puesto de trabajo
- *Evaluación de postulantes
- *Entrevista Laboral
- *Selección de los trabajadores
- *Entrevista formal con familiares de los postulantes seleccionados, donde se aclaran las inquietudes de los mismos sobre las incorporaciones.

- * Acompañamiento a los postulantes en los trámites de ingreso laboral
- *Ubicación Laboral
- *Seguimiento: en ésta etapa se trabajaron aspectos como: puntos críticos de cada trabajador, asesoramiento a jefes y personal del área en cuanto a puesta de límites y formas de asignar las tareas, refuerzo de hábitos laborales, evaluaciones de rendimiento realizadas por jefes, traslado de los trabajadores desde el hogar a la empresa y viceversa.

Consideramos que cada comunidad debe organizarse para dar sus propias respuestas a las diferentes problemáticas que presentan sus integrantes, resolviendo cada situación de acuerdo a las posibilidades, idiosincrasia y contextos propios de la comunidad, así sus miembros pueden desarrollarse a ser proyectados a:

Una manera...de establecer relaciones, Una manera...de adquirir formación.

Una manera...de desarrollar un trabajo, Una manera...de abrir caminos posibles, que en nuestro caso fueron: “del Taller Protegido, de la Escuela Especial, del Colegio...al trabajo”, haciendo de la Integración Laboral el soporte para el desarrollo personal y profesional.

A pesar de los diferentes caminos el resultado puede universalizarse en tres fases:

- 1.- La superación de las conductas escolares a las conductas del medio laboral (los “chicos” crecieron y hoy son “trabajadores”).
- 2.- Mayor desarrollo personal integral.
- 3.- De “integraciones parciales” a “integraciones efectivas”, de las “competencias protegidas” a los “logros de la competencia profesional”.

Actualmente la Comisión Interinstitucional para la Integración Socio-Laboral de la persona con discapacidad funciona como consultora y asesora dentro del programa, generando espacios para que otras instituciones que abordan la misma temática se incorporen al mismo.

Conclusiones:

Para valorar el programa “Una manera de Hacer”...experiencias de integración Social y Laboral, utilizamos el Modelo FODA, el cual permite analizar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas del programa.

Podemos concluir que durante la gestión llevada a cabo desde el comienzo del mismo hasta la actualidad los resultados fueron altamente positivos.

El programa tuvo un fuerte impacto en nuestra comunidad al incorporar al mercado competitivo a trabajadores con discapacidad mental; observando que por conciencia social se tiende a brindar oportunidades laborales a personas con discapacidad física y/o sensorial, excluyendo al discapacitado mental quien mediante un entrenamiento adecuado y eficaz puede desenvolverse de manera óptima e independiente en un puesto de trabajo acorde a sus intereses, aptitudes, habilidades y capacidades.

Como carácter innovador se destaca la unión de cuatro instituciones de la comunidad que abordan la misma temática y que luchan por un proyecto común: que los jóvenes con discapacidad sean los protagonistas de su inserción social y laboral.

El programa a través de la Comisión Interinstitucional continúa expandiéndose y sirviendo de nexo facilitador y gestor de acciones para la integración laboral de jóvenes con discapacidad, ya que la inserción laboral de los mismos requiere de una serie de acciones que no son generadas espontáneamente por el mercado, por lo que se requieren esfuerzos institucionales que hagan factible la incorporación de las personas con discapacidad al mercado laboral.

Teniendo en cuenta el éxito del programa “Una Manera de Hacer”, en donde varios jóvenes con diferentes discapacidades (mentales, físicas y/o sensoriales), atendidos en entidades especializadas en la temática, lograron llevar adelante una inserción laboral efectiva, a través del programa creado y sostenido por el trabajo de la Comisión Interinstitucional.

Nuestra propuesta busca además, generar un sistema de tránsito de los Centros de *Formación Laboral y Talleres Protegidos al Empleo en una Empresa convencional.*

T.O Claudia Konig

T.O Marta Sanjuan

Agradecimientos:

- Empresa Siderar S.A.I.C. Área de Beneficios y Desarrollo Social
- Empresa Sidercrom
- Comisiones Directivas de los Talleres Protegidos de Producción APAC Cooperanza y Helen Keller
- Directivos del Centro de Formación Laboral N°1
- Municipalidad de San Nicolás

El programa “Una Manera de hacer” fue presentado en las siguientes jornadas:

- * 1.997 Primera Jornada de Educación Integrada, organizadas por la rama de Educación Especial, región San Nicolás .San Nicolás.
- * 1.998 Jornada de Integración Laboral para personas con discapacidad, organizadas por ASDRA. Capital Federal.
- * 1.998 Primera Jornada Nicoleña de Integración Socio-Laboral organizada por la Comisión Interinstitucional para la Integración Socio Laboral de las personas con discapacidad. San Nicolás
- * 2.002 6ta. Jornadas de Educación Integrada, organizadas por la rama de Educación Especial, región San Nicolás. San Nicolás.
- * 2.002 1er Encuentro de Intercambio de Experiencias de trabajadores con Necesidades Especiales, organizado por la Comisión Interinstitucional para la Integración Socio-Laboral de las personas con discapacidad. San Nicolás.

Referencias Bibliográficas

- Martijena Nidia, 1995, “Ecología Humana”, ISBN 950-43-5792 (Mar del Plata)
- Lobo Filho Marilia, Zamponha Moraes Ma., Torres Regina, 1989, “Métodos y Técnicas para la Formación Profesional”, Cinterfor, (Montevideo)
- Pujol Jaime, 1987, “Análisis Ocupacional. Manual de Aplicación para Instituciones de Formación Profesional”, Cinterfor, (Montevideo)

TITULO

**“DISCAPACIDAD Y TERAPIA OCUPACIONAL.
MODELOS Y CONCEPCIONES”**

AUTORAS

T.O/PROF. CLAUDIA IRIS LÓPEZ

Irala 6249 (7600) Mar del Plata

E-mail: cilopez@sinectis.com.ar

T.O. LILIANA GRACIELA DÍAZ

Peña 4508 (7600) Mar del Plata

E-MAIL: lgdiaz@mdp.edu.ar

INSTITUCIÓN

Universidad Nacional de Mar del Plata

Funes 3350- TEL.0223-4752442

(7600) Mar del Plata

Resumen

Los distintos modelos y concepciones generados históricamente con relación a la problemática de la discapacidad, influyen y/o condicionan la práctica profesional de Terapia Ocupacional. Subsisten actualmente las ideas más progresistas junto a las más atrasadas, no existiendo consenso, por lo que en el presente trabajo se intenta clarificar estos aspectos desde la perspectiva de la discapacidad, describiendo los distintos modelos y concepciones existentes y su relación con Terapia Ocupacional.

Introducción

En el transcurrir histórico la discapacidad ha sido objeto de múltiples concepciones, configurándose diferentes modelos en la forma de considerar y asistir a las personas con discapacidad. Los Terapeutas Ocupacionales ejercen bajo la influencia de los mismos, subsistiendo según el ámbito de desempeño profesional y posicionamiento del terapeuta interviniente, las ideas más progresistas junto a las más atrasadas. Se intenta a continuación, clarificar estos aspectos desde la perspectiva de la discapacidad, describiendo los distintos modelos existentes y su relación con Terapia Ocupacional.

El modelo biomédico:

Este modelo considera que la problemática es de índole individual y directamente causada por la discapacidad, siendo este el núcleo principal a "controlar y tratar". El profesional es el depositario del saber-poder, y la persona con discapacidad es considerada paciente, tradicionalmente sujeto pasivo y dependiente, que debe cumplir y aceptar sin cuestionar lo indicado, subestimándose su opinión y posibilidades de autodeterminación. La discapacidad es considerada como la consecuencia de la enfermedad, partiendo de la valoración de los efectos negativos, limitantes, o perdidos. En cuanto a la asistencia se tiende a compensar las deficiencias, mientras que la rehabilitación prolonga la dependencia hacia un sistema médico-sanitario-asistencial, que mediante una terapéutica recuperacionista, se adueña del "problema" determinando una situación crónica de protección, tutela y/o administración estatal y/o familiar. Este modelo, presente en la sociedad actual, condiciona la práctica profesional del Terapeuta Ocupacional, que debe ejercer en un sistema estructurado y jerárquico, poco permeable al cambio y evolución social.

El modelo social:

A partir de los movimientos surgidos en la década del 60, conducidos en gran medida por las propias personas con discapacidad, se va configurando un nuevo modelo basado en la autodeterminación, la ruptura con la dependencia institucional y la consideración de la problemática desde los derechos y factores sociales intervinientes. Es importante mencionar que en esta década se genera una fecunda revisión conceptual y teórica de Terapia Ocupacional, que posibilita un cambio en la concepción y abordaje de las personas con discapacidad, ya no tratadas desde un sentido unidireccional "de arriba hacia abajo", sino respetando sus posibilidades de elección, decisión y participación activa en el proceso terapéutico. Históricamente, es conocida la influencia que tuvo el movimiento de normalización y más específicamente el movimiento de "Independent

Living", que en español se traduce como "vivir independiente" o "autonomía personal", que ha influido decisivamente en los organismos internacionales. La cuestión comienza a centrarse en este siglo, en el nivel de las actitudes e ideología, incluyéndose como tema de los derechos humanos, orientando el accionar hacia la posibilidad de transformación social. El núcleo del problema deja de ser la discapacidad como algo estrictamente individual, para considerarse una problemática de índole social, incluyendo como factor discapacitante el entorno construido con barreras físicas y culturales de diverso tipo y magnitud. Este criterio exige de la responsabilidad y compromiso social, e implica por un lado el principio de autodeterminación, el derecho a ser considerado persona, dueño de sí mismo y no objeto de asistencia, administración o tutela; y por otro, la aceptación e inclusión social.

El modelo biopsicosocial. Nuevas concepciones y criterios:

Los estilos de conceptualizar la discapacidad cambian significativamente en la década del 80, considerándola desde una visión multidimensional, es decir desde la comprensión de las distintas dimensiones intervinientes, personales y ambientales, no pasibles de un único abordaje, orientando el accionar hacia la equiparación de oportunidades y el mantenimiento de una vida lo más independiente y normalizada posible, incluyendo como núcleo prioritario el factor comunitario en el mejoramiento de la calidad de vida. En la década de los noventa, los abordajes intentan revertir la situación de exclusión, apareciendo un nuevo término: el de "consumidor", asociado con el pleno ejercicio de la ciudadanía y mejoramiento de condiciones de vida. Este criterio implica no sólo hablar de ciudadano que compra bienes materiales, sino del derecho a consumir otros tipos de bienes: servicios sociales, jurídicos, educacionales, sanitarios, económicos y laborales, incluyendo a la persona con discapacidad y su familia como consumidores directos de los servicios. El criterio de ciudadanía, desde las igualdades y diferencias, involucra obligaciones y derechos civiles, políticos y sociales. En Terapia Ocupacional, desde una visión holista, se consideran los aspectos biopsicosociales y esencialmente la transformación generada mediante la interacción dinámica persona-ambiente (Modelo de Ocupación Humana).

Conclusión:

Como síntesis podríamos afirmar que algunas de las tendencias más significativas relativas a la temática de la discapacidad, correspondientes a la última mitad del siglo XX, son:

- El cambio de concepción, desde una posición que enfocaba la problemática desde lo individual, hasta una nueva mirada focalizada en el contexto y en la interacción con el mismo.
- La inclusión en todos los niveles, orientada hacia la desinstitucionalización y descentralización sanitaria-asistencial.
- Nuevos criterios y conceptos, que aluden a la autonomía y equiparación de oportunidades, desde el pleno ejercicio de la ciudadanía.
- La calidad de vida como meta, considerada como un proceso que implica bienestar emocional, material y físico, desarrollo personal, autodeterminación, participación e integración.

Estos cambios, así como los significativos avances de la década del 90, se opacan hoy por un neo-liberalismo salvaje, donde la sociedad se debate entre la inclusión y exclusión, siendo alarmantes los índices de marginación e inequidad de un sistema con escaso a nulo respeto por los derechos humanos. Terapia Ocupacional, ha acompañado esta evolución histórica, sin embargo en la práctica coexisten aspectos relacionados con los distintos modelos, no existiendo aún consenso, siendo necesario una mayor difusión y concientización colectiva, a fin de poder contemplar en el ejercicio profesional las nuevas ideas que han ido surgiendo con relación a la temática de la discapacidad.

Bibliografía:

- Aguilar Montero, L. A.1997. “Discapacidad e igualdad de oportunidades”. Lumen-Humanitas. (Bs. As).
- Barton, L. (comp.) 1996. “Discapacidad y sociedad”.Ediciones Morata.(Madrid).
- Casado, Demetrio.1995. “Ante la discapacidad”. Colección Política, Servicios y Trabajo Social, Lumen. (Bs. As.).
- Dell' Anno, Amelia (comp.).1996. “Actualidad y Futuro de la Integración de las Personas con Discapacidad”. U.N.M.D.P. (Mar del Plata).
- Dell'Anno, Amelia (comp.).1998. “Política Social y Discapacidad. Sujeto y contexto”. Lumen-Humanitas y U.N.M.D.P. (Mar del Plata).
- Serrat, M. (comp.).1999. “Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad”. Editorial Martín. (Mar del Plata).
- Verdugo Alonso, M. A. 1997. “Persona con discapacidad. La perspectiva del año 2000”. Lumen-Humanitas.(Bs.As.).

MESAS DE

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS

CAMPO GENERAL

TÍTULO: “DIABETES UNA PERSPECTIVA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL”

SUBTÍTULO: “PROGRAMA DE CUIDADO PERSONAL PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS”

AUTORA:

T.O MÓNICA GUADALUPE OCELLO

Saavedra n° 638 Código postal 3013

Ciudad: San Carlos Sud Provincia Santa Fe

E-MAIL: mocelloar@yahoo.com.ar

INSTITUCIÓN: Hospital Pcial. “Dr. José María Cullen “

Av. Freire nº 2150 Ciudad: Santa Fe

Teléfono: 0342- 457 3357 Int. 281

COAUTOR:

T.O Asistente Roxana Elisabet Warther

Hospital Cullen Santa Fe

Introducción:

El presente trabajo es un relato de experiencia de un Programa de Cuidado Personal para pacientes con Diabetes que es llevado a cabo en el Sector de Terapia Ocupacional del Hospital José María Cullen de la ciudad de Santa Fe por la T.O. Mónica Ocello y por una T.O. Asistente Roxana Warther.

Se trabaja en conjunto con el Servicio de Endocrinología a través del consultorio externo, por medio del cual se realiza una selección de pacientes para que posteriormente los mismos asistan a los talleres de educación diabetológica.

En este programa nos dedicaremos a la evaluación y tratamiento y al estudio de las repercusiones que produce esta patología en la vida ocupacional, familiar y social de los pacientes.

Desarrollo:

El enfoque de este programa está basado en la prevención secundaria, donde se busca que el estilo de vida del paciente no se altere significativamente después de

diagnosticada la enfermedad, excepto en el caso de que sea deseable un cambio de género de vida como medio para prevenir posteriores enfermedades.

Este tipo de prevención se centra en la intervención durante el proceso de la patología con el objeto de evitar la disfunción.

Objetivo del Proyecto:

- 1) Lograr mayor conocimiento de la patología por parte de los pacientes e instruir acerca de los cuidados personales para el logro de una mejor calidad de vida.
- 2) Lograr una organización de las rutinas diarias y adquisición de nuevos hábitos saludables.
- 3) Disminuir los riesgos de complicaciones debidas a negligencias en los cuidados personales.
- 4) Evaluar y enseñar destrezas compensatorias cuando el paciente presenta complicaciones como: disminución de la visión, sensibilidad o amputaciones.
- 5) Lograr la integración y participación de la familia en el proceso de tratamiento.
- 6) Asesorar acerca de la actividad física metódica y adecuada, para ayudar a la regulación de la glucemia
- 7) Estimular la participación activa y responsabilidad de los pacientes en el tratamiento integral de la patología.
- 8) Estimular la participación en el debate grupal.
- 9) Brindar un marco de contención para el paciente y su familia.

Acciones a implementar:

1º etapa: revisión y exploración bibliográfica, elección y diseño de protocolos de evaluación y tratamientos propios de terapia ocupacional.

2º etapa: selección de pacientes. Evaluación e intervención terapéutica a los pacientes seleccionados.

3º etapa: evaluación del impacto del proyecto, procesamiento de la información obtenida. Intercambio con otros profesionales.

Estrategias de intervención:

- Emplear diversos protocolos de evaluación específicos de T.O. para determinar las necesidades individuales de los pacientes y realizar una intervención terapéutica acorde.
- Brindar folletos informativos y reflexionar acerca de los contenidos de los mismos y la significación que tiene para cada caso.

- Informar a la familia sobre las características de la patología y cómo ayudar en los cuidados de los pacientes.

Modalidad de intervención:

Se realizan talleres educativos con una frecuencia cada 15 días destinados para pacientes del hospital que acuden a consultorio externo de endocrinología y actualmente también pueden asistir personas con diabetes de la comunidad en general.

A través de dichos talleres se pretende lograr que los pacientes – alumnos aprendan y apliquen el material brindado a sus actividades de la vida diaria; se focalizan y debaten problemas e inquietudes de cada uno de los asistentes y se trata de encontrar soluciones buscando sugerencias prácticas

Metodología de trabajo:

- Marco Primario de Referencia Fisiológico
- Modelo de la Ocupación Humana
- Marco de referencia Biomecánico

Metas futuras:

A partir de las acciones realizadas durante la ejecución del programa se efectúan contactos con el área programática (centros comunitarios) y se plantea un “Proyecto de Capacitación de Agentes Comunitarios”, enmarcado en el Programa Provincial de prevención de enfermedades discapacitantes y rehabilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Conclusión:

Teniendo en cuenta que todas las patologías clínicas desde la visión de Terapia Ocupacional producen alteraciones en la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria Básicas (de cuidado e independencia personal como higiene, vestido y alimentación), de las Actividades de la vida diaria Instrumentales (trabajo, tareas del hogar) y de las Actividades de la vida diaria Avanzadas (como actividades de ocio, deportes, etc.); una de las patologías de especial interés por su incidencia en la población es la DIABETES. Se comprobó que la metodología de trabajo grupal favorece la expresión individual y la contención.

El conocimiento de la patología facilita los cuidados personales.

A través de la explicación del mecanismo de la patología (síntomas y signos) surgen interrogantes, lo cual contribuye y favorece a la concientización que paulatinamente disminuye el temor a la enfermedad.

Por último se concluye que los talleres deben volcarse al área programática de modo que se logre un impacto social mayor.

Referencias Bibliográficas:

- Vivir como diabético. Medicina Familiar. Fundación Favaloro
- Compendio de Medicina Interna – Harrison – Ed. Interamericana
- Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos Prácticos, Polonio López. Editorial Panamericana.
- Manual de Rehabilitación y Vida. Modelo de la Ocupación Humana. Carmen Gloria de Las Heras.

TÍTULO: “ABRIR Y SOSTENER UN ESPACIO EN UN HOSPITAL MUNICIPAL MUY CONTROVERTIDO DEL CONO URBANO BONAERENSE...”

AUTORA: LIC. T.O. PATRICIA CIERI

patriciacieri@hotmail.com

topcieri@yahoo.com.ar

**INSTITUCIÓN: Hospital Municipal “Raúl F. Larcade”, Av. PTE. Perón 2311, San Miguel, Pcia. Buenos Aires, Argentina.
TEL/Fax: 4451-5830**

Resumen:

En nuestro país, la Terapia Ocupacional, surge ante una situación de “emergencia”, como fue la epidemia de polio. En años posteriores, nuestra práctica profesional se centró, durante mucho tiempo, en el tercer nivel de atención, monovalente, (campo físico, campo psiquiátrico). A lo largo de las dos últimas décadas aproximadamente, la practica de la profesión fue evolucionando y con ella la construcción de nuevos espacios para el ejercicio de la misma, dentro de los llamados, segundo y primer nivel de atención.

Es así, que se genera un movimiento hacia una visión holística, volviendo de alguna manera a los principios fundadores de la profesión.

A su vez, hacia fines de los 70´ comienzo de los 80´, se establecieron las bases de la APS (Atención Primaria de la Salud), en Alma Atta, Rusia, proponiendo como meta principal, “Salud para todos en el año 2000”. A partir de esto se comprendió la salud, no solo como la ausencia de la enfermedad, sino, como el aprovechamiento más eficaz de todos los recursos con que cuenta cada grupo movilizándose en procura de mejores condiciones de vida.

Esto, a su vez, llevó a pensar en la rehabilitación como un concepto dinámico, interactuando en los tres niveles de atención.

Este trabajo pretende desarrollar el concepto de la inserción de la Terapia Ocupacional en un hospital general de agudos, de características muy particulares, por el contexto socio-político y cultural en el cual se encuentra inmerso, como es el Hospital Municipal “Raúl Larcade” de San Miguel, perteneciente al Cono Urbano Bonaerense, y cómo, a lo largo de 14 años de tarea ininterrumpida pudo crecer y sostenerse un espacio de Terapia Ocupacional hasta en los peores momentos de conflicto institucional, por los cuales atravesó este hospital

Introducción:

A lo largo de las dos últimas décadas aproximadamente, la práctica de la profesión fue evolucionando y con ella la construcción de nuevos espacios para el ejercicio de la misma, dentro de los llamados, segundo y primer nivel de atención (1) (2). Esto se ve enmarcado dentro de las bases de la Atención Primaria de la Salud (APS) (3) (4), las cuales llevan hacia una nueva manera de pensar la misma. Esto plantea un conflicto en la profesión, la ruptura de un paradigma (1) (5), el modelo tradicional, y la construcción de un modelo holístico, lo cual plantea un nuevo paradigma. Este conflicto llevó a pensar en la rehabilitación como un concepto dinámico, interactuando en los tres niveles de atención (2) (6).

La experiencia:

A partir de la elaboración de esta línea conceptual y la inquietud permanente de trabajar en un hospital general, fue que en el año 1989, dentro del contexto socio-económico de la hiperinflación y los saqueos, se presenta un proyecto de trabajo en el Servicio de Neurología del Hospital Municipal “Raúl Larcade” de San Miguel (en ese momento

partido de General Sarmiento). El modelo sanitario que se desarrollaba en dicha institución, se encontraba enmarcado en los conceptos antes mencionados, lo cual funcionó como terreno fértil para el logro del objetivo general propuesto en dicho proyecto: “Insertar Terapia Ocupacional en un hospital general de agudos”.

Dicha institución, pertenece al segundo cordón del Cono Urbano Bonaerense y segundo nivel de atención, con dependencia municipal, la población que atiende es de un alto grado de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), aunque en los dos últimos años se observó un crecimiento de la población que tiene algún tipo de obra social, la cual les brinda poca cobertura en la medicina privada. Cuenta con 240 camas.

Con respecto al organigrama, el mismo está compuesto por Director y directores asistentes, Administración, Servicio de Estadística, el área asistencial está organizada por todos los Servicios y unidades de servicio. En el caso particular de Terapia Ocupacional, es una unidad de servicio, perteneciente al Servicio de Neurología. Cabe destacar que al momento de la presentación del proyecto, Terapia Ocupacional no existía en la estructura hospitalaria. La estrategia utilizada para lograr el objetivo propuesto fue y es, la observación, difusión, presencia, participación, respuesta a la demanda, trabajo en equipo y crecimiento acorde al modelo sanitario y estructura institucional.

A lo largo de todos estos años, lenta, pero consistentemente, se fueron generando diferentes acciones. A los fines de una mejor comprensión del desarrollo de la experiencia, la misma se la dividió en cinco etapas, las cuales se encuentran marcadas por el contexto socio-político y sanitario de cada momento, el cual ha incidido directamente en las acciones realizadas. Desde 1989 a 1995, el modelo sanitario se encuadraba en la premisa de “Salud para todos en el año 2000” (3). En la Tabla 1 se puede observar la estadística por año:

Años	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total	543	822	1154	1413	1320	1250	750	860	824	1062	1332	1738	3332	2980

Primera etapa: (1989-1991): Se inicia concurrencia (12hs. semanales) Observación de la dinámica hospitalaria, difusión, servicio por servicio, atención de pacientes ambulatorios en el Servicio de Neurología (niños y adultos) y de internados en Clínica Médica. Participación en ateneos de Neurología. Se inicia proyecto de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) en el primer nivel de atención (2) (6). Apertura de la Unidad de Prácticas Clínicas de la ENTO. Participación en las Asambleas hospitalarias,

con el objetivo en el primer momento de una observación diagnóstica y posteriormente de participación gremial.

Segunda etapa: (1991-1993) Nombramiento efectivo en la categoría 8 del escalafón municipal (cargo técnico). Se incrementan las acciones ya iniciadas en la etapa anterior. Incorporación de concurrentes. Atención de pacientes de otros servicios del hospital, como Salud Mental, traumatología, reumatología, neonatología, pediatría, etc. Participación docente en las cursadas de Atención Primaria (MAPI), Neurología y Pediatría, de los alumnos de medicina de la UBA.

Tercera etapa: (1993-1995) Pase a la Carrera Médica Hospitalaria de la Pcia. de Bs. As. (Cargo profesional) jerarquizándose de esta manera el rol profesional y posibilitando el desarrollo de nuevos proyectos. A fines de esta etapa comienzan los conflictos por la separación del partido de General Sarmiento en tres, (San Miguel, José C. Paz y Malvinas Argentinas), produciéndose el pase arbitrario y no sanitario del personal de salud, acompañado también de muchas cesantías, entre las cuales se encontraban la de los principales líderes gremiales de la Asociación de Profesionales. Desaparecieron servicios completos, como el de Salud Mental, con el cual T.O., interactuaba permanentemente. En ese momento T.O. quedó resguardada dentro del Servicio de Neurología.

Cuarta etapa: (1995-1997) Se produjo una gran crisis, en la que la política municipal fue de vaciamiento del hospital, a través de grandes faltantes de insumos, produciéndose de esta manera la expulsión de la población hacia otros hospitales y presionando de esta manera para la provincialización del Hospital. El intendente de ese momento fue preso por la retención indebida de un subsidio para discapacitados, entre otras muchas cosas. Dentro de este contexto, T.O. mantuvo una producción que no bajó del nivel inicial. Se le dio a la T.O. la función de jefa del área, función que hasta la fecha no es rentada, se participó activamente en el ámbito gremial.

Quinta etapa: (1998-2002) Se comienzan a restablecer las prestaciones. Participación en la fundación del Comité de Bioética, se ingresa en la comisión directiva de la Asociación de Profesionales Universitarios del Hospital Larcade (APUHL). A mediados del 99' se produce una de las crisis más profundas de la institución, desencadenándose los hechos que fueron de público conocimiento cuando Aldo Rico tomó el hospital a modo de acto mediático que tenía por atrás un plan perfectamente armado de arancelamiento, instalando un modelo productivo sin ninguna política sanitaria y con una nueva camada de personal bajo el sistema de la flexibilización laboral (becas

municipales), pagándoles por hora e intimándolos a privilegiar la atención de pacientes con obras sociales, además de personal perteneciente a los planes jefes y jefas de familia, llevando esto a una fragmentación del perfil, que hasta ese momento tenía la comunidad hospitalaria. Se incorpora una T.O. becada en las condiciones antes mencionadas y en este período se observa un incremento de la producción. El trabajo en equipo se sostiene por los mismos profesionales que lo venían haciendo así desde otras épocas y no porque el nuevo sistema lo contemple.

En la actualidad el servicio consta de una terapeuta ocupacional becada hace 3 años y otra con nombramiento efectivo hace 14 años. Se atienden pacientes ambulatorios niños, adolescentes y adultos en los siguientes dispositivos: dos grupos de estimulación temprana de niños con lesiones neurológicas, un grupo de estimulación temprana niños con SME. de down, niños de edad escolar, y adultos con trastornos neurológicos y un dispositivo de evaluación y clínica familiar de pacientes con alteraciones cognitivas. Además se atienden a pacientes internados en terapia neonatal, pediatría, sala de clínica médica, cirugía.

La Lic. T.O. Liliana Paganizzi, en su libro “Terapia Ocupacional: del Hecho al Dicho” dice: “...muchas veces en situaciones de imposibilidad de práctica de la libertad se construyen refugios: en la teoría, en la individualidad, en la especificidad del rol, en la afectividad. Pero de todos modos la institución protege, avala, legaliza una práctica con otros, un posible crecimiento...compartir sustentando una identidad que constantemente se va a poner a prueba a partir de la existencia de los otros...” (7) Este compartir, sustentando la identidad de la Terapia Ocupacional es un camino arduo y difícil a la hora de abrir espacios, pero es justamente esta característica, que a lo largo del desarrollo de esta experiencia fortaleció el sostenimiento de este espacio, haciéndolo crecer y permanecer.

Bibliografía:

1. Hopkins Smith, 1998. "Willard/Spacman. Terapia Ocupacional" octava edición, Editorial Médica Panamericana, (Madrid, España) 3-948.
2. Capozzo, M., Daneri, S., Toscano, V. "Concepto de Terapia Ocupacional" Comisión de Egresados de la ENTO.
3. OMS. 1991. "De Alma-Ata al Año 2000. Reflexiones a medio camino". Organización Mundial de la Salud, (Ginebra) 3-174.
4. Testa, Mario. 1997 "Pensar en Salud". Lugar Editorial S.A., (Buenos Aires) 6-233.
5. Daneri, S. "Un Modelo de rehabilitación en un Hospital Psiquiátrico en transformación". Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. XI Congreso Argentino de Psiquiatría de A.P.S.A. III Congreso de Mass Media y Salud Mental.

6. Cieri, P., Fiorentino, A., Kgo Ruis, O., Siede L. 1999. "Trabajo y Comunidad. Rehabilitación con base en la comunidad" Serie COMPILACIONES 3, C.O.L.T.O.A. Grupo Editor, (Argentina) 9-123.
7. Paganizzi, L. y otros. 1991. "Terapia Ocupacional: del Hecho al Dicho". Psicoterapias Integradas Editores, (Buenos Aires-Argentina) 11-106.

Agradecimientos:

En primer lugar quiero agradecer la apertura, el apoyo y el reconocimiento constantes que hasta el día de hoy recibo del Servicio de Neurología en su conjunto, ya que sin ellos, todo lo realizado hasta la fecha, no se hubiese podido realizar, además de todo el afecto y los lazos entrañables que se crearon gracias a este camino que recorrimos juntos.

A todos mis compañeros de aquel viejo Hospital que supimos defender.

Y por último a los pacientes, que son los que día a día, sostienen, exigen y defienden este espacio que ellos mismos ayudaron a construir.

Nota: El presente trabajo fue presentado parcialmente en las II Jornadas de la Residencia de Terapia Ocupacional, en el mes de mayo del 2002, en el Centro Cultural San Martín, Buenos Aires, Argentina.

TITULO:

**“UNA MODALIDAD DE TRABAJO DE TERAPIA
OCUPACIONAL
EN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS”**

AUTORES:

T.O MONICA GUADALUPE OCELLO

Saavedra n° 638 Código postal 3013

Ciudad: San Carlos Sud Provincia Santa Fe

E-MAIL: mocelloar@yahoo.com.ar

ROLFI, FLAVIA

MENDEZ, MARIA CECILIA

INSTITUCION:

HOSPITAL PROVINCIAL "DR. JOSE MARIA CULLEN"

**CIUDAD DE SANTA FE - PROVINCIA DE SANTA FE -
ARGENTINA**

**AVENIDA FREYRE 2150 - TELEFONO: 0342-457 3357
INT. T.O. 281**

Introducción:

La búsqueda del perfil indicado para el Sector de Terapia Ocupacional ha sido par mi una verdadera controversia debido a la diversidad de patologías que se atienden en el Hospital, la complejidad del mismo y la escasez de recursos humanos, físicos y presupuestarios. Por todo ello, he priorizado la calidad de los servicios y la labor docente en contraposición con las estadísticas, teniendo en cuenta solamente las demandas más urgentes.

Trataremos de condensar en el presente trabajo el enfoque y orientación que damos a nuestra práctica en relación a los programas dirigidos a pacientes con disfunciones psicofísicas.

El Hospital Cullen tiene la categoría de Hospital General de Agudos y de Emergencias, complejidad 9, contando con todas las especialidades médicas. El volumen mensual promedio de consultas externas es de 16.025 y el egreso de internación 985 pacientes.

El Sector de Terapia Ocupacional cuenta con un cargo de T.O., 2 Concurrentes y 1 Asistente.

La población que requiere los servicios está conformada por jóvenes, a partir de los 16 años, adultos y adultos mayores. La misma puede dividirse en dos grupos: uno, cuyo nivel socioeconómico y educativo es pobre (constituido por personas desocupadas o subocupadas, sin cobertura de obras sociales) y otro porcentaje menor de pacientes con cobertura social.

Por lo antedicho, debemos adaptar las prestaciones de Terapia Ocupacional. Aquellos que residen en el interior de la Provincia son derivados a las Unidades de Rehabilitación de los Hospitales correspondientes, se les brinda el equipamiento necesario para el uso en su casa, ya sea, adaptaciones destinadas a alcanzar la máxima autonomía o ferulaje con el propósito de corregir deformaciones o evitarlas. Desde el servicio, se le brinda toda la folletería disponible para cumplir con las tareas en el hogar, específicamente el posicionamiento en etapas iniciales.

EL PROCESO DE TRATAMIENTO

Los marcos de referencia que nos sustenta son el biomecánico, neurodesarrollo, conceptos del modelo de la ocupación humana y abordaje cuadrifónico.

La mayoría de los pacientes que son abordados en internación, luego continúan el tratamiento por consultorio externo.

La entrevista inicial apunta a recavar datos significativos e individualizar las demandas concretas.

Las evaluaciones estándar disponibles y los protocolos de tratamiento son flexibilizados ya que los pacientes necesitan una rápida reinserción laboral (traumatológicos) e independencia en las actividades de la vida diaria (neurológicos). Se aplican al inicio y durante todo el tratamiento.

La teoría del procesamiento de información y metacognitiva se utiliza teniendo en cuenta el nivel de interés y conciencia de los pacientes. Los recursos pedagógicos como folletería, dinámicas grupales, información verbal y escrita dirigida al paciente y familiares constituyen un medio interactivo esencial para el tratamiento tomando como referencia la teoría de enseñanza-aprendizaje.

El aspecto cultural y roles que desempeña el paciente son analizados para lograr un adecuado diseño de intervención terapéutica. La cual apunta a lograr la máxima independencia posible para lo cual enfocamos el abordaje desde dos ejes:

La reeducación motora se logra a través de la prescripción de actividades interviniendo desde un nivel cognitivo hasta llegar al nivel de automatismo que se había perdido a raíz de la lesión.

Entrenamiento específico de Actividades de la Vida Diaria, acompañado con el uso de adaptaciones si el caso lo requiere.

El plan de actividades, el entrenamiento y las adaptaciones se ejecutan gracias a los datos recolectados de la observación directa (evaluación) y a la aplicación de instrumentos de valoración como ser: F.I.M, evaluación Funcional.

El tiempo y Frecuencia del tratamiento depende de las posibilidades de asistencia de cada paciente, que generalmente se ve restringido por el aspecto económico.

Conclusiones

Los beneficios que brinda Terapia Ocupacional en un Hospital de Agudos es la posibilidad de brindar un espacio para que cada paciente reciba información adecuada de su proceso de rehabilitación, un abordaje específico para cada necesidad, la oportunidad de interactuar con el medio familiar de cada individuo y de ésta manera confeccionar un abordaje completo, paciente, T.O, familia.

Específicamente:

Los pacientes neurológicos se benefician con el tratamiento que apunta a la readaptación de las funciones ocupacionales básicas y asesoramiento familiar. El 50% de los pacientes con hemiplejías logra la máxima independencia en las A.V.D. básicas mientras que quienes presentan cuadriplejías requieren de máxima asistencia.

En cuanto a las A.V.D. instrumentales, el 80% de los pacientes reumáticos y el 70% de los neurológicos no logran la readaptación en las tareas del hogar debido al período corto de hospitalización y la mayoría son derivados al Hospital de Rehabilitación de la provincia.

Los pacientes traumatológicos recuperan totalmente la capacidad de ejecución de las A.V.D. básicas a corto plazo y las avanzadas a mediano plazo; un 98% de ellos vuelve a su trabajo habitual, solo un 10% de los pacientes neurológicos puede hacerlo.

Las personas con disfunciones ortopédicas necesitan equipamiento adaptado y entrenamiento en su uso.

Con esto queremos reflejar la importancia de Terapia Ocupacional y la búsqueda constante de nuestro rol profesional en éste tipo de instituciones.

Bibliografía:

Abreu, Beatriz, Abordaje Cuadrafónico. Apuntes del Curso Congreso 1995. P

Polonio López Begoña, Durante Molina Pilar, Noya Arnaiz Blanca: Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. Madrid. 2001

Rehab Management. The Interdisciplinary Journal of Rehatilitation. Volume 12- number 1, 2, 3 y 4-1999

Thombly, Catherine: Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 4ª Edición. Williams

& Wilkins, USA. 1997

TITULO: “SOS, FAMILIA EN CRISIS”

**AUTORES: LIC. T.O SILVINA OUDSHOORN
LIC. RUBÉN PIÑERO**

INSTITUCION:

Grupo PAANET. La Rioja 3550 (7600) Mar del Plata, Buenos

Aires, Argentina. TEL. (0223) 472-0319

paanet@topmail.com.ar silvinaouds@hotmail.com

Introducción

Una ley universal y tácita indica que los niños no deben morir; son seres “*puro proyecto*” ya que “*recién comienzan*”. Pero la realidad indica que esto no es así. Las vidas son vidas, y culminan con la muerte independientemente del “*tiempo*” que hayan “*durado*”.

Cuando una patología grave de pronóstico incierto como el cáncer, irrumpe en la vida de un niño, todo cambia. El niño puede vivir o morir, según la evolución de la enfermedad, y este riesgo que amenaza a un componente del sistema familiar, puede acarrear desde su desestructuración transitoria hasta la desintegración. Según una estadística realizada por el Grupo de ayuda mutua Renacer (1) tres de cada cuatro matrimonios se separa luego de la pérdida de un hijo.

¿Cómo enfrentar la crisis? No existen respuestas generales, ya que cada familia recurre a estrategias diferentes, marcadas por su estilo particular. Sí se puede aseverar que aquellas

familias que son consideradas *funcionales*, es decir, aquellas en las que prima la participación, el deseo de compartir, lazos estrechos, comunicación efectiva, transmisión de valores, son capaces de contener al niño enfermo y afrontar de manera conjunta la crisis.

Las familias *disfuncionales* encuentran diferentes niveles de dificultad para enfrentar y resolver los conflictos y el estrés que plantea la crisis, llegando inclusive hasta bloquear o inhibir los esfuerzos del niño por luchar contra la enfermedad (2).

“La familia es dadora, pero también receptora de cuidados. Por ello requiere soporte y educación específicos para brindar los cuidados que el enfermo necesita” (3). Una familia contenida redundará en un aumento en la calidad de vida del niño con cáncer: padres que responden a sus preguntas de manera adecuada y sencilla, rompiendo las conspiraciones de silencio o desinformación, que pueden poner límites y contener, que le dan el espacio y participación al niño enfermo y a sus hermanos en el tratamiento, que respetan los tiempos de cada uno de los miembros de la familia.

Masera y Spinetta (4) plantean que *“la enfermedad desafía la relación entre los padres, la relación entre los hermanos y el equilibrio de la vida familiar”* y recomiendan que *“...el centro de tratamiento debería favorecer la interacción entre las familias afectadas para estimular la participación en programas de soporte específicos que incluyan actividades con pares y con otros niños sanos –Ej. los hermanos del paciente- así como contacto posterior con grupos de soporte a padres”*.

Generar los espacios necesarios para contener a los padres y hermanos del niño y adolescente con cáncer, es una de las misiones del Grupo PAANET.

Desarrollo:

Desde el momento en que se *“sospecha que algo anda mal”*, que el niño *“ya no es el de siempre”* (5) la familia sufre gran impacto emocional relacionado con el diagnóstico (*“¡no puede ser!”*), la presencia de múltiples temores (*“¿mi hijo se va a morir?”*) –si bien actualmente debido a las mejoras diagnósticas y terapéuticas, se plantea que uno de cada mil adultos jóvenes será un sobreviviente del *cáncer*, esta palabra es culturalmente asociada con la muerte-, manejo de la información, posibilidades de participación, compromiso.

Cuando la familia recibe el diagnóstico, generalmente se instala en un momento de shock inicial, (6) caracterizado por miedo, embotamiento de los sentidos, desorientación, incredulidad, y hasta la negación de la situación traumática (7). Luego le sigue un período de reacciones complejas y contradictorias –aislamiento, hiperactividad, distanciamiento, ocultamiento, (8) sobreprotección, resentimiento,

hostilidad, etc.- adoptadas según el estilo particular de cada uno de los miembros de la familia (9).

Cuando la realidad es “*aceptada*” al comprobar que “*no se trata de un error*”, la familia comienza a recorrer un camino de “*ajustes*” necesarios para afrontar los “*cambios obligados*”: gastos inesperados, cambios en las relaciones familiares, roles, funciones y actividades sociales. La crisis que genera el cáncer afecta de lleno a la familia, la que responderá como una unidad social, alterando básicamente su dinámica.

La exposición prolongada y mantenida ante situaciones críticas, emergencias o recaídas puede desgastar la solidaridad y el interés de alguno/s de sus miembros, restándole el apoyo. Los problemas económicos, el cansancio físico y emocional, el quiebre de las rutinas familiares aumentan la tensión en el sistema familiar.

Uno de los objetivos generales del PAANET es ***lograr la más alta calidad de vida para el niño y su grupo familiar***; en los talleres para padres y actividades para los hermanos se aborda la problemática generada a partir del momento del diagnóstico de la enfermedad del niño. Se plantean como objetivos específicos: estimular la participación y compromiso del grupo familiar; acompañar a la familia en su elaboración del proceso de enfermedad; favorecer la toma de decisiones; apoyar a los padres en la búsqueda de la resolución de la conflictiva familiar; estimular y generar canales adecuados de comunicación; favorecer el adecuado manejo de la información; contener emociones que generen ansiedad y angustia.

Cuando la familia toma contacto con el PAANET, se le brinda información sobre las actividades y servicios del grupo, y se completa una cartilla que contiene un genograma familiar, manera gráfica de visualizar su composición, e informa sobre el “armazón” o estructura de la familia, sus relaciones y vínculos. Esta cartilla se elabora de manera conjunta con la familia. Posteriormente, se le asigna a la familia una pareja de Acompañantes (un Voluntario y un alumno de Práctica Clínica) y se incorporan a las actividades o servicios que necesitan (Ludoteca, Banco de Dadores de Sangre, Grupo de padres, Actividades recreativas, Grupo de Narradores, etc.).

En base a las problemáticas expuestas por cada familia, se “*van armando las hojas de ruta para navegar en crisis*”; estas funcionan como “*orientadores para tiempos desorientados*”, cuando el caos, la angustia y la desorganización por el futuro soñado y perdido, atentan contra la estabilidad del sistema familiar.

Cada familia transita la crisis como puede, utilizando sus propios recursos, diseñando su propio recorrido por el proceso. El compartir estas experiencias enriquece y potencia las estrategias de afrontamiento.

Las problemáticas más habituales (detectadas por la familia e identificadas como *generadores*) son comunes a muchos grupos familiares y pueden agruparse dentro de grandes apartados: comunicación, temores, participación, respeto, cambios, desgaste, incertidumbre, y emociones como fracaso y enojo. Se recurre al registro de experiencias previas de grupo familiar, ya que los recuerdos de otras situaciones críticas vividas por la familia desde lo individual y como grupo, pueden ayudar a encontrar nuevas respuestas. Como instancia final, se organizan *propuestas de acción*, las que pasamos a denominar HOJAS DE RUTA, las cuales serán expuestas en la presentación del trabajo, ya que debido a su extensión no se pueden consignar por escrito.

Conclusiones:

Navegar en tiempos de crisis es difícil, pero aprendiendo, sacando provecho de cada situación, se puede salir airoso: es poder entender a la crisis como una oportunidad para potenciar lo mejor en cada uno de los miembros de la familia.

Compartir estas experiencias con otras familias resulta altamente beneficioso, ya que los aprendizajes directos e indirectos nutren y fortalecen a todo el grupo.

La utilización del recurso “hojas de ruta”, y la generación de las propias permite a las familias atravesar la crisis de una enfermedad grave o terminal de manera airoso, independientemente del pronóstico y desenlace de la enfermedad, aumentando su capacidad

cuidadora, mejora la calidad de vida/calidad de muerte del niño; aumenta la seguridad del grupo, favorece la participación de todos, controla la agresión.

Desde terapia ocupacional al favorecer en el sistema familiar adecuadas estrategias de afrontamiento de la crisis, se apunta al logro de una mejor calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- (1) Berti, Gustavo y Alica; “La muerte de un hijo. Ayuda mutua en el proceso del duelo”
Revista Archivos Argentinos de Pediatría. Vol. 94 N° 5, año 1996)
 - (2) Batista, J.E.; Prieto Villanueva; 1994 ¿Familiares conflictivos? Revista Med. Clin.
(Barcelona, España) V. 102 Págs. 742-743.
 - (3) Masera, G; Spinetta, J; et al; Lineamientos Generales. Comité sobre Aspectos
Psicosociales en Oncología pediátrica de la SIOP)
 - (4) Cordoniu Nuria; 1998. “Enfermería en Cuidados Paliativos”. Editores Estrada de
Ellis y Martí (Buenos Aires) 189-201
 - (5) Las frases entrecomilladas en este párrafo corresponden a expresiones de padres.
 - (6) Barnstorff, P.; Cap. 28: “The dying child. Occupational Therapy for children”. Pratt-
Allen. Ed. Mosby. (EEUU). 1989 p. 586
 - (7) Span Stephen; La atención del enfermo terminal y de su familia”. MF Revista
Internacional de Medicina Familiar; N° 11-12; Setiembre/diciembre 1989. Págs. 36-
40
 - (8) Serna V; López, T.; López, S.; 1995. La opinión de los parientes de enfermos de
cáncer sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer. Rev. Neoplasia V 12 (1)
Págs. 19-22
 - (9) Masera, G; Spinetta, J; et. 2001. Recomendaciones sobre Aspectos Psicosociales en
Oncología Pediátrica. International Society of Pediatric Oncology. ED. Fundación
Flexer, (Buenos Aires, Argentina)
- *Barnstorff, P.; Cap. 28: The dying child. Occupational Therapy for children. Pratt-
Allen. ED. Mosby. (EEUU). 1989
- *Boyero González, B.; 1996. Ética en la relación enfermo terminal-entorno familiar.
Cuadernos de Bioética 1996/2º. (Barcelona, España) Págs. 168-172.
- *Sanz Ortiz, J.; 1991. La familia y el paciente con cáncer. Med. Clin. (Barcelona,
España) V. 96 Págs. 745-746
- *Levine, A.; (1978) Impacto del cáncer: esperanza y abandono. “Impacto psicológico
del cáncer”. ED. Galerna (Buenos Aires, Argentina)
- *Versluys, H.; 1998 Influencia de la familia. “Terapia Ocupacional” Willard &
Spackman. 8º edición. ED. Panamericana (Madrid, España) 161-165

***MESA DE COMUNICACIONES
CIENTÍFICAS***

TEMAS PROFESIONALES

MESA 1

TITULO:

**“SERVICIO DE ORIENTACION VOCACIONAL-
OCUPACIONAL”**

SUBTITULO DEL TRABAJO:

“PROYECTO DE ORIENTACIÓN PREUNIVERSITARIO”

AUTORA: LIC. T.O GABRIELA KARINA CAPEL

Telefono: 154434-6702

e-mail: gcapel@unq.edu.ar, capelto@web-mail.com.ar

INSTITUCIÓN: Universidad Nacional de Quilmes

Ciudad: Quilmes

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Resumen:

Este proyecto nace a partir de la localización de una problemática observada a lo largo de los últimos periodos electivos académicos de la Universidad Nacional de Quilmes.

A partir de la elaboración de informes estadísticos en el campo, realizados por el programa de Tutorías Universitarias, he podido detectar una desorientación de los alumnos y futuros ingresantes a la universidad, respecto de su elección vocacional. A través de las evaluaciones realizadas, se detectaron como factores: la falta de información y de ideas distorsionadas o erróneas del campo laboral de las mismas.

Frente a dicha problemática se plantea el proyecto de un *Servicio de orientación vocacional-ocupacional*, dirigido por terapeutas ocupacionales y abordado desde un equipo interdisciplinario. El mismo aportaría no solo una respuesta frente a la problemática, sino una apertura hacia un campo poco explorado desde la profesión, motivo que me ha llevado a emprender este desafío y la posibilidad de resaltar el rol del terapeuta ocupacional dentro de nuestra casa de altos estudios.

Este proyecto no ha tenido solo como objetivo enfatizar la disminución del abandono o cambio de carrera de los alumnos (como podremos observar en los informes estadísticos) a partir de la implementación del mismo, sino el aporte logrado al formular una nueva estrategia para abordar el tema de la orientación vocacional - ocupacional desde la terapia ocupacional. Buscando de esta manera pensar más allá de la discapacidad y destacar el arte de la terapia ocupacional cuyo supuesto se basa en la creencia que los seres humanos requieren y experimentan significado en sus actividades diarias. Rescatando y poniendo en práctica una perspectiva clínica sobre la motivación basada en el principio de involucrar al paciente o cliente (en este caso el alumno) de manera activa con sus intereses y aptitudes frente a la toma de decisión de su futuro ocupacional.

Introducción:

La orientación vocacional es una intervención asumida desde las instituciones educativas, ante momentos de cambio que generan miedos, desconcierto y dudas. Dicha intervención está direccionada a resolver los conflictos aparejados ante preguntas tales como ¿qué quiero llegar a ser?, ¿cómo? y ¿donde?, respecto de las oportunidades educativas y ocupacionales que se ofrecen. Partiendo de dichas oportunidades el proceso de orientación esta destinado a conseguir una comprensión adecuada de las distintas opciones profesionales que existen en el mundo de la educación, permitiendo una mejor elección acorde a los intereses, aptitudes, motivaciones y objetivos personales. La orientación vocacional-ocupacional es un campo extenso y de vastas proyecciones tanto en lo referente a la prevención de los aprendizajes sistemáticos (escuelas) como asistemáticos (en situaciones vitales de cambio) donde el individuo reflexiona, explora sobre sí mismo y elige; de esta forma la O.V acompaña el proceso educativo y no solo suple sus carencias. Desde lo preventivo el proyecto de ***Orientación Preuniversitaria*** dirigido a los alumnos que asisten al Curso de Ingreso o futuros estudiantes universitarios, brinda la posibilidad de poder discernir sobre la elección de qué se quiere hacer, quién es y a dónde se quiere llegar, pudiendo evitar a tiempo fracasos o futuras abandonos. Quien solicita orientación debe ser acompañado en su búsqueda, escucharlo y pensar en su problemática, proporcionarle el espacio y el tiempo requerido para que elabore sus propias respuestas e indague en su subjetividad, se confronte con las propuestas educacionales y ocupacionales y esclarezca las determinaciones que marcan sus proyectos de futuro. Debido a su función institucional el espacio de *Tutorías* gestiona un proyecto que orienta al alumno desde esta perspectiva, a partir de la generación de un ***Servicio*** que brinde espacios de diálogo, talleres de reflexión, entrevistas de contención y asistencia psico- social desde un grupo interdisciplinario integrado por un equipo interdisciplinario de Licenciadas en *Terapia Ocupacional, Lic. en Psicología y Psicopedagogía*, cuyas incumbencias profesionales cumplen con los objetivos que el taller se plantea

Fundamentación

El siguiente proyecto surge como respuesta a la problemática planteada en los alto niveles de abandono, obtenidos en un estudio estadístico realizado a los alumnos de la Universidad Nacional de Quilmes, donde se observo claramente un alto nivel desinformación y desorientación respecto de las carreras elegidas y su futuro profesional. En dicha evaluación los aspectos más críticos apuntan a una equivocada

elección y una dudosa decisión de su futuro. En búsqueda de una solución adecuada y viable para resolver dicho problema emerge la propuesta de brindar talleres de orientación vocacional-ocupacional, poniendo en práctica métodos y conocimientos que implementen recursos adecuados a esta necesidad. A través de dichos talleres, los alumnos del ingreso o futuros estudiantes lograrán aprender desde su experiencia de vida a aplicar los conocimientos en nuevas situaciones y tomar decisiones por sí mismos, partiendo de que, una vez asimiladas las experiencias necesarias, las situaciones se disuelven y podemos generar otras nuevas. Las preguntas que nos formulemos en nuestra vida inciden directamente en la calidad de la misma, y son motivadas por nuestra actitud ante esta. El factor central determinante en el carácter práctico de la ocupación es que en el momento de su elección, los sujetos implican en ella significados. Así, el significado de una actividad estará en parte determinado por la experiencia acumulada de una persona, y los valores de importancia que cada uno atribuye a dicha experiencia. Tomando el concepto de ocupación, como actividad dirigida a un objetivo de participación activa, la cual es observablemente consciente, planificada y placentera; asumimos como principio de intervención, el atribuir características intrínsecas y conscientes a la motivación. Dejando en claro que la finalidad del proyecto es una intervención efectiva que requerirá no sólo del conocimiento adecuado de dicha motivación, de las aptitudes, destrezas y condiciones (psicosociales) que influyen en el desempeño de un sujeto; a través de una atención caracterizada por una comunicación efectiva, de confianza y confianza. Esto nos permitirá como institución académica prevenir y mejorar la calidad de nuestros futuros profesionales.

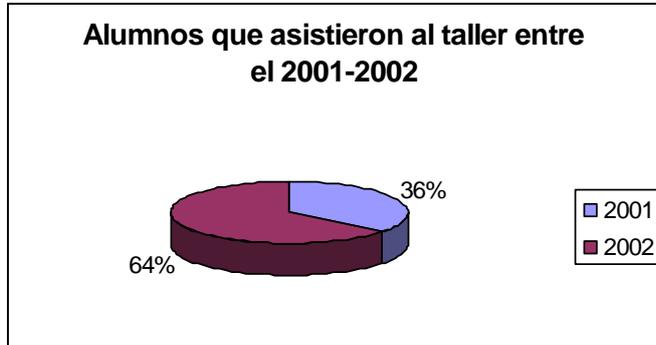
Conclusiones:

El campo seleccionado de trabajo abarca las áreas de ingreso a la universidad, con el fin de evaluar el funcionamiento del proyecto desde su implementación. Partiendo de una población de 4700 alumnos regulares hasta diciembre del año 2000, cuyo 15 % ha pedido cambio de carrera y un 45 % ha abandonado sus estudios por diferentes razones. Se ha podido observar desde la implementación del proyecto en el primer cuatrimestre del año 2001. Por un lado la disminución de cambio de carreras del 2 % y del 4 % por abandono de sus estudios en relación al aumento de 1100 alumnos regulares a Diciembre del 2002. Por otro lado, de un total de asistencia a los talleres de 570 alumnos se debe destacar un aumento entre el 2001 y el 2002 del 16 % del curso de

ingreso de la universidad, y 9% de alumnos pertenecientes al tercer año del polimodal (algunos de ellos futuros ingresantes a la Universidad Nacional de Quilmes).

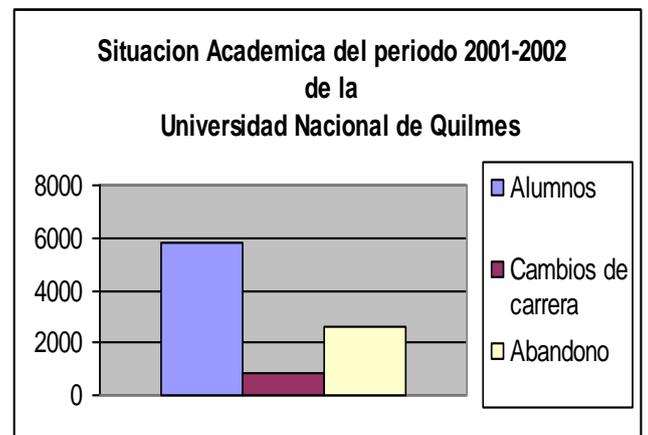
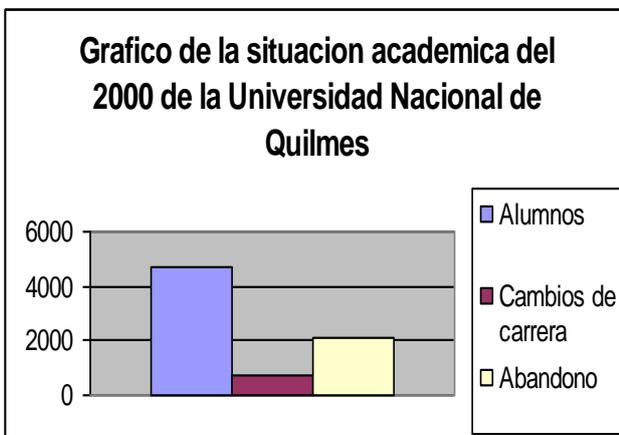
ANEXOS

	al 2000	
Alumnos	4700	
Cambios de carrera	705	15%
Abandono	2115	45%



	2001-2002	
Alumnos	5800	
Cambios de carrera	870	13%
Abandono	2610	41%

	2001	2002	total
alumnos del taller del ingreso a la UNQ	115	205	320
alumnos del taller del Polimodal	100	150	250
total de asistentes al taller	215	355	570



Bibliografía:

- Ander-Egg, E. y Aguilar, J. 1993. "Como Elaborar un Proyecto": Guía para diseñar proyectos de intervención socio-educativa, editorial Magisterio del Río de la Plata. (Bs. As).
- Atrio, Nelida y otros. "Espacios psicopedagógicos". Editorial Psicoteca. (Bs. As)
- Bohoslausky, R. 2001. "Orientación Vocacional": La estrategia Clínica. Editorial Nueva Visión. (Bs. As.)
- Buke, J.P. 1983. "Program Children Hospital ". Los Angeles. (EEUU).
- Cosullo y Capsials. "Proyecto de vida y decisión Vocacional" _ Editorial Paidós. (Bs. As.)
- De Hemphill, J.B. 1988. "Mental Health Assessment in Occupational Therapy, An Integrative Approach to the Evaluate Process". (USA).
- Fogliatto, H. 1991. "Cuestionario de Intereses Profesionales": Cip_ Editorial Guadalupe. (Bs As.).
- Gullco, A y di Paola, G. 1993 Orientación Vocacional "Una Estrategia Preventiva" _ Editorial Vocación. (Bs.As.)
- Gelvan De Vainstein, S. 1997." Orientación vocacional ocupacional". CEA, (Bs. As).
- Kielhfer, G . 1983. Health Through Occupation. En: "Theory and Practice in Ocupacional Therapy". Davis Company (ed). (Philadelphia).
- Kuder, E. 1995. "Cuestionario General de Intereses" editorial .Paidos. (Bs As.)
- Labake, Y.C: 1991."Test multifactorial de orientacion vocacional" .TMOV_ Editorial Bonum, (Bs. As).
- Mallinson, Trudy, MS, OTR/L, NZROT. 1998. "Work Rehabilitation in Mental Health Programs". University of Illinois at Chicago. (EEUU).

TITULO:

**“APORTES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL
RESPECTO DE LA EXPRESIÓN DE LA AUTONOMÍA DE
LAS PERSONAS VULNERABLES, DESDE UNA
PERSPECTIVA BIOÉTICA”**

AUTORAS:

LIC. T.O EVANGELINA ANGELI

E- mail: kakelina77@hotmail.com

LIC. T.O RUTH RENÉE ORTIZ DE ROSAS

LIC.T.O YANINA NATALIA QUIROGA

INSTITUCIÓN:

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Funes 3350.

(7600) Mar del Plata.

Buenos Aires. Argentina.

TEL. 475-2442.

Resumen:

La *autonomía de las personas vulnerables* es un valor y un derecho para la bioética, que implica la protección de las personas que por atravesar diversas circunstancias (edad, patología, crisis emocionales, situación socioeconómica adversa, factores ambientales desfavorables, etc.) pueden presentar capacidades cognitivas, emocionales, volitivas y sociales comprometidas; pero que aún así gozan de una mínima voluntariedad y cierto grado evaluable de competencia como para promover y potenciar sus opiniones, elecciones y acciones dentro de un marco de autenticidad.

Si entendemos que la autonomía, como principio bioético, subyace en la realidad cotidiana del acontecer terapéutico podemos reflexionar acerca de los aportes que desde la Terapia Ocupacional primen el respeto por la dignidad humana y la vida en general y en donde se privilegie la autonomía de las personas vulnerables; vulnerabilidad sobre la que actúa Terapia Ocupacional.

Indagando acerca del significado que tiene para los terapeutas ocupacionales la autonomía de las personas vulnerables; y si creen que favorecen la expresión de dicha autonomía, a través de su abordaje terapéutico, se manifiestan recursos técnicos, modalidades terapéuticas, actitudes personales y criterios éticos que nos permiten entretejer peculiaridades representativas de la Terapia Ocupacional, con un enfoque bioético como alternativa posible.

Introducción

En el campo de las Ciencias de la Salud, la Terapia Ocupacional no está exenta a los avances científicos y tecnológicos del mundo moderno; en donde para la resolución a los distintos dilemas no basta con los conocimientos técnicos de cada profesión; es necesario tomar en consideración cuestiones humanísticas y filosóficas que permitan opciones de carácter ético.

Es por ello que pretendemos reflexionar acerca de los aportes que desde la Terapia Ocupacional primen el respeto por la dignidad humana y la vida en general y en donde se privilegie la autonomía de las personas vulnerables; vulnerabilidad sobre la que actúa Terapia Ocupacional. Entendemos que, la *autonomía de las personas vulnerables* es un valor y un derecho para la bioética, que implica la protección de las personas que por atravesar diversas circunstancias (edad, patología, crisis emocionales, situación socioeconómica adversa, factores ambientales desfavorables, etc.) pueden presentar capacidades cognitivas, emocionales, volitivas y sociales comprometidas; pero que aún así gozan de una mínima voluntariedad y cierto grado evaluable de competencia como para promover y potenciar sus opiniones, elecciones y acciones dentro de un marco de autenticidad.

Si entendemos que la autonomía, como principio bioético, subyace en la realidad cotidiana del acontecer terapéutico, la misma se despliega cada vez que se presentan posibilidades de entender y comprender los objetivos terapéuticos y las técnicas implementadas para el logro de los mismos, las indicaciones terapéuticas y los beneficios que representarán el cumplimiento del tratamiento en su vida cotidiana. Beneficios que no siempre implican un nivel de superación respecto del estado actual, sino que apuntan a favorecer la calidad de vida.

Así mismo, cuando en el proceso terapéutico, la persona vulnerable tiene la posibilidad de elegir y decidir participar y permanecer en dicho proceso, cuando puede variar las modalidades de las técnicas implementadas, elegir las actividades que de acuerdo a sus intereses resulten terapéuticas y decidir el término y la finalidad de la propuesta terapéutica. En un encuadre de participación activa del paciente pero delimitado por el conocimiento, la formación y actitud del terapeuta. También la autonomía se objetiviza en las posibilidades del “hacer”; hacer terapéutico que se concretiza a través de las técnicas de abordaje, de las modalidades elegidas y de las actividades terapéuticas.

Y finalmente a partir de las posibilidades de vincularse afectivamente al promover vínculos terapéuticos significativos entre los elementos del proceso terapéutico, respetando y facilitando la expresión de la autonomía de la persona vulnerable.

Conclusiones

Los recursos técnicos destacados por los terapeutas ocupacionales, durante el trabajo de campo, fueron la actividad terapéutica, desde fases de actividad hasta la concreción de proyectos; y la modalidad de implementación de dicha actividad. Es decir que se torna tan importante la actividad como su modalidad de implementación en relación a los objetivos de tratamiento. Interpretamos que las posibilidades que ofrecen estos recursos promueven la participación activa del paciente en el proceso terapéutico, brindando posibilidades de comprensión, elección y acción, con diversos grados de autonomía.

Con respecto a las posibilidades de intervención del paciente en la propuesta terapéutica, las mismas oscilan entre la plena posibilidad de expresión, hasta una posibilidad limitada por diferentes variables, como la edad, la patología, el momento de la enfermedad, la familia, etc.; variables que inherentes a los grupos vulnerables, en algunos casos se presentan como determinantes de la no posibilidad de expresión, en otros casos no se presentan como determinantes y en un tercer grupo se reconocen diferentes grados de autonomía y las múltiples posibilidades de expresión de la misma.

Aquí juega un papel fundamental la actitud del terapeuta ocupacional, capaz o no de ofrecer las oportunidades que aún en situaciones de vulnerabilidad permitan al paciente elegir y decidir, participar.

En relación a la participación de la familia en el proceso terapéutico se destaca, por un lado, su importancia como condición necesaria para alcanzar la salud, mientras que por otro lado, se transforma en generadora de patología adjudicándole al paciente el rol de portavoz de la enfermedad familiar.

Fue mencionado el equipo interdisciplinario donde reconocemos del mismo que si es carente de las posibilidades de diálogo, argumentación y búsqueda de consensos, limita las oportunidades de expresión de la autonomía del paciente.

En relación al contexto social, también fue concebido como generador de patología, cuando no encuentra en sí mismo posibilidades que ofrecer a sus miembros; como marco que no dignifica a quienes lo integran y como receptor, al igual que el

paciente, la familia y los profesionales de la salud, de políticas de salud de un Estado que no garantiza las mínimas necesidades de sus miembros. Cuestión que nos hace reflexionar hasta dónde la autonomía como objetivo primordial de la Terapia Ocupacional, no queda concebida como un fin abstracto, en tanto los terapeutas ocupacionales sólo cuentan con los recursos profesionales, inmersos en un contexto hostil que no brinde oportunidades que ofrecer al paciente...

Actitudes tales como plasticidad, creatividad, mirada integradora y practicidad revelan la identidad particular de nuestra disciplina y la peculiar modalidad del terapeuta ocupacional de posicionarse frente a la situación terapéutica.

Entre los criterios éticos implementados en el abordaje terapéutico por los profesionales que tienen formación en Bioética y los que no, resultan significativas las similitudes que existen entre ellos; mencionan el respeto como valor esencial de su accionar ético. Los terapeutas ocupacionales consideran que los valores y la postura ética de su vida cotidiana transcurren indisolubles del ejercicio profesional. Esto responde a que la historia personal del profesional, signado de valores y principios, determina un posicionamiento ético profesional como variable que junto al contexto socioeconómico, cultural e histórico determinan la práctica en Terapia Ocupacional.

Concepciones tales como: condición inherente a todos los seres humanos, condición sujeta a variación y que admite grados, capacidad de comunicación entre interlocutores válidos, respeto por las asimetrías, posibilidad de múltiples expresiones y la necesidad de comprenderla a partir de la historia personal, creencias y valores en un contexto particular; reflejan el significado que los terapeutas ocupacionales le otorgan al concepto de autonomía.

Hay quienes sin tener conocimientos de Bioética, desde un lenguaje técnico, relacionan la autonomía, con las posibilidades de independencia dentro de las diferentes esferas de la vida de la persona. La independencia entonces, se manifiesta como un posible y válido intento de expresión de la autonomía, desde una perspectiva Bioética. Cabe destacar que dicho principio excede ampliamente los límites de la independencia, convirtiéndose en un referente de actitudes y valores frente al otro.

En su esencia, la Terapia Ocupacional, intenta construir un espacio dialógico en un marco de respeto hacia situaciones de vulnerabilidad, tratando de compensar, dentro del proceso terapéutico, la diferencia de oportunidades, propias del contexto social.

Concluimos que la autonomía como núcleo de nuestra investigación se

manifiesta como pilar dentro del accionar en Terapia Ocupacional.

Descubrimos entonces que la Bioética, como enfoque particular, es una valiosa propuesta teórica para pensar y re-pensar nuestros abordajes, así como para asumir un auténtico posicionamiento de respeto hacia el otro. Deseamos, a partir de este trabajo, que la Bioética y la Terapia Ocupacional sigan encontrando puntos de comunión y fortalecimiento recíproco.

Referencias bibliográficas

- ⁽¹⁾ Berenice Francisco R. “Terapia Ocupacional”. 11

AGRADECIMIENTOS

A las Licenciadas en Terapia Ocupacional

Emma García Cein

María Alejandra Campisi

TÍTULO:

**“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN TERAPIA
OCUPACIONAL”**

AUTORA:

LIC. T.O MARIELA NABERGOI

PASO n° 86 Piso: 4 Departamento: A

**Código postal: 1640 Ciudad: MARTINEZ Provincia:
BUENOS AIRES**

E- mail: mnabergoi@hotmail.com

CO-AUTOR:

LIC. T.O ALEJANDRA CORBO

INSTITUCIÓN:

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES - FACULTAD DE
PSICOLOGÍA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
INDEPENDENCIA N° 3065 Piso 3 Ciudad de Buenos Aires**

Introducción:

Este trabajo realizó en el marco de un grupo de estudio conformado por las autoras de las investigaciones “Síndrome de burnout en Terapistas ocupacionales especializados en enfermedades oncológicas” (Tesis de licenciatura de la Universidad Nacional de San Martín) y “Caracterización del perfil ocupacional de los trabajadores de la salud de hospitales públicos” (beca de investigación UBACyT 2001). En el mismo se presentan algunas consideraciones sobre el proceso del síndrome de burnout en terapia ocupacional. Con él se pretende promover la reflexión de los Terapistas ocupacionales sobre las condiciones de producción de sus prácticas y el modo en que éstas afectan su salud y propiciar la identificación e implementación de estrategias salutíferas individuales y colectivas en los diferentes ámbitos de trabajo.

¿Qué es el síndrome de burnout?

Se llama síndrome de burnout a un estrés laboral crónico propio de los profesionales de servicios humanos, cuya tarea implica una atención intensa y prolongada con personas que están en situación de necesidad o de dependencia. Sus componentes principales son la fatiga emocional, la despersonalización y una sensación de reducido logro personal (1) Diferentes investigadores coinciden en que el burnout es un proceso creciente que se instala en forma paulatina. Se han identificado cuatro niveles de burnout, los cuales guardan cierta correspondencia con la teoría generada por el Modelo de la Ocupación Humana.. Desde esta perspectiva, los niveles de burnout leve y moderado pueden ser asociados a afectación del subsistema de desempeño (Ej. Quejas recurrentes, dolores de espalda, cefaleas, síntomas vagos, cambios en el carácter, cansancio, etc.), los correspondientes al burnout grave al subsistema habituación (Ej. Abuso de alcohol o drogas y la automedicación con psicofármacos) mientras que en el nivel extremo los síntomas se manifiestan en el subsistema volición (Ej. Sensación de fracaso y riesgo suicida.) Estos últimos también corresponden a la tercera fase del síndrome, en tanto el abandono de la realización personal constituye una pérdida de la causalidad personal, es decir de la sensación de poder actuar sobre el propio ambiente (2,3)

En relación a las causas del burnout, si bien éstas se asocian principalmente a las características inherentes al trabajo asistencial, Graciela Zaldúa (4) considera que el estudio de este síndrome debe incluir también el estudio de las variables históricas y político-económicas que determinan actualmente las condiciones de producción de los actos de salud, por ejemplo: la caída del valor social de la profesión médica, la escasez

de recursos en salud, la sobrecarga laboral por incremento en la demanda o por sobreempleo, la crisis salarial, las formas de contratación inestable y los dilemas éticos que presentan las nuevas tecnologías u otros problemas emergentes frente al acto de salud.

Se han propuesto diversas estrategias de afrontamiento. Dentro de las medidas de prevención generales se incluyen las estrategias de afrontamiento del estrés (5): reducir las tensiones del ambiente de trabajo, recibir una mejor remuneración, regular los tiempos de descanso, realizar deportes, controlar el peso y la salud en general. Al nivel de la organización se sugiere mantener contacto con otros profesionales, compartir experiencias, fomentar espacios colectivos de reflexión y transformación tanto formales como informales, y actualizarse. Se enfatiza además la importancia de incluir la realización de actividades de esparcimiento y recreativas en la rutina diaria (6). También se menciona el trabajar para tener un buen funcionamiento en el equipo, poder establecer objetivos en común y organizar de manera positiva el espacio físico y el ambiente de trabajo, entre otras.

El Síndrome de Burnout en el Proceso de la Práctica del Terapeuta Ocupacional

La temática del burnout ha interesado a los Terapeutas ocupacionales, motivando investigaciones específicas en diferentes países. En estas investigaciones se hace referencia a factores que promueven y disminuyen la posibilidad de aparición de este síndrome en los Terapeutas ocupacionales. Entre los primeros se citan: la severidad y pronóstico de los problemas con los que tradicionalmente trabaja el Terapeuta ocupacional, la discriminación de género en una profesión mayoritariamente femenina, la ambigüedad del rol y la inseguridad del Terapeuta ocupacional en el trabajo en equipo, y la escasa valoración y reconocimiento social de la profesión. Otros temas que destacan como causa del fenómeno son la discrepancia entre las expectativas generadas por la formación de grado y la realidad en relación a los resultados de la intervención con pacientes crónicos y el énfasis que los sistemas de salud ponen cada vez más en la productividad y rentabilidad de sus servicios (7,8).

La literatura sugiere también que el abandono de la realización personal es el componente del burnout al que los Terapeutas ocupacionales son más susceptibles. Algunos de los factores citados más arriba, sumado a la falta de marcada mejoría de los pacientes, podría llevar al Terapeuta a cuestionar sus propias habilidades clínicas contribuyendo a la construcción de un sentimiento de ineffectividad. Sin embargo, la oportunidad de interactuar con los pacientes por un período de tiempo prolongado, la

calidad de esa interacción en tanto se requiere que el paciente participe como sujeto activo, y la utilización de las capacidades creativas del Terapeuta ocupacional para la selección y adaptación de las actividades son características propias del proceso de terapia ocupacional que tienden a disminuir el riesgo de experimentar cansancio emocional y despersonalización. (9)

Reflexión final

"Los procesos salud-enfermedad sólo pueden ser comprendidos en el contexto más amplio de los modos de vida y las condiciones y modos de trabajo" (Almeida Filho, 1999) (10)

Existe una marcada diferencia entre los resultados de las investigaciones de burnout en terapeutas ocupacionales que describen los estudios efectuados en EE.UU. y Australia, y los realizados en Brasil y Argentina. Si bien los resultados comparten los aspectos relacionados con la falta de reconocimiento social y las dificultades del trabajo en equipo, en los países latinoamericanos las principales causas de malestar en el trabajo no aparecen asociadas al contacto con los pacientes sino a aspectos ideológicos, políticos e institucionales como son la desorganización y burocracia institucionales, escasez de recursos, la falta de voluntad política, la desarticulación de las acciones en salud, las diferentes ideologías en relación con el proceso salud-enfermedad (11,12). Esto apoya la posición de Zaldúa sobre la necesidad de incluir el marco histórico y político-económico como determinante estructural en la configuración del síndrome así como para pensar el burnout en ámbitos diferentes a los que le dieron origen.

La reflexión sobre los procesos salud-enfermedad de nuestro colectivo de trabajo nos permiten repensar nuestras prácticas laborales para reconocer no sólo nuestros problemas sino también nuestras posibilidades.

Referencias Bibliográficas

- (1) Maslach, C. y Jackson, S.E. 1982. *Burn-out in health professions*. Citado en Zaldúa y Lodieu, M.T. 2001: El burnout: la salud de los trabajadores. *Investigaciones en Psicología*, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, IBA, Vol. 5 N°1, 151-169.
- (2) Kielhofner, G. (Ed.), 1995. "A model of human occupation: theory and application", 2nd ed. Williams & Wilkins. (Baltimore)
- (3) Nabergoi, Mariela 2002. Reflexiones sobre el Síndrome de Burnout en Terapia Ocupacional. Anuario de Publicaciones X, Facultad de Psicología, UBA.
- (4) Zaldúa, G. y Lodieu, M.T. 2001. El burnout: la salud de los trabajadores. *Investigaciones en Psicología*, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, Vol. 5 N°1, 151-169.
- (5) Sbriller, Liliana 1997. *Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos conceptuales*, Ed. Catálogos (Bs. As.)
- (6) Martínez P., Macarena y Guerra M., Patricia 1997. Síndrome de burnout: el riesgo de ser un profesional de ayuda, en revista chilena de medicina social *Salud y Cambio*, Año 6, Nro. 23, 45-59.
- (7) Broillier C., Bender D., Cyranowski J. y Velletri C. 1986. A pilot study of job burnout among hospital-based Occupational Therapists. *The Occupational Journal of Research*, 6:5, 285-299.
- (8) Stugess, J. y Poulsen, A. 1983. The prevalence of burnout in occupational therapists. *Occupational Therapy In Mental Health*, Vol. 3 (4), 47-60.
- (9) Rogers, C.J.; Dodson, S.C 1988. Burnout in occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 2, Nro. 12, December 1988, 787-792.
- (10) Almeida Filho, N. ; Silva Palm, J. 1999 La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, N°75, CESS –Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Mayo 1999
- (11) Magalhaes, Lilian Veira 1996. *La salud de los terapeutas ocupacionales*. Pontificia Universidad Católica de Campinas, Traducción no autorizada de Liliana Sbriller, MIMEO.
- (12) Material de la investigación UBACyT 1998-2000 “Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos”. TP 057. Directora: Graciela Zaldúa. Con sede en el

Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
Inédito.

TÍTULO :

**“EL DERECHO A TENER DERECHOS.
PRESENTACIÓN INICIAL DE UNA SERIE DE
MATERIALES CON APLICACIONES DIDÁCTICAS”**

AUTOR: T.O MARÍA DE LOS MILAGROS DEMIRYI

avenida@arnet.com.ar

INSTITUCIÓN:

Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos. Santa Fe.

Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe.

PREMIO “AATO 2003”

MEJOR COMUNICACIÓN LIBRE EN

TEMAS PROFESIONALES

Resumen:

El propósito del trabajo es brindar un material con aplicaciones didácticas de uso múltiple, como contribución a la formación de los Terapeutas Ocupacionales, para la intervención en la práctica social con comunidades en situación de pobreza extrema y exclusión social.

En la fundamentación se analiza el fenómeno de la exclusión, su impacto en lo ocupacional y los desafíos que plantea para la disciplina. La perspectiva de los derechos humanos, los marcos de referencia propios, en particular el Modelo de la Ocupación Humana y los recientes aportes de terapeutas ocupacionales europeos con el “Apartheid Ocupacional”, dan sustento a la misma.

La Serie “El derecho a tener derechos”, es un kit de materiales en formato video, organizados en tres unidades independientes, una cartilla con guías y sugerencias didácticas, que posee una estructura abierta, flexible y operativa. .

Conjuga el manejo de elementos teóricos, criterios y procedimientos, modos de razonamiento y de relación entre la disciplina y sus fundamentos.

La dimensión del objeto pedagógico tiene el alcance de objeto de conocimiento y objeto de acción. Como recurso, conjuga en su presentación, la perspectiva didáctica y los modos de recuperar, organizar y transmitir experiencias de prácticas no tradicionales.

Las experiencias presentadas son:

Video 1: “Pobreza y discapacidad “. Peritaje.

Video 2: “Derecho a la educación. Pobreza y vejez”.

Video 3: “Derecho al juego. Pobreza, niñez y adolescencia”.

Puede utilizarse para:

- reflexionar y explorar el rol de Terapia Ocupacional en la lucha por la defensa y promoción de los derechos humanos;
- promover y difundir los aportes de la disciplina en la lucha contra la exclusión social, ante auditorios diversos.

En lo educativo posibilita:

- introducir la perspectiva fenomenológica en el razonamiento clínico y pensar problemas actuales del campo disciplinar
- desarrollar estrategias didácticas diversas.

Aplicable para formación de grado y postgrado.

Desarrollo- Introducción:

El propósito del presente trabajo es brindar un material con aplicaciones didácticas de uso múltiple, como contribución a la formación de los Terapeutas Ocupacionales para la intervención en la práctica social con comunidades en situación de pobreza extrema y exclusión.

Este material cuenta con el antecedente que, uno de los videos que conforman el kit, el titulado: “Pobreza y discapacidad”, es utilizado por el Dr. G. Kielhofner en la materia que dicta: Teorías de Terapia Ocupacional, en la Universidad de Illinois, en Chicago.

Fundamentación

La profundidad y gravedad de la crisis por la que atraviesa nuestro país, no reconoce antecedentes en su historia. Las 21 millones de personas que viven por debajo del límite de la pobreza-equivalente a casi el 60%- y el 27% viviendo en la indigencia, son algo más que un dato estadístico alarmante. Constituyen el proceso y el producto del modo constitutivo de lo social impuesto por la globalización: la exclusión social.

Hacer frente a los desafíos que plantean estos acontecimientos implica para Terapia Ocupacional, cuanto menos: - repensar el rol que nos cabe como profesionales de la salud ante las masas poblacionales privadas del ejercicio de sus derechos más elementales; - arbitrar los medios para formar un recurso profesional competente en las prácticas sociales y – generar propuestas programáticas que promuevan el desarrollo de procesos de equidad y justicia social.

El enfoque desde la perspectiva de los derechos humanos, resulta pertinente para desentrañar elementos de base que se ponen en juego en estas situaciones. Su consideración como un proceso de construcción entraña una determinada concepción de la ley, la política y la economía, que pone de relieve la disyuntiva humana por encima de cualquier otra consideración. Una conceptualización rigurosa, lleva a admitir un continuum de derechos, compatible con el principio de indivisibilidad e interdependencia que los integran como una unidad total cuya razón reside en la dignidad humana. (Abramovich, V.y Curtis, Ch. 1997) (1). Es así que cualquier violación a algunos de los derechos sociales (trabajo, educación, salud), no queda circunscripto sino que se extiende cual una mancha de aceite hacia los otros. Este fenómeno padecido por grupos poblacionales completos, expresa un determinado orden

económico, político y social que aquí y en cualquier lugar del mundo se llama de la misma manera: dominación y explotación. El nuevo orden mundial necesita de los integrados y los expulsados. No se trata de una disfunción del sistema sino de una operatoria. Las personas víctimas de la exclusión social “transitan así por una sociedad que parece no esperar nada de ellos” (Duschatzky, S.; Corea, C. 2000) (2).

Generaciones completas de niños, adolescentes, adultos y ancianos privados de oportunidades para el ejercicio efectivo del derecho a alimentarse, a trabajar, a estudiar, a jugar, a recrearse, a atender su salud, a tener una familia; son algunos de los rasgos constatables del rostro de esta realidad. Agamben, G., (1999), dice que: *“la vida humana se define como aquellos modos, actos y procesos singulares del vivir que nunca son plenamente hechos sino siempre y sobre todo, posibilidades y potencia. Un ser de potencia es un ser cuyas posibilidades son múltiples”*. (3)

La restricción o privación de oportunidades configura a los excluidos sociales como seres carentes de perspectiva de desarrollo. La nueva noción de derechos sociales conlleva necesariamente el imperativo moral de la inclusión. La lucha contra la exclusión, tal como lo plantea Bustelo, E. (2000), (4) - entre otros-, invita a explorar un nuevo tipo de derechos que reconozca la integración social como elemento principal.

Estas consideraciones realzan la vigencia de los fundamentos filosóficos y teóricos de la Terapia Ocupacional. El bienestar ocupacional como parte constituyente del bienestar humano, el valor en la persona y la creencia en su potencialidad transformadora, son la piedra angular que fundamentan y justifican nuestra existencia. Si allí donde hay una necesidad sin cubrir hay un derecho que defender, Terapia Ocupacional puede y debe tomar partido desde una perspectiva de desarrollo en la interacción dinámica entre personas, ambientes y ocupaciones, generando oportunidades y desafíos de valor preventivo. De lo contrario, estas poblaciones serán los discapacitados que atenderemos en el futuro.

Admitiendo las múltiples lecturas que pueden generar estos nuevos actores y escenarios sociales, la urgencia de su consideración radica en el indiscutible impacto que la exclusión social produce en el desarrollo ocupacional de las personas. Es un imperativo elaborar aportes desde el campo disciplinar, con alcance epistémico, pedagógico y de intervención profesional.

Abogar por una identidad profesional fuerte conlleva apropiarnos de los conocimientos producidos y sistematizar los aprendizajes que otros terapeutas han

desarrollado en esta área- que son múltiples y muy ricos-; actualizar los programas de formación académica, innovar las estrategias didácticas y lanzarnos al campo con nuevas iniciativas de servicios y programas. Contamos con marcos de referencia propios

El Modelo de la Ocupación Humana ha producido un corpus de conceptualizaciones e instrumentos de práctica que resultan pertinentes para guiar las intervenciones. En particular por el énfasis en la necesidad de desarrollar razonamientos comprensivos respecto a la dialéctica de la ocupación (historias, identidades, competencias y ambientes ocupacionales) y la ética en las decisiones donde el actor protagónico es quien convierte su necesidad en acción transformadora.

Terapeutas ocupacionales europeos que trabajan con poblaciones denominadas por ellos, en situación de “Apartheid Ocupacional”, realizaron aportes en esta perspectiva y se encuentran aunando esfuerzos con otros colegas del mundo para avanzar en la producción de herramientas conceptuales y de práctica.

La dinámica de estos cambios requiere de nuestro esfuerzo y en particular de los educadores para producir las modificaciones que nos permitan dar una respuesta rápida y efectiva. La apertura al conocimiento es crucial en tiempos como los que vivimos donde lo permanente es el cambio en una sociedad diversa y multicultural. La Terapeuta Ocupacional Finn,G. (1972) sostiene que una profesión puede medirse en relación a cómo responde a las necesidades de su época. (5)

Confrontados a la apariencia de lo imposible, Terapia Ocupacional puede constituirse en un creador de oportunidades para el desarrollo ocupacional de las personas. Para quienes creemos que “Otro mundo es posible”, como lo proclamó el Foro Social de Porto Alegre; la realidad nos interpela y compromete. Esta es una oportunidad y un desafío. De nosotros depende.

Descripción

La Serie “El derecho a tener derechos” consiste en un kit de materiales en formato video, organizado en 3 unidades independientes, de 8’ a 10’ cada uno. Una cartilla con guías y sugerencias didácticas.

Es un material de estructura abierta, encuadrado como flexible y operativo, desde los modelos de medios de la enseñanza.

Reúne contenidos en torno a temas generativos, respondiendo al criterio de integración curricular. Conjugan el manejo de elementos teóricos (modelos, marcos de

referencia), de criterios y procedimientos, de modos de razonamiento y de relación entre la disciplina y sus fundamentos. La dimensión del objeto pedagógico tiene el alcance de objeto de conocimiento y objeto de acción.

Las experiencias presentadas son:

Video 1: “Pobreza y discapacidad”. Una pareja de padres discapacitados recuperan sus hijos y con ello, el derecho a ejercer la paternidad, de la que fueron privados por decisión judicial. La intervención de Terapia Ocupacional a través de un peritaje ante la Cámara de Apelaciones, modifica el fallo inicial. El caso sienta precedente legal. Se muestra también la estrategia de trabajo en red para movilizar recursos comunitarios, como modo de abordaje.

Video 2: “Derecho a la educación. Pobreza y vejez”. Un grupo de ancianas analfabetas y semianalfabetas en situación de extrema pobreza, acceden a la educación formal. Terapia Ocupacional interviene en la detección de esta necesidad, su transformación en demanda y el acompañamiento de la gestión y movilización de recursos comunitarios para su concreción. Hace dos años se organizó y funciona una escuela para ellas en su propio barrio.

Video 3: “Derecho al juego. Pobreza, niñez y adolescencia”. Niños de una escuela urbano marginal tienen la posibilidad de jugar y recrearse los fines de semana. Los adolescentes de la misma escuela, de desempeñar roles de líderes, capacitándose para dirigir programas lúdicos. Alumnos de Terapia Ocupacional desarrollan este programa y junto con los adolescentes también organizan una ludoteca. El impacto de la intervención de Terapia Ocupacional es doble. En la comunidad, favoreciendo y promoviendo el ejercicio efectivo de derechos a partir de generar oportunidades ocupacionales. En los alumnos universitarios, desarrollando aprendizajes comprensivos del desempeño del rol profesional.

Conclusiones

Este trabajo pretende realizar una contribución innovadora en relación a los recursos existentes, desde la perspectiva didáctica y los modos de recuperar, organizar y transmitir las experiencias de prácticas no tradicionales.

Puede ser utilizado como disparador para reflexionar y explorar el rol de Terapia Ocupacional en la lucha por la defensa y promoción de los derechos humanos.

En lo educativo posibilita : - introducir la perspectiva fenomenológica en el razonamiento clínico y pensar problemas actuales del campo disciplinar; - desarrollar estrategias didácticas tales como el estudio de caso como objeto paradigmático, la

recapitulación reconstructiva, el aprendizaje basado en la resolución de problemas y el modelaje docente. Aplicable para instancias de formación de grado y postgrado.

Brinda la posibilidad de promover y difundir los aportes de la disciplina en la lucha contra la exclusión, ante auditorios diversos

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V. Y Curtis, Ch. 1997. "Los derechos sociales como derechos exigibles" en: Hechos y Derechos. Derechos económicos, sociales y culturales. 2000. Subsecretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires. Argentina. pp. 7-31.
- Bustelo, E. 2000. "Reflexiones acerca de los modelos de Política Social" en: Hechos y Derechos. Derechos económicos, sociales y culturales. 2000. Subsecretaría de Derechos Humanos. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires. Argentina. pp. 103-117.
- Duschatzky, S.; Corea, C. 2002. "Chicos en banda". 1º Ed. Editorial Piados Tramas Sociales. Buenos Aires. Argentina. pp.18.
- Agamben, G. 1999. "Lo que queda de Auschwitz". Pretextos. Valencia.
- Finn, G. 1972. "Occupational Therapist en prevention programs" en AJOT, AOTA Inc. Bethesda. 26, 59-66.

Bibliografía consultada

- Brayley, C. 1997. "Philosophy of Education ". AJOT, AOTA, Inc. Bethesda. 57, 10, 867.
- Cabero, J. 1999. "Tecnología educativa". Editorial Síntesis. Madrid. España.
- Castaño, C. 1994. "La investigación en medios y materiales de la enseñanza." En Sancho, J. 1994. "Para una tecnología educativa". Editorial Horsori. Barcelona. España.
- Coomaraswamy, R. 1982. "El tercer mundo y los derechos humanos" en El Correo de la UNESCO. XXXV. París. Francia. 49-52.
- Duschatzky, S.; Corea, C. 2002. "Chicos en banda". 1º Edic. Editorial Piados Tramas Sociales. Buenos Aires. Argentina.
- Finn, G. 1972. "Occupational Therapist en prevention programs" en AJOT, AOTA Inc. Bethesda. 26, 59-66.
- Gallimore, R. Y López, E. (2002). "Every Routines, Human Agency, and Ecocultural Context: Construction and Maintenance of Individual Habits" en The American Occupational Therapy Foundation. V.22, S.1, 70-77.
- Kielhofner, G. (2002). Model of Human Occupational. Theory and Application. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. USA.

- Kocelmans, J. (1967). Razonamiento clínico en terapia ocupacional en: Hopkins, H. & Smith, H. (1998). Terapia Ocupacional. 8° Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.
- Lawrence, P. (1953). “The preparation of case material” en: Wasserman, S. (1999). El estudio de caso como método de la enseñanza. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.
- Litwin, E. (1997). Las configuraciones didácticas. Piados. Buenos Aires. Argentina.
- Millis, B.; Nolinske, T. (1999). “Cooperative learning as a approach to pedagogy” en AJOT, AOTA, 53, 1, 31-40.
- Moyers, P.A. (1999). “The guide to occupational therapy practice” en: AJOT, AOTA, 53,3, 251-267.
- Perkins, D. 1999. “La escuela inteligente”. Gedisa editores S.A. Barcelona. España.
- Sakamoto, Y. (1982). “Universalidad de los derechos humanos.” en El Correo de la Unesco. XXXV. París.Francia. 52-55.
- Soletic, A. 2000. “La producción de materiales escritos.” En Litwin, E. 2000. La educación a distancia. Amorrortu Editores. Buenos Aires. Argentina.
- Swart, D. (2002). “The Sociology of Habit: The Perspective of Pierre Bourdieu” en The American Occupational Therapy Foundation. V.22, S.1, 61-69.
- Wasserman, S. (1999). “El estudio de caso como método de la enseñanza”. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.

***MESAS DE COMUNICACIONES
CIENTÍFICAS
SALUD MENTAL***

MESA 1

TITULO:

**“TALLER GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS Y OTRAS PSICOSIS”.**

AUTOR: LIC. T.O ELIZABETH GÓMEZ MENGELBERG

Alvarez Thomas 3010 3° F Ciudad de Buenos Aires

E-MAIL: Egmengelberg@aol.com

COAUTOR: LIC. SILVIA BLANCO

**INSTITUCIÓN: Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario
José**

T. Borda

Avda. Ramón Carrillo 375 Ciudad de Buenos Aires

Introducción

La familia de las personas que padecen esquizofrenia y otras psicosis han sido históricamente objeto de estudio de las disciplinas de salud mental y de distintos abordajes teóricos que desarrollaron conceptos que favorecieron o promovieron en ellas sentimientos de culpabilidad.

Las investigaciones últimas nos dicen que este es un padecimiento complejo y multifactorial en el que interactúan factores (genéticos, biológicos y ambientales), actualmente se investiga como el contexto familiar incide negativa o positivamente en el curso de estas patologías y como se adapta las familias a este padecimiento.

Sabemos la relevancia que adquiere- para lograr hacer efectivo un proceso terapéutico de tratamiento- la asunción de una posición activa por parte de los familiares de pacientes asistidos por un trastorno psicótico.

La condición de sufrimiento o malestar que estos familiares manifiestan, debido a experiencias de incertidumbre y desconocimiento, originan sentimientos de impotencia y frustración, pero también generan el deseo de ocupar y sostener un lugar continente para el familiar al que ayudan a recuperarse.

. En agosto de 1999 se inicia el espacio de taller-grupal quincenal, un encuentro con aquellos familiares que tienen un miembro de su familia que padece de esquizofrenia, u otros trastornos psicóticos y está siendo asistido en consultorios externos del Hospital Borda.

La demanda de los familiares de los pacientes en tratamiento - en relación con la convivencia cotidiana con éste- se canalizó al crear un ámbito de encuentro para las familias con orientación psicoeducativa. Este espacio productivo permitirá la incorporación de nuevos aprendizajes, para pensar en estrategias en pos de comprender y posibilitar la modificación de aquello identificado como problema, lograr la búsqueda, el desarrollo y la instrumentalización de diferentes alternativas que resulten adecuadas para resolver las dificultades que surgen en la cotidianeidad de la convivencia con el familiar que padece de psicosis disminuyendo las ansiedades y preocupaciones de la familia.

La familia asume el compromiso y responsabilidad de trabajar en pro de una mejor calidad de vida y por lo tanto colaborando y favoreciendo a la recuperación de su familiar con trastornos psíquicos.

Marco teórico: en este campo grupal, lo denominamos al encuentro taller ya que es un espacio de intercambio donde se ponen de manifiesto dificultades y posibilidades de resolución, es una instancia de producción colectiva facilitadora de transformaciones individuales, trabajamos con las situaciones puntuales que cada familia trae para ser considerada en el mismo.

Tomamos aspectos de la psicoeducación, de la rehabilitación psicosocial, de las psicoterapias y lo psicodinámico integrándolos en el dispositivo grupal de taller. Cada uno cobrará mayor protagonismo dependiendo de la dinámica de los encuentros.

Objetivos

- -Informar acerca de la problemática de la Psicosis Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Sufrimiento psíquico. Conciencia y aceptación de la misma.
- Identificación y discriminación de conductas que son causa de los síntomas de la enfermedad
- Ofrecer un espacio donde las familias puedan expresarse, conocer a otras familias que viven la misma situación; compartir experiencias comunes y superar el aislamiento que puedan padecer. Fomentar el apoyo solidario, autogestivo y cooperativo entre ellas para enfrentar más favorablemente situaciones de crisis y disminuir el estrés.
- Detectar las expectativas familiares en torno a la recuperación del paciente haciéndolas acordes la realidad actual.
- Concientizar a los integrantes sobre la necesidad de implementar acciones para mejorar la calidad de vida del paciente y la familia.
- Tender a que este sea un espacio de pertenencia para el grupo de familiares.

La Coordinación: los terapeutas intervenimos clarificando y recapitulando sobre los diferentes recorridos históricos de cada familia y la elaboración de lo trabajado aquí y ahora en el grupo y su repercusión en el ámbito familiar.

Ante situaciones cotidianas problemáticas que se puntualizan concretamente, realizamos sugerencias e intervenciones directivas que facilitan el desarrollo de la cotidianeidad. En

numerosas ocasiones la situación problema funciona como obstáculo que impide la elaboración de la temática subyacente al conflicto.

Manifestamos nuestra satisfacción ante cada nueva modalidad y /o idea introducida por los integrantes en pos del mejoramiento de la calidad de vida. Nos proponemos establecer una trama social, una red relacional familiar allí donde sólo hay sujetos que componen una familia tan aislados entre sí, y familias tan aisladas de otras familias, como lo está su familiar con trastorno psicótico. Esto se logra haciendo de la problemática individual un tema en común, señalando las aristas que comparten, aunque con consecuencias y repercusiones psicológicas distintas para cada uno, promoviendo la interacción entre los distintos integrantes en el espacio de taller y fuera de ellos. Que evolucionen hacia un grupo solidario de sostén y que cada uno se convierta en un agente multiplicador de este trabajo grupal.

Conclusiones: la concurrencia sostenida en el tiempo por mas de diez familias y los resultados positivos obtenidos por una encuesta realizada a los integrantes del grupo y a los profesionales que asisten a los pacientes, así como los efectos cualitativos sobre dimensiones clínicas que traen como consecuencia un mejor funcionamiento en la convivencia cotidiana, nos habla de la eficacia del dispositivo

El trabajar la problemática de la psicosis en un taller grupal con los familiares de los pacientes que la padecen redundo en mucho en beneficio del paciente y de su familia y agruparlos con una problemática en común facilitó el surgimiento de sentimientos de cooperación y de solidaridad entre pares.

Familias que no habían mostrado adhesión y cumplimiento con un tratamiento familiar convencional al cual en diferentes momentos del recorrido de la enfermedad del paciente habían sido derivados, sí lo mostraron cuando fueron incluidos en este dispositivo de taller-grupal.

El reconocimiento por parte de la familia de la descalificación, la sobre exigencia, la sobreinvolucración o el enojo con el paciente con trastorno psicótico, trabajado en un taller con pares, hace que cada una de estas respuestas, son visualizadas claramente en el efecto perjudicial que tienen sobre la evolución del paciente.

Como familia por tener dentro de sí a un miembro con un trastorno psicótico con síntomas graves, se han sentido discriminadas y excluidas, el taller – grupal los aloja y constituyendo una instancia inédita que la familia experimenta.

Se utilizan recursos pedagógicos a fin de otorgar las herramientas técnicas para que cada uno de los integrantes del taller se convierta en una gente multiplicador de la experiencia.

Dificultades: Escasa participación de un mayor número de familias pese a la mayor convocatoria. , La tendencia a continuar volcando su problemática en ámbitos con escasa propiedad elaborativa.

Asistencia por año.

1999	21 familias	Media x encuentro 8 flias
2000	26 Familias	Media x encuentro 9 flias.
2001	13 familias	Media x encuentro 10 flias
2002	16 familias	Media x encuentro 10 flias.

En el año 2000 realizamos una encuesta a los integrantes del taller, donde se preguntaba; Sí identificaban cambios en el modo de relacionarse con su familiar, que pudieran atribuir a lo trabajado en este taller, el 100 % contestaron afirmativamente, en el 2001 realizamos una encuesta a los profesionales que tratan a los pacientes y preguntamos; Sí identificaban cambios en el modo de relacionarse del paciente con su grupo conviviente y/o familia que pudiera atribuir a lo trabajado en el taller con sus familiares, el 88 % contesto afirmativamente.

Bibliografía

1. Apollon.W y otros, 1989 “Traiter las Psychose”.Woeud Griffic Quebec. (Canada)
2. Amenta y otros 2000 “Tratamiento grupal ambulatorio de pacientes esquizofrénicos y otras psicosis deficitarias” Vertex, Rev Arg. de Psiquiat. Vol XI: 59-65
3. Corrigan,P, W. 1999 “Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica” Vertex -Rev. Arg .de Psiquiat, Vol.X:105-110.
4. Dubois,J 1999 – “La Rehabilitación psicosocial”- Boletìn de la World Asociation Phicosocial Rehabilitation- Ed WAPR- (Francia)
5. -Egri,G 1998 “La Rehabilitación en salud mental con base en la comunidad” OMS.Editorial OPS- OMS- Washington
6. Fernandez,E 1993-“Diagnosticar Las Psicosis”, Data Editora.(Argentina)
7. Fernández, A, M. 1989 “El Campo grupal” Notas para una genealogía. Ed Nueva Visión
8. Liberman Robert Paul 1993 “Rehabilitación integral del enfermo mental crónico” – Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud –ED Martínez Roca.
9. -Mac Donald, E 1979 “Terapéutica en Rehabilitación”. Editorial Salvat.
10. -Paganizzi, Liliana 1989 “Intervenciones en Rehabilitación Psicosocial” Presentado en las VII Jornadas de Terapia Ocupacional del Hospital Borda-Bs (No publicado)
11. Rodríguez Del Barrio Lourdes 1999- “Salud Mental y Rehabilitación: La dinámica de diversificación y homogeneización de organizaciones discursos y prácticas” Vertex Revista Argentina de Psiquiatría Vol X. N° 36-1999.
12. Vidon.G, Dubuis.J, Leguay.D,Habib.M, 2000 “Le Mouvement de Réhabilitation Psychosociale, Une opportunité pour la Psychiatrie francaise WAPR – Francia.
13. Willard y Spackman “Terapia Ocupacional” Editorial Panamericana- Año 1998

TITULO:

**“ORIENTACION PROFESIONAL EN SALUD MENTAL
FUNDAMENTOS DE SU APLICACIÓN”**

AUTORES:

LIC. T. O. LILIANA SBRILLER

rosalila@arnet.com.ar

T.O. MÓNICA SCHWARTZ

moschwartz@hotmail.com

INSTITUCION: Hospital General de Agudos Parmenio

Piñero

Servicio de Psicopatología y Salud Mental

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Varela 1307- Ciudad de Buenos Aires

Teléfono: 4631-1352

Introducción

En el área de las discapacidades, la rehabilitación profesional en salud mental ocupa un lugar diferenciado.

El objetivo general de esta comunicación libre está centrado en primera instancia en delinear este grupo poblacional.

En esta dirección se buscaron definiciones consensuadas por organismos internacionales para luego analizarlas y confrontarlas teóricamente.

Se buceó también en antecedentes bibliográficos de terapia ocupacional, en su mayoría los mismos describen experiencias realizadas en hospitales monovalentes y procesos de desmanicomialización. (1), (2) , (3).

Desarrollo

Iniciaremos esta exposición por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (OMS) (4), entendiendo que en una Deficiencia se presenta pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La Discapacidad, provocada por una deficiencia puede originar una restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad. Por último, la Minusvalía es una situación desventajosa que limita o impide el desempeño de un rol, en función de edad, sexo, factores sociales y culturales.

La mayoría de estas definiciones enmarcan el problema como una situación negativa, de privación o desviación y dependiendo exclusivamente de la persona con discapacidad en función de sus posibilidades de adaptarse a los requerimientos del entorno.

Sin embargo el concepto de discapacidad y minusvalía se relativizan cuando se modifica el entorno.

Mom y Glecker (5) proponen que la discapacidad puede describirse como el efecto, determinado por el entorno, de una deficiencia que, al inter actuar con otros factores en un contexto social específico, puede hacer que un individuo experimente una desventaja indebida en su vida personal, social o profesional. La expresión “determinado por el entorno” significa que diversos factores, como las medidas de prevención, corrección e indemnización y las soluciones tecnológicas y de adaptación, influyen en el efecto de la deficiencia”.

Es decir, en un entorno diferente, que imponga menos barreras, la misma deficiencia puede carecer de consecuencias significativas y por consiguiente, no dar lugar a una discapacidad o una minusvalía.

En 1995, (6) en la declaración de Jefes de Estado en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de la Organización de Naciones Unidas (Copenhague) se consideró a la discapacidad como una “forma de diversidad social”.

Esta definición requiere un concepto de sociedad entendido como sociedad para Todos, por consiguiente, los anteriores intentos de definirla negativamente como desviación respecto a la norma o como deficiencia ya no tiene validez. Una sociedad que se adapta a la discapacidad de un modo inclusivo puede superar en buena medida los efectos de la discapacidad que de lo contrario se experimenta como excesivamente restrictivo.

Por lo tanto, no es posible considerar sólo una dificultad de adaptación a la sociedad, sino que es necesario y no excluyente, tener en cuenta las barreras que impone este entorno socio - económico y jurídico al supuesto discapacitado.

En este sentido, declarar la discapacidad puede promover la exclusión social, en tanto en lugar de favorecerlo aumenta las dificultades de ingreso al mercado laboral competitivo. En países como Austria o Canadá declararse discapacitado le permite acceder a beneficios que allanan el camino, no ocurre lo mismo en los países en desarrollo. (5).

Shirley Cart (5) en 1992 mencionó tres barreras: el desempleo, el subempleo y la infrautilización de sus capacidades, todo esto hace que un sujeto termine tropezando con “un techo de hormigón”.

Es indispensable agregar una cuarta barrera: “la discriminación”. Considerada como (6) la distinción, exclusión o preferencia que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo u ocupación.

La categoría que aparece como habitual en el área e salud mental corresponde al tipo “Animus Hostil” que consiste en la denegación deliberada de oportunidades de empleo inspirada en prejuicios. (5)

No es caprichoso iniciar este escrito por los frenos del entorno para este grupo poblacional: discriminación y exclusión causada por una actitud social negativa y estereotipada, sistemas jurídicos adversos, escasez de oportunidades para formación y empleo para estas personas, sin dejar de tener en cuenta el achicamiento de las fuentes laborales en los diferentes estratos en la actualidad.

La OIT (7) estima que a fines del 2000, 160 millones de trabajadores estaban desocupados (50 millones en los países industrializados) y en los próximos 10 años el crecimiento del porcentaje será levemente descendente.

El crecimiento en sí mismo, advierten, no puede crear 500 millones de puestos de trabajo decentes, para estos requerimientos debe haber más atención en el mercado laboral, incluyendo capital humano, evitar la discriminación y hacer del empleo el centro de toda acción.

Ya en 1986, la OMS (8) señalaba el desempleo como una de las principales catástrofes epidemiológicas de la sociedad contemporánea.

En nuestro país, el director del INDEC (9), Juan Carlos del Bello, reconoció que la reducción del empleo del 21,5% medido en mayo al 17,8% de octubre se ve empañada por “un aumento de la precariedad laboral”, que generó un crecimiento de la pobreza y “en particular de la indigencia”. Este descenso en el índice de desempleo surge como efecto de los subsidios otorgados por el Estado bajo la denominación de Planes Jefes y Jefas de Hogar Desocupados.

Conclusiones

La bibliografía actual da cuenta de un problema que persiste y se agrava en los países en vías de desarrollo, situación que también describen y abordan autores como Narvaez, Spampinato y Testa (2) en Argentina y Nicasio (1) y Pitta (3) en Brasil entre otros.

La dificultad de la reinserción laboral no puede explicarse sólo por un déficit o una desviación de la norma, sino que aún en el S XXI, la denegación deliberada de oportunidades de empleo, inspirada en prejuicios continúa siendo la primer barrera para este grupo poblacional.

Bibliografía

- (1) NICACIO, Fernanda: “Proyecto de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía”. Revista Materia Prima. Año 3, N°11- mayo 1999. (Bs.As.)

- (2) NARVAEZ, Silvia, SPAMPINATO, Sandra y TESTA, Daniela: “De Incertidumbres y Posibilidades”. P 79-89- Publicado en el libro Terapia Ocupacional, Trabajo y Comunidad. Serie Compilaciones 3. COLTOA. Grupo Editor. (Bs.As). 1999.
- (3) PITTA, Ana (compiladora): “Rehabilitación psicosocial en Brasil”. Cap II Repensando estrategias rehabilitadoras. P 33-63. Cap IV: Rehabilitando conceptos y clínica- P 137-155. Editorial Hucitec. (Brasil)- 1996. Primera edición.
- (4) OMS- “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías”. 1980.-Publicación Inerser.(España).
- (5) MOM, Will y GLECKER, Otto: “Discapacidad, conceptos y definiciones”. Item 17, Sección Gestión y Política.. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. .Publicación de la Oficina Internacional del Trabajo. 2002.- p172-179. Vol.I
- (6) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO: “Readaptación Profesional y empleo de personas inválidas”. Introducción p 1-50. Convenio 111-1958. Conferencia Internacional del Trabajo 86° Reunión. (Ginebra). 1998.
- (7) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Informe 2001- p1
- (8) AGUIAR, Elina: ¿“Inestabilidad laboral, inestabilidad conyugal y familiar?” p 11-24. Publicado en el libro Terapia Ocupacional, Trabajo y Comunidad. Serie compilaciones 3. COLTOA. Grupo Editor.(Bs. As.) 1999.
- (9) Diario CLARIN. Sección Economía, La Situación Laboral: Reconocen que hay más pobres y trabajo precario. P 13, 13-12-02 (Bs. As) -1995. Inédito

TITULO:

**“CONTROVERSIAS EN RELACIÓN AL TRABAJO.
UNA DISCUSIÓN PENDIENTE EN LA TERAPIA
OCUPACIONAL”**

AUTOR: T.O FLORENCIA DONAYO

COAUTORES:

T.O MARINA ALTAMIRANO

T.O NATALIA YUJNOVSKY

TEL.: 0342-4526589

Fax: 0342-4528034

E-mail: odonayo@ciudad.com.ar

**INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL
LITORAL**

Escuela de Sanidad Ciudad Universitaria

Paraje El pozo Ciudad de Santa Fe Pcia. Santa Fe

Resumen

El presente trabajo propone como fundantes de la profesión los conceptos de trabajo y salud, y plantea la necesidad de revisarlos históricamente en función del contexto actual

de las prácticas. Analiza la concepción preponderante de trabajo en la profesión y su relación con la salud. Intenta aportar a la discusión sobre una temática planteada por algunos autores de la disciplina. Concluye que la terapia ocupacional ha ido adhiriendo de manera a-crítica al concepto de trabajo moderno y sus transformaciones. Esta adhesión ha implicado la adaptación a una lógica de trabajo que ha sido fuertemente criticada en el siglo XX por las condiciones en que deja al sujeto trabajador, crítica que ha tenido escasa repercusión en la terapia ocupacional. Hace referencia al debate sobre el fin del trabajo y propone la reflexión crítica como modo de resignificar las prácticas de la profesión.

“Nos enfrentamos con la perspectiva de una sociedad de trabajadores sin trabajo,
es decir, sin la única actividad que les queda. Está claro que nada podría ser peor.”

Hannah Arendt, 1958

En distintos ámbitos y con distintas funciones (T.O., docentes, ciudadanas), la misma problemática: el trabajo. Por su ausencia, por su presencia, por su exceso, el trabajo parece marcar el malestar de la época.

Es sabido que en la fundación de nuestra profesión jugó un papel central cierta idea y valoración del trabajo articulada con cierta idea y valoración de la salud y en esta articulación el supuesto de que el trabajo podría devolver a alguien su salud, o mantenerla, o prevenir que la perdiese. De ahí en más el desarrollo de este heterogéneo campo de la Terapia Ocupacional en el que creemos es necesario retomar la pregunta por “qué trabajo” y “qué salud”.

¿Es el trabajo saludable?, ¿es terapéutico?, ¿dignifica al hombre?, ¿sigue siendo el principal medio de integración social? Si de controversias se trata, creemos que ésta es para nosotros ineludible.

En principio nos parece una deuda pendiente revisar cuál ha sido la idea de trabajo que ha predominado en la terapia ocupacional en los últimos años, y de la mano de qué idea de salud ha estado operando en nuestras prácticas. No creemos que esto tenga que ver con una supuesta “área laboral”, creemos que la idea de trabajo en un sentido amplio y en tanto fundante de la profesión, tiene relación con cómo se construyen las prácticas de la T.O. en sus diversas áreas.

La relación entre salud y trabajo se establece en el contexto de un modo de producción. Implica por lo tanto un análisis histórico, una interpelación a las categorías configuradas en una determinada realidad social, para resignificar críticamente tradiciones de la disciplina.

La idea de trabajo

Para los griegos, los romanos e incluso en la edad media, el trabajo tenía una connotación negativa, era sinónimo de sufrimiento, de humillación, de dolor; era despreciado, realizado por los esclavos o los siervos, por lo tanto no era un elemento privilegiado de integración social. Los ciudadanos, los hombres libres, no trabajaban.

Es en el contexto de la disolución del orden feudal y del ascenso del capitalismo que surge la idea moderna de trabajo. De la mano de la economía, en la sociedad capitalista, el trabajo se vuelve una mercancía, hay una parte que vende su “mano de obra” o “fuerza de trabajo” y otra que la compra. Se plantea un intercambio que se regula por el libre juego de la oferta y la demanda. Es fuertemente valorado y se constituye en el medio fundamental de integración social y de participación ciudadana, modelándose una nueva subjetividad, el hombre es asumido como hombre que hace, que trabaja,

noción que se consolida absolutamente en la denominada “sociedad salarial” y bajo la cual hemos sido socializados y educados.

La emergencia de este concepto ha implicado la división del trabajo, así como la división del tiempo en libre y productivo. El trabajo fue parcializado, automatizado, reducido en su contenido, rigidizado, forzado, impuesto, con efectos en los sujetos trabajadores. En nombre de la eficacia, la eficiencia y la competencia, para incrementar la acumulación del capital, el trabajo perdió libertad. Libertad para acomodar el cuerpo al contenido de trabajo, para decidir la forma más conveniente de emplear las capacidades, para crear y concebir la tarea. Se rompe la relación hombre-trabajo.

En la misma medida en que el trabajo se constituye en la base de la cultura y de los sujetos, la posibilidad de su ausencia en forma real se incrementa. Cuanto más valorado es el trabajo, más pesa la posibilidad de perderlo o no conseguirlo. La posibilidad de no trabajar no es posible. No es posible para la vida, en la medida en que es sustento material, de sobrevivencia, de reproducción social. No es posible para el sujeto, que fue socializado como sujeto trabajador. Sin embargo nada más posible hoy en día que esta posibilidad del no trabajo.

La adhesión de la terapia ocupacional

En los momentos en que la profesión surgía como tal estaba clara la noción del trabajo como el gran articulador social. Resultaba lógico que la sociedad depositara en alguien la misión de rehabilitar laboralmente a quienes no trabajaban por sufrir alguna discapacidad o enfermedad. El ideal de hombre sano se ligaba a la condición de trabajador, prácticamente funcionaba como equivalencia Salud = capacidad para trabajar.

Luego vinieron las diversas transformaciones en la organización de la producción, a lo largo de las cuales lo que se buscó y se encontró fueron modos más eficaces de obtener más ganancia a costa de mayor malestar y opresión de los trabajadores. Y de la mano del desarrollo tecnológico se llegó a la polémica del fin del trabajo en la época del neoliberalismo y la desocupación.

Nuestra profesión, en su intención final de rehabilitar para el trabajo, fue adhiriendo a estas supuestas transformaciones de modo a-crítico y a destiempo. No sólo se busca la adaptación del hombre a un trabajo deshumanizado, sino que se analizan puestos de trabajo sin siquiera pensar en qué pasa hoy con el “puesto de trabajo” como dispositivo claramente cuestionado en su implicancia de estabilidad, continuidad, carrera, pertenencia. Las diversas y múltiples formas que toma hoy el trabajo plantean un

cuadro de situación complejo, para nadie resulta sencillo el acceso al trabajo, lo que lógicamente lleva a pensar en las dificultades para integrar laboralmente a una persona con discapacidad, por ejemplo. Más allá de las críticas posibles a la polémica acerca del fin del trabajo, no se puede negar que existe, y sin embargo nuestra profesión parece no haberse enterado.

Conclusiones

En tanto adhiramos a este concepto de trabajo (mercancía) y a este de salud (adaptación), seguiremos midiendo con la vara económica a los sujetos, buscando su homogeneidad y disciplinamiento y resignando la libertad, diversidad e igualdad de oportunidades. Nuestros profesiogramas seguirán midiendo la diferencia entre capacidades y requisitos del puesto sin tener en cuenta la lógica de un sistema que sostiene la desigualdad y la opresión. Seguiremos reforzando la frustración de una condición de trabajador cada día más inaccesible.

¿Por qué no pensar en que un mismo trabajo puede ser hecho de infinitas formas según las diversas capacidades de los hombres? ¿Por qué no pensar en que el trabajo puede ser lúdico, creativo, libre?

Creemos necesario más que nunca repensar nuestras prácticas, lo creemos un deber ético por las personas que atendemos, por los alumnos que formamos, por los colegas con los que compartimos asociaciones y trabajos. Estos tiempos se caracterizan por la repetición, la reproducción, el consumo, y nuestra profesión no ha quedado afuera. Proponemos la reflexión crítica, la elucidación permanente, para producir nuevas categorías conceptuales y superar así, algunas controversias.

En palabras de Castel: “No es este un momento que se pueda atravesar fácilmente mientras se aguarda la recuperación, pensando, por ejemplo, que sólo se necesita tener paciencia y atar con alambre algunas piezas sueltas. Este es un período incierto de transición hacia una inevitable reestructuración de las relaciones de producción.... Se trataría de una mutación completa de nuestra relación con el trabajo y, en consecuencia, de nuestra relación con el mundo: habría que inventar una manera totalmente distinta de habitar este mundo, o resignarse al apocalipsis.”

Como terapeutas ocupacionales, tal vez tengamos algo para decir en el debate sobre como ocupar este mundo.

Referencias bibliográficas:

- Arendt, Hannah. 1993. “La condición humana”. Paidós (Buenos Aires).

- Castel, Robert. 1997. "La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado". Paidós (Buenos Aires).
- Da Cruz Terra, Tania. 1998. "Clarificando ideas para ver posibilidades". Revista Materia Prima (Buenos Aires) N°8. 6-10.
- Dejours, Christophe. 1992. "Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo". Humanitas. 2º Edición (Buenos Aires).
- García, Juan C. 1983. "La categoría trabajo en la medicina". Cuadernos Médicos Sociales. C.E.S.S. (Rosario). N° 23. 5-17.
- Heler, Mario. 2002. "La autonomía como desafío para las ciencias sociales". Publicación de las Jornadas acerca de La investigación en trabajo social. U.N.E.R. (Paraná). 91-115.
- Martínez Antón, Ma. Rita. 2001. La desocupación no es sólo un índice económico. "Terapia Ocupacional. 1º Encuentro del Litoral". (Santa Fe). 182-185.
- Marx, Karl. 2002. "El Capital". Siglo Veintiuno (Buenos Aires). I.
- Marx, Karl. 1993. "Manuscritos: economía y filosofía". Altaya (Barcelona).
- Nun, José. 1998. "La idea del trabajo ayer y hoy". Revista "Mas uno. Psicoanálisis y lógicas colectivas". (Buenos Aires). 109-125.

TITULO: “UN SÍNTOMA DE LA ÉPOCA”

AUTORA: T.O. MARÍA RITA MARTÍNEZ ANTÓN

E- mail: ritamartinezanton@sion.com

INSTITUCIÓN:

Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Argentina

Warnes 2636 Tel. 4521–0273/0090 int. 321

Ciudad de Buenos Aires

Resumen

El artículo realiza una interpretación del desalajo en tanto síntoma de nuestra época, del cambio de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control y la caída del patriarcado como ordenamiento de nuestra cultura. Propone una lectura en este sentido de índices reconocibles en la cotidianeidad de la clínica de terapia ocupacional y un debate en relación con la actual función demandada socialmente a la terapia ocupacional.

Buenos Aires, comienzos del tercer milenio. Vendedores ambulantes. Puestos callejeros. Personas mendigando, durmiendo en bancos de las plazas, en el suelo, en mitad de las veredas, en los umbrales de las casas. Personas que cada día son echadas de su empleo. Locales que cierran. Empleos que cambian sus reglas del juego. Empleos que desaparecen.

Argentinos que buscan y rebuscan otras ciudadanías, alguna ciudadanía, algún lugar al que pertenecer, se dirigen a los consulados y a Ezeiza. Argentinos que buscan y rebuscan su supervivencia, que jamás se supieron ciudadanos, se dirigen a revisar la basura, a mendigar en los colectivos, en el subte, en las municipalidades. Algunos logran encontrarse con otros, crear nuevos espacios, nuevas formas de protesta, nuevos trabajos, nuevos productos.

“En la sociedad posmoderna, y como el deportado, los excluidos lo son uno por uno. Naturalmente, los que están excluidos del derecho al trabajo, o del derecho a tener documentos de identidad, o de derechos iguales pueden agruparse para resistir. Pero no forman una clase. Existe otro tipo de exclusión: la de los que están excluidos de la fraternidad porque ya no tienen un ideal futuro en común. ¿Todavía pueden luchar juntos? El primer tipo de exclusión se beneficia con una simpatía que se parece a la fraternidad, pero se trata sobre todo de identificación con la víctima. En cuanto al segundo tipo de exclusión, mina tanto más cualquier tipo de posibilidad de acción cuanto que el que la sufre no la comprende.” (3, p. 121).

Como seres hablantes, los humanos no vivimos sin un alojamiento en un orden simbólico, en una cultura: nombre, linaje, lengua, ritos, costumbres, leyes, vivienda, sepultura. Este alojamiento nunca fue cómodo y siempre es fallido. Pero es imprescindible para la existencia humana. Si aún no nos convencemos de esto, basta observar el efecto del horror vivido en cárceles, manicomios, campos de concentración, exilios: la reducción a un mero cuerpo, no sólo como un objeto entre otros, sino aun convertido en material para construir otros objetos.

Este alojamiento en un orden simbólico permite alguna estructuración psíquica en los primeros años de vida. Abre las puertas a que un cuerpo orgánico se transforme en ser humano. Hace que ese individuo se vuelva sujeto, esto es, pueda ubicarse como responsable de un acto, apropiarse de su cuerpo, actuar y no sólo ser actuado. Sin embargo, conviene no concluir que la subjetividad es un ente que puede desarrollarse y alcanzar una culminación.

Al decir de un psicoanalista argentino, Sergio Rodríguez, un sujeto no está dado de una vez y para siempre. Hablamos de producciones simbólicas: elementos que se combinan y recombinan, según determinadas leyes, y generan nuevas producciones, no sólo simbólicas, a cada momento. La subjetividad tiene que ver con posiciones en un orden, o sea, con algo que no existe por sí, sino que se produce en relación con otras producciones simbólicas. El sujeto es un *efecto*, no el *origen* de una producción.

Por esto, no se trata sólo de la estructuración del psiquismo en los primeros años de vida. Se trata de lo que se produce con nuestra singular ubicación en cada momento en el orden simbólico, es decir en la sociedad y la cultura. Cada época, cada cultura tiene su particular ordenamiento. Las sociedades “occidentales y cristianas” se ordenaron muchos siglos según el patriarcado. Proponían un orden de acuerdo con fuertes ideales, que se lograrían en un futuro. Este futuro fue provisto por la religión, en un más allá de la muerte; luego, fue el bienestar en la Tierra prometido por el capitalismo, el comunismo y la ciencia. Hoy, nuestra sociedad está “desencantada”. No se ordena en torno a ideales en común, a alcanzar en un futuro.

Las sociedades patriarcales proveían alguien a quien reclamar por la falta de bienestar: el padre, el Estado, Dios. En nuestras sociedades todos quedamos igualados en la impotencia frente a los males. Y si a alguien se le ocurre erigirse en salvador de todos, rápidamente es sospechado de corrupto (y seguramente esto tiene fundamento). Las sociedades disciplinarias que describió Foucault daban a cada uno un lugar, ponían a cada uno en un espacio bien delimitado. Las actuales sociedades de control no dan ningún lugar. Todos, nos demos cuenta o no, estamos desalojados. Todos circulamos continuamente y debemos pasar barreras que detienen o permiten continuar. El desalojo, el “sin techo”, el desamparo son síntomas de la época, no sólo de la Argentina.

Sin embargo, como decíamos arriba, el alojamiento en las sociedades disciplinarias no era ningún lecho de rosas. Conviene recordarlo porque los seres humanos siempre añoramos un paraíso perdido. Conviene no olvidar que la delimitación de los lugares de esas épocas se construía como encierro: no sólo los de las cárceles y los manicomios, también los de las fábricas y las escuelas.

Ahora bien, muchos de los presentes en este Congreso, imbuidos de categorías del DSM-IV y de publicidades de fármacos, desde una aspirina a un antidepresivo, pasando por un antirreumático, que nos prometen una vida sin malestar, deben estar preguntándose qué tiene que ver esto con la terapia ocupacional. Puede ser que no hayan descubierto todavía la relación entre el desalojo del que hablo y el hecho de que

su trabajo de cada día sea “recalificar”, o sea, encontrar un puesto de trabajo en extinción a un trabajador que está a punto de perder su empleo. O que no se hayan dado cuenta aún de que concluida su carrera se encuentran agotándose por encontrar un empleo o inventándose algún “servicio” para tratar de que alguien se los compre. O que no perciban que, en vez de luchar por la salida de un paciente de su internación, se encuentran peleando denodadamente que no lo dejen en el medio de la calle.

La terapia ocupacional nació a principios del siglo XX, en las sociedades industriales que empezaban a aspirar a una organización científica del trabajo, la producción, la educación, las ciudades, la vida. Sociedades que requerían de los individuos que se formaran para, en la adultez, ser miembros productivos, trabajadores o líderes. Prometían sustento, algún descanso en la vejez, alguna protección del Estado o de la empresa. La terapia ocupacional tenía la función de devolver a los enfermos a la producción o lo más cercano a ella que se pudiese.

Hoy, nuestras sociedades requieren cada vez menos trabajadores. También menos líderes: ya no son las figuras con fuerza las que ordenan las masas, basta con la incesante repetición de imágenes en el televisor. Nuestras sociedades no tienen una ubicación fijada para nosotros: sólo pretenden que no detengamos el flujo de las mercancías. Lo vivimos cada día en las instituciones: desde la primera entrevista debemos saber dónde enviaremos a nuestro paciente “después”. El lugar de cada uno está siempre “en otro lado” que no es el actual.

Hoy pasamos mucho tiempo buscando algún lugar al que pueda ir quien atendemos (un puesto de trabajo, una escuela, una casa, un hospital). O inventamos nuevos lugares (cursos, microemprendimientos). Buscamos nuevos lugares para nosotros mismos (empleos, títulos, cargos). Podemos, en muchos casos, tratar de usar nuestro saber sobre las actividades para calmar el aburrimiento crónico de personas desenganchadas de cualquier proyecto con otros. O distraer a los pacientes y a nosotros mismos de darnos cuenta de que si no encontramos un lugar es porque no está allí. Ya no existen los lugares que hubo.

Ya no tenemos un lugar asegurado, ni siquiera en los manicomios. Algunos conciudadanos, entre ellos algunos colegas, ya decidieron dejar de esperar que nos “den” un lugar (a nosotros, a nuestros pacientes). Parece que llegó el momento de hacernos lugar nosotros mismos. No siempre podemos decidir cuál es el trabajo que hacemos. Sin embargo, tenemos poder para decidir qué trabajo *no* haremos. Como grupo de pares, sería interesante discutir qué se nos demanda socialmente, qué función

estamos cumpliendo y qué trabajo queremos hacer. Pero para eso, hay que detenerse un momento en la carrera detrás de la última novedad científica y prestar atención a cuál es la ética que sostenemos. Es decir, no descansar tanto en lo que nos dicen que somos o que tenemos que hacer y arriesgarnos a enterarnos en que nos convertimos con lo que hacemos.

Bibliografía consultada

1. Augé, M. 1996 “Los «no lugares». Espacios del anonimato. Una antropología de la sobre modernidad”. Editorial Gedisa. (Barcelona).
2. Deleuze, G. (1994) Las sociedades de control. Espacios de reflexión UTPBA. (Buenos Aires).
3. Pommier, G. 2002. “Los cuerpos angélicos de la posmodernidad”. Ediciones Nueva Visión. (Buenos Aires).
4. Varela, J. y Alvarez–Uría, F. (comp.) 1991. “Espacios de poder”. Las ediciones de La Piqueta. (Madrid).

MESA 1

MESA DE COMUNICACIONES CENTÍFICAS

AREA SENSORIOMOTORA

MESA 1

TITULO:

**“PROGRAMA DE DESENSIBILIZACIÓN DE
CICATRICES HIPERSENSIBLES”**

AUTORA: LIC. T.O. MARISA NÚÑEZ (1,2)

E-MAIL: erfyl_to@yahoo.com.ar

**1 Hospital Italiano Regional del Sur, Bahía Blanca
– 8000.**

**2 ERFyL Estudio de Rehabilitación Funcional y Laboral,
TE FAX 0291 4501503 Rodríguez 538 Bahía Blanca -
8000.**

Introducción: La hipersensibilidad de las cicatrices es un cuadro que frecuentemente se presenta como secuela de distintos tipos de lesiones de la mano. El paciente experimenta un exagerado dolor desencadenado por un leve estímulo, localizado cerca o sobre la injuria misma. El programa de desensibilización busca disminuir los síntomas de hipersensibilidad, así como regular o aumentar el umbral de tolerancia en los toques y / o estímulos táctiles en el área afectada, está basado en el uso de diferentes estímulos graduados. Indicaciones: pacientes que presentan muñones hipersensibles, síndromes de compresión nerviosa, injerto de piel, neuromas, u otras patologías que puedan desencadenar hipersensibilidad.

Tipo de estudio: Descriptivo-explicativo

Materiales y Métodos: 1. técnicas y tiempos de evaluación: evaluación del dolor (escala visual analógica cuestionario Mc.Gill), medición rango de movimiento, valoración de la tolerancia con texturas, contacto de partículas y vibración, (Test de evaluación de la sensibilidad de la mano de tres fases Downey DHCHST), medición de la fuerza de garra y pinzas, evaluación del desempeño en la actividades del diario vivir.

2. Programa de desensibilización: tiempo de tratamiento, demostración de la técnica, protección del área. 3. Aplicación de modalidades específicas: vibración, jerarquía de texturas, inmersión en partículas, presoterapia, fluidoterapia, actividades terapéuticas específicas.

Resultados: La aplicación del protocolo garantiza que el paciente se filtre fuera de las sensaciones desagradables.

Conclusiones: La integración del miembro lesionado para un desempeño funcional de las actividades diarias, requiere la educación del paciente y una acorde combinación entre cinética y sinestesia.

Desarrollo del Trabajo

El propósito de esta presentación es discutir el desarrollo y las indicaciones para un método de tratamiento de desensibilización en cicatrices hipersensibles.

Definición: La hipersensibilidad es una condición de extrema disconformidad o irritabilidad responsable de un no nocivo estímulo táctil. Frecuentemente ocurre como secuela de un trauma en la mano.

Objetivos: Disminuir los síntomas de hipersensibilidad a través del uso de modalidades y procedimientos específicos. Regular o aumentar el umbral de tolerancia del paciente en los toques y o estímulos táctiles en el área afectada.

Indicaciones: Neuromas, Amputaciones con muñones hipersensibles, Escaras hipersensibles, más zonas aledañas, Injurias de los nervios con disestesias.

Precauciones: Dolor difuso, Heridas abiertas, Dolor profundo no remediado con la aplicación de un programa de desensibilización

Se describe: 1. Técnicas y tiempos de evaluación. 2. Aplicación de modalidades específicas.

Terapia: Primer semana de postoperatorio, al retirar el vendaje se verifica: estado trófico, cicatrizal, color, temperatura. Se realiza: Movilización activa asistida analítica en flexión, ergoterapia (10 a 15 días), normalizar las percepciones, para evitar la exclusión del miembro superior, conservar el esquema motor inhibido por la inmovilización, favorecer la autonomía funcional y estimular el revestimiento cutáneo, (uso de medios físicos y térmicos). El bombardeo de los receptores cutáneos por medio de estimulaciones no dolorosas, permite la desensibilización de la zona neuromatosa. La percusión repetida conlleva a la degeneración de las fibras y a su reemplazo (gradual) por tejido fibroso. Los masajes sobre la cicatriz con fines térmicos (baños, parafina, crioterapia), o con efecto mecánico (presoterapia, arena caliente, vibración), constituyen medios eficaces por medio de estimulaciones no dolorosas permite la desensibilización de las zonas neuromatosas.

Evaluación:

1. Evaluación del dolor con la escala visual analógica cuestionario Mc. Gill
2. Medición AROM; PROM,
3. Test de Downey (tres fases)
4. Medir fuerza de garra y pinzas (dinamómetro, pinch-mometer)
5. Evaluar AVD y su función.

Requisitos:

1. Tiempo de tratamiento: 5 a 10 minutos (se detiene cuando el estímulo se convierte en nocivo), tres a cuatro veces por día
2. Demostrar las técnicas en el mismo paciente
3. Proteger la zona con férulas y placas de silicona

Técnica: *a. Vibración:* 1. El músculo se regula a través de la acción refleja y mecánica. 2. El terapeuta estimula los receptores periféricos en la piel, por medio de movimientos rítmicos repetitivos (percusión suave, masaje, fricción). Se utiliza: Masajeadores a batería o eléctricos con distintas puntas y velocidades, se debe comenzar con la zona aledaña hasta alcanzar la zona más comprometida. Dispositivo de acción centrípeta. Induce: relajación muscular, dilatación o constricción arteriolar, circulación sanguínea local, flexibilidad muscular y del tejido cicatrizal. Contraindicado: edema agudo, tromboflebitis, quemadura aguda, dermatitis.

b. Termoterapia Calor: 71° a 79° se aplica durante 20 a 30 min. El calor penetra en la piel superficialmente (agua, packs con gel). Dispositivo útil para: Reducir el espasmo muscular, tendinitis. Elevar el umbral doloroso, (nivel mínimo de estímulo nocivo en la cual la persona siente por 1° vez dolor). Contraindicado: Presencia de edema, tumefacción, daño tisular, heridas abiertas, erupción o dermatitis de la piel.

c. Termoterapia Frío: Aplicación de packs o gel criógenos con vendas frías, durante por 20 minutos. El frío produce vasoconstricción. Para reducir: Espasmo muscular, edema, tumefacción, daño tisular. Contraindicado: Insuficiencia vascular, área anestésica, intolerancia al frío.

d. Textura: Graduar la fricción con texturas s/el área afectada. La lista sugerida como guía para el progreso: 1. Piel, 2. Lana de oveja, 3. Percalina autoadhesiva, 4. Terciopelo, 5. Toalla, 6. Velcro hembra, 7. Foam, 8. Cañamaso, 9. Alfombra, 10. Velcro macho
Inmersión en partículas: 1. Algodón, 2. Foam, 3. Arena, 4. Maíz, 5. Frijol, 6. Macaroni, 7. Vainas de cable, 8. Pequeñas piedras canto rodado, 9. Canto rodado más grande, 10. Esquinas de plástico.

e. Presoterapia: Uso continuo de guantes lycra con gel siliconado; Férulas de aire intermitente.

Otras modalidades son: Fluido-terapia, actividades terapéuticas, relajación

Actividades terapéuticas para reganar confianza y restaurar la función: 1. Masa terapéutica y ejercicios de fortalecimiento. 2. Estimulador de trabajo, incluir actividades en forma gradual, según tolerancia. 3. Re-educar sensorialmente, si es necesario, una

vez que la hipersensibilidad halla decrecido. 4. Educar que los síntomas de dolor cumplen con un propósito biológico o adaptativo y que pueden ser disminuidos con el tratamiento. Los agravantes de los síntomas son: 1.exposición al frío, 2. stress emocional, 3. irritaciones locales.

Fases de desensibilización: *Test de Downey:* Instrumento clínico de diagnóstico e investigación Comprende: 1. Jerarquía de texturas, 2. Contacto de partículas, 3. Masajeadores 30 cps., 256 cps. eléctricos y a batería.

Proceso de jerarquización: de lo menos a lo más irritante. Partículas: Se clasifican en 10 niveles: No contacto, contacto intermitente, mayor contacto, contacto constante Si hay parestesias se debe re-testear. (Se detallará en cuadro).

Tratamiento: Nivel de vibración no confortable pero que el Paciente logre sobrellevarlo.

Re-evaluaciones: 1 a 2 semanas para determinar si puede superar la jerarquía.

Complicaciones: Regeneración nerviosa con o sin tubo endoneural intacto. Formación de escaras, regeneración de axones con o sin constricción. Formación de neuroma. Adherencia del nervio a su lecho. Constricción del fluido sanguíneo causando isquemia y dolor.

Conclusiones: La combinación de cinética más sinestesia otorga funcionalidad, la graduación de la sensación irá desde la correcta localización, la discriminación de los tipos de estímulos, hasta la tolerancia en el área hipersensible. Los resultados, en el plano funcional, trófico y psicológico, son a menudo mejores en los casos en que este programa se inicie en forma precoz.

Referencias Bibliográficas

1. **Barber L.M.** “*Desensitization of the traumatized hand*” en *Rehabilitation of the Hand: Surgery and Therapy* Hunter 3rd Ed. Mosby 56:721, 1990
2. **Brown D.M. and Ellis R.A** “ *A physiological basis for desensitization of the hypersensitive upper extremity*”, Unpublished manuscript,1982
3. **Campbell JN** et al: “*Peripheral neural mechanisms of nociception*”. P 22. In Wall PD, melzack R: *Textbook of pain*. 2nd Ed. Churchill livingstone, New York, 1989
4. **Campbell JN, Rja SN, Meyer RA Mackinnon SE** “*Myelinated fibers in peripheral nerves signal hyperalgesia that follows nerve injury*”. *Pain* 32:89,1988
5. **Dellon A.L.** “*Techniques of sensory re-education*”. En *Somatosensory Testing and Rehabilitation*. AOTA, Silver Spring, Md, 1996
6. **Mallory S.A** “*Desensitization*” en *Hand Rehabilitation* Churchill Livingstone Inc. 2nd Ed. 8:77, 1997

TITULO:

“ABORDAJE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA EN LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GENERAL SAN MARTÍN DE LA CIUDAD DE LA PLATA”

AUTORES:

LIC. T.O SILVIA BEATRIZ ALZOLA

LIC. T.O LUCRECIA ALEJANDRA CASTRO

E-mail: lucreciacastro@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Residentes de Terapia Ocupacional (tercer año), Unidad de Internación de Terapia Ocupacional, del HIGA Gral. San Martín de la ciudad de La Plata, Calle 1 y 70. Código Postal 1900. Pcia. de Buenos Aires. Argentina. Teléfono: 0221- 421 1190 Interno 288

Resumen:

Esta investigación se realiza en la Unidad de Terapia Ocupacional del HIGA General San Martín de la ciudad de La Plata en el período comprendido entre noviembre del 2000-2001; donde el abordaje de los pacientes con artritis reumatoidea (AR) se lleva a cabo en sesiones individuales y grupales. Finalizado el tratamiento el paciente ingresa en un plan de alta transitoria o seguimiento periódico.

La importante deserción de pacientes a la instancia grupal motiva conocer los factores que intervienen en dicha deserción como objetivo general a investigar.

El diseño de investigación es exploratorio-descriptivo.

La muestra la conforman 22 pacientes, de ambos sexos que han cumplimentado el tratamiento individual y que a pesar de haber sido citados no concurrieron al tratamiento grupal.

Los datos analizados sólo corresponden a 15 encuestas que fueron procesadas en grillas. El número restante de pacientes (7) no concurrió a los controles médicos y/o citas.

El promedio de edad de los pacientes estudiados es de 48 años y el de evolución de la patología es de 12 años. El 66% de los pacientes residen en la ciudad de La Plata y el 93% de los pacientes se ocupan de las tareas domésticas.

De acuerdo a los resultados los factores: climáticos, económicos, institucionales, la presencia de un estado patológico en el paciente, la expectativas del tratamiento individual, la consideración de la modalidad grupal como parte del tratamiento, la aceptación de la modalidad grupal, la motivación del paciente y la comprensión sobre el motivo de la concurrencia, no fueron significativos para la deserción de los pacientes con AR al tratamiento grupal.

Analizando los factores estudiados, si bien no fueron significativos, los que mayor incidencia tuvieron fueron la falta de dinero para el traslado (33,3%) y el horario de tarde de las sesiones (33,3%).

Esta investigación se realiza en la Unidad de Terapia Ocupacional del HIGA General San Martín de la ciudad de La Plata en el período comprendido entre noviembre del 2000-2001, ante la importante deserción de pacientes con Artritis Reumatoidea al tratamiento grupal, instancia que cumplimenta el abordaje desde Terapia Ocupacional. Por ello se estima necesario **conocer los factores que intervienen en dicha deserción.**

El abordaje de estos pacientes se lleva a cabo a través de sesiones individuales y grupales ingresando luego en un plan de alta transitoria o seguimiento periódico.

En el consultorio de admisión, espacio que comprende la entrevista-evaluación de primera vez y se determina el ingreso a tratamiento, se le informa al paciente sobre la modalidad y los objetivos terapéuticos que se persiguen.

El **abordaje individual** con una frecuencia semanal, comprende 5 o 6 sesiones posible de modificación teniendo en cuenta las variables que pueden surgir a lo largo del tratamiento. La evaluación del paciente comprende: la capacidad funcional, las deformidades, el dolor, la amplitud articular, el cierre de puño, los patrones prehensiles, grado de independencia en las actividades de la vida diaria, de la actividad laboral y recreativa. En los casos que lo requieran se realiza Valoración Muscular y de la Sensibilidad. La evaluación de la fuerza de puño con un dinámometro no se ha registrado por falta del instrumento en la Unidad.

Se consideran como **principios básicos del tratamiento** de Terapia Ocupacional: Mantener la funcionalidad del paciente: Incrementar y/o mantener la amplitud articular y la fuerza muscular, reducir el dolor y la inflamación. Prevenir y/o corregir deformidades con el equipamiento adecuado, evitando el progreso o acentuación de las mismas. Educar al paciente: brindar información acerca de su patología, transmitir los principios de protección articular, de conservación de la energía y técnicas de simplificación del trabajo. Orientar e indicar adaptaciones en elementos de uso cotidiano y/o actividades. Favorecer independencia en las Actividades de la Vida Diaria, Recreativas y/o Laborales.

Cumplimentado el plan individual el paciente ingresa a **tratamiento grupal**, estrategia terapéutica que permite evaluar y abordar en otro “contexto” los lineamientos dados. Espacio que además permite que los integrantes socialicen y compartan sus vivencias y a partir de las actividades programadas reorganicen o reelaboren sus acciones.

La simultaneidad de las sesiones individuales con las grupales se contemplan cuando durante el transcurso del mismo el paciente necesita reevaluar individualmente algún principio del tratamiento.

Los grupos son cerrados, constituidos por un máximo de diez personas, agrupados de acuerdo a las edades: de 14 a 30 años y a partir de 30 años. No todas las personas pueden acceder a un tratamiento con modalidad grupal ya sea por características del paciente u otras causas. En estos casos se da el alta transitoria.

Se acuerda un contrato con el grupo donde se establece: un mínimo de seis sesiones con una frecuencia quincenal de una hora de duración coordinados por 2 residentes, la asistencia requerida para completar el tratamiento y el programa de actividades. En cuanto a la coordinación de los grupos consideramos llevar a cabo la relación terapeuta-coterapeuta, ya que cuando un terapeuta interviene, el otro al ser observador enriquece la tarea.

Finalizado el tratamiento se considera al paciente en **alta transitoria**, posibilidad de solicitar atención ante nueva derivación médica o demanda por parte del paciente.

Implementamos esta modalidad teniendo en cuenta las características de la patología (crónica con reagudizaciones), la importancia de contemplar las etapas de remisión y considerando que el paciente cuenta con elementos para detectar y consultar ante una nueva problemática.

Se implementa un seguimiento periódico en aquellos pacientes que presentan dificultades en la comprensión de la información, en la detección de modificación y/o requerimiento de equipamiento, necesidad de adaptaciones para las actividades para la vida diaria y el trabajo.

Durante nuestra experiencia se citaron 64 pacientes con AR a tratamiento grupal. Se dio el alta transitoria a 34 pacientes, 22 abandonaron tratamiento en el pasaje de individual a grupal y 8 pacientes abandonaron durante el desarrollo de los grupos.

Conformaron el universo de estudio 22 pacientes, analizándose sólo 15 encuestas, método de recolección de datos utilizado, ya que 7 pacientes no concurrieron a las citas.

El tipo de diseño de investigación exploratorio-descriptivo nos permite describir y conocer a la artritis reumatoidea como una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica, sistémica e incapacitante, observar los aspectos psicológicos de la persona que

padece una enfermedad psicosomática, de acuerdo a los criterios de Paul Marty y la Escuela francesa, y describir la incidencia de diversos factores en la deserción.

El promedio de edad de los pacientes estudiados es de 48 años y el de evolución de la patología es de 12 años. El 66% de los pacientes residen en la ciudad de La Plata y el 93% de los pacientes se ocupan de las tareas domésticas.

El análisis de las encuestas refleja que la presencia de un estado patológico en el mismo paciente no fue motivo de ausencia al tratamiento grupal (73,3%), a pesar de las características de la patología con sus etapas de reagudizaciones. Así mismo los factores climáticos no impidieron llegar a la Institución (100%).

Los pacientes en su totalidad refieren conocer que las sesiones individuales no completan el tratamiento de Terapia Ocupacional. En un 93% de los pacientes el tratamiento individual cumple con las expectativas esperadas. La motivación para concurrir al tratamiento grupal no influye en la deserción (80%). El 86,6% de los pacientes comprende el motivo de la citación al tratamiento grupal. En cuanto a la aceptación de la modalidad grupal el 86,6 % de los pacientes refieren no tener inconvenientes en compartir con otros sus problemáticas y un 100% de ellos manifiestan comodidad trabajando en grupo. En un 66,6% los pacientes refieren que no hubo otras razones por las cuales no concurrieron.

De acuerdo a los resultados recabados en nuestra investigación, los factores estudiados no fueron significativos para la deserción de los pacientes con AR al tratamiento grupal sin embargo los porcentajes que mayor incidencia tuvieron fueron la falta de dinero para el traslado (33,3%) y el horario de tarde de las sesiones (33,3%).

A raíz de estos resultados se originan nuevas problemáticas a investigar: el grado de deserción al tratamiento luego de la admisión y en la instancia individual, características de personalidad que pueden estar influyendo en el sostenimiento del tratamiento, el estudio de otros grupos sociales donde las necesidades básicas esten satisfechas y otras modalidades terapéuticas a implementar.

Bibliografía

- 1995. "Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud". Mosby y Doyma Libros. España.
- Plastino, Beatriz. Septiembre 2000. "Conceptos Facilitadores de la coordinación grupal. Formación de Técnicas dramáticas". La Plata.
- Plastino, Beatriz. 2000. "El grupo su abordaje y dinámica". La Plata.
- Plastino, Beatriz. 2000. "Taller de Terapia y técnicas expresivas: pivote en la formación de psicoterapia. La Plata.
- Cangini, Gladys. 1998. "Equipamiento de miembro superior en el paciente reumático". La Plata.
- Actualidad Psicológica Año XIII N° 149 Noviembre 1988.
- El paciente psicomatico en el pensamiento psicoanalítico contemporáneo. Autores: Piccolo y Woscoboinik
- Psicomatica. Davis Maldavsky. Buenos Aires.
- Entre el cuerpo y el significante. María Patricia Romero Day.
- Liberman, Aisemberg, D'Alvia, Dumayevich, Galli, Maladesky y Piccolo. 1982. "Sobreadaptación, trastornos psicomaticos y estadios tempranos del desarrollo". Revista de Psicoanálisis. Separata Tomo XXXIX N° 5.
- Castro, Lucrecia, Botallia, María Inés, Bogliolo, María Cecilia. 1996. "Actividades de la Vida Diaria en Pacientes con Artritis Reumatoidea". Tesis de grado. Facultad de ciencias de la salud y del comportamiento. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Torres Patricia, Constanzo Iris, Boffelli Adriana. 1995. "Efecto del ferulaje en la deformidad en ráfaga cubital en pacientes con artritis reumatoidea". Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Cangini, Gladys, De Marzo, Silvina. 1995. "Abordaje grupal de pacientes con artritis reumatoidea en un hospital de agudos". La Plata.
- Trombly, C. 1995. "Occupational Therapy for physical dysfunction". Editorial Williams and Wilkins.
- Ruiz, Alvaro-Gracia Alvaro y otros. 2001. "Manual S.E.R. de las Enfermedades Reumáticas". Editorial Médica Panamericana.

- Barry, M. A y colab. 1994. "Effect of energy conservation and joint protection education in Rheumatoid Arthritis. British Journal of Reuamtology".

AGRADECIMIENTOS

- A las Terapistas Ocupacionales de la Unidad de Terapia Ocupacional del HIGA Gral. San Martín, La Plata.
- A la Psicóloga Mary Marpegan, del Servicio de Salud Mental del HIGA Gral. San Martín de la ciudad de La Plata
- A la Trabajadora Social, Norma Domancich, docente del Curso de Salud Pública del Ministerio de la Salud de la Pcia. de la Bs. As.
- Al Servicio de Docencia e Investigación, de Reumatología, de Servicio Social del HIGA Gral. San Martín.

TITULO:

**“REHABILITACIÓN DEL ADULTO CON
DISCAPACIDAD VISUAL”**

**SUBTÍTULO: “QUEHACER DEL TERAPISTA
OCUPACIONAL Y SU INCLUSIÓN EL ABORDAJE DEL
PACIENTE CON BAJA VISIÓN”**

AUTORAS:

T.O. NÉLIDA DALPONTE

E-MAIL: juliocmedina@infovia.com

LIC. T.O. MARÍA EUGENIA COSTAMAGNA

E-MAIL: eugeniocostamagna@yahoo.com.ar

INSTITUCIÓN: CENTRO DE REHABILITACIÓN

**“ALAS” (dependiente de U.M.A.S.D.E.C.A., entidad civil sin
fin de lucro).**

ENTRE RÍOS 2828.

TEL- FAX (0223) 495-7577.

C.P. 7600.

MAR DEL PLATA

BUENOS AIRES

ARGENTINA.

Resumen.

- Se describe el proceso discapacitante como resultado de la patología visual.
- Tomando como marco conceptual el de rehabilitación se puntualiza el ROL DEL TERAPISTA OCUPACIONAL en el tratamiento de adultos con discapacidad visual.
- Se incluye muy especialmente el abordaje del paciente con Baja Visión, siendo este un área en que las Terapeutas Ocupacionales argentinas aún no han intervenido demasiado. Consideramos que dentro del equipo técnico, el Terapeuta Ocupacional es el profesional que debería llevar a cabo la rehabilitación visual propiamente dicha.
- Concluyendo: los avances de la tecnología y la consiguiente incorporación de ayudas técnicas se ampliaron las posibilidades de rehabilitación; esto nos enfrenta al compromiso de continuar investigando y formándonos.

PERDIDA SENSORIAL: CEGUERA Y DEFICIENCIA VISUAL

La visión es un sentido de síntesis que nos proporciona ms del 80% de la información que recibimos del medio. Esta información llega a través de un complejo mecanismo formado por el aparato visual

EL OJO

LAS VIAS NERVIOSAS DE CONDUCCION.

LOS CENTRO NERVIOSO CORTICALES Y SUBCORTICALES.

UNA ALTERACION EN DICHAS ESTRUCTURAS, PROVOCAN UN:

Déficit visual. Glaucoma, cataratas, atrofia del nervio óptico, maculopatía, .retinitis, otras. Que provocan un determinado deterioro visual: disminución de la agudeza visual, restricción del campo visual, alteración de la sensibilidad al contraste.

Estas medidas estandarizadas, se obtienen a través de test clínicos, y permiten clasificar la discapacidad visual en:

Ceguera total, baja visión grave, baja visión moderada, baja visión leve.

QUE IMPLICAN ...

Discapacidad. Limitaciones funcionales que crean una brecha entre las capacidades de una persona y las demandas de su entorno.

Imposibilidad de utilizar la lectoescritura convencional, de desplazarse en forma independiente, de alimentarse, vestirse, higienizarse en forma independiente; dificultad para utilizar herramientas y elementos, de uso común (tijeras, agujas, destornillador), otros

Aquí tiene lugar el PROCESO DE REHABILITACIÓN. Que actúa sobre la discapacidad para lograr eliminar o reducir a su mínima expresión la...

Desventaja visual: Inhabilidad para desempeñarse en un rol determinado; por ejemplo: ama de casa, empleado de comercio, estudiante, etc.

Los términos déficit, discapacidad, desventaja conforman la clasificación internacional (ICDIIH) utilizada par describir el proceso discapacitante.

En el proceso de rehabilitación interviene un equipo interdisciplinario.

Según normas de la ULAC, Unión Latinoamericana de Ciegos, el equipo de rehabilitación debería de estar conformado por las siguientes áreas

MEDICA

A.V.D

FISICA

SOCIAL

COMUNICACIÓN

HABILIDADES MANUALES

A partir de nuestra experiencia en un centro de Rehabilitación para Adultos con

discapacidad visual.

FOTO 1

Queremos definir el rol del T.O. dentro del equipo y su inclusión en el abordaje del paciente con baja visión.

El T.O debe entonces diseñar estrategias para mejorar el desempeño del paciente en las actividades de la vida diaria, esparcimiento y trabajo.

PROCESO TERAPEUTICO:

EVALUACIÓN

- Identificar los déficits que intervienen en el desempeño del rol social TABLA 1
- . Identificar factores ambientales físicos y humanos.

Planilla de evaluación

A partir de allí se instrumenta el

PLAN DE TRATAMIENTO

TÉCNICAS DE RECUPERACIÓN:

Entrenamiento cognitivo: Favorecer las funciones psíquicas superiores (atención, memoria, concentración, etc).

Expresión Corporal: estimular las nociones témporo-espaciales, esquema corporal, movilidad general, postura y gesto, manejo del tono muscular y postural.

Reentrenamiento sensoperceptivo: potenciar sentidos compensatorios

Destrezas motoras finas.

TECNICAS ADAPTADAS. Y MODIFICACIONES AMBIENTALES:

Además se implementan estrategias para enseñar la paciente técnicas adaptadas en la ejecución concreta de la tarea. A si mismo son básicas las modificaciones ambientales tanto físicas como humanas.

3.-EQUIPAMIENTO: La prescripción de equipamiento adaptado, las indicaciones para su uso, a veces son necesarias para lograr el objetivo.

4.- ASESORAMIENTO AL ENTORNO SOCIAL.

Se citarán ejemplos explicativos de cada uno de estos aspectos, incluyendo las fotografías 3,4 y 5.

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ABORDAJE DE LA BAJA VISION

DEFINICIÓN O.M.S: Un paciente con BAJA VISION presenta en el mejor ojo, después de tratamiento medico quirúrgico y con corrección normal una agudeza visual menor de 20/60, o un campo visual de 20 grados o menos. Pero que sea potencialmente capaz de utilizar la visión con propósito funcional.

Ceguera legal se refiere a una a.v. a partir 20/200 o un campo visual menor de 20

grados. Esta situación no significa incapacidad para utilizar la visión residual.

REHABILITACION VISUAL. Comienza con el diagnostico oftalmológico.

Se trata de potenciar al máximo el resto visual existente.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Evaluación de: Habilidades visuales

TABLA 2 planilla

Intereses.

Evaluación

Estrategias terapéuticas.

. Participación en la prescripción de ayudas ópticas conjuntamente con el oftalmólogo u óptico del equipo.

-Entrenamiento en el uso de ayudas ópticas y no ópticas.

FOTO

-Indicación de modificaciones ambientales.(físico y humano)

5,6,7

- Entrenamiento en ayudas electrónicas: programas de computación, c.c.t.v,

PRESENTACION DE UN CASO

Conclusion:

A partir de nuestra experiencia concreta pretendemos resaltar la importancia de la utilización de diversas técnicas específicas de nuestro quehacer profesional orientadas al logro del objetivo final de la rehabilitación.

En las normativas de la U.L.A.C. (entidad que se dedica a la investigación de esta problemática), la T.O. no se menciona como área.

A través de este trabajo pretendemos fundamentar la importancia del rol del T.O. dentro del equipo de rehabilitación. A si mismo consideramos que el T.O debería ser quien realice la rehabilitación visual en el abordaje de la baja visión. Esto nos enfrenta a un gran desafío pero al mismo tiempo permite ampliar nuestro ámbito laboral.

MESAS DE COMUNICACIONES

CIENTÍFICAS

COMUNIDAD

MESA 1

TÍTULO

**“EL JUEGO Y EL ESPARCIMIENTO COMO
MODALIDAD TERAPÉUTICA”**

**Proyecto de Extensión de Cátedra: Práctica Profesional III,
Universidad Nacional del Litoral.**

**Sub-Proyecto: “De los chicos para los chicos, Dame un
mensaje a través de tu dibujo”.**

AUTORAS:

T.O. BEATRIZ ARRIOLA DE MINES

beatrizmines@hotmail.com

T.O. LUCRECIA ÁLVAREZ DE CUPELÍN Y COL.

lucreciaalva@hotmail.com

INSTITUCIÓN:

Hospital Juan Bautista Iturraspe: Servicio de Pediatría:

Boulevard Gálvez 3551. Santa Fe - Organismo

Gubernamental.

Centro de Día Comunidad Terapéutica de Ayuda a Niños

Especiales: 4 de enero 2880.

Santa Fe. Argentina. Organismo no Gubernamental.

Escuela Luis María Drago: Avenida General Paz 5330. Santa Fe – Organismo Gubernamental.

Resumen:

Propósitos del Proyecto

- Brindar al estudiante la posibilidad de aplicar teorías y prácticas del juego y esparcimiento como modalidad terapéutica en Instituciones y poblaciones de diferentes características.

- Favorecer el desarrollo del comportamiento ocupacional y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los asistidos.

- Posibilitar al estudiante participar en actividades de información a la comunidad educativa, respecto a personas con discapacidades transitorias y/o permanentes, expresando su solidaridad, mediante actividades gráficas. (Denominado Sub-Proyecto: “De los chicos para los chicos: Dame un mensaje a través de tu dibujo”) Se presenta gráfico de pacientes por patologías e Instituciones.

Evaluaciones utilizadas (marcos de referencia)

Se mencionan actividades formativas de los alumnos:

Aplicación de evaluaciones; Planificación de Programas de actividades y juegos.

Construcción de juegos.

Información a docentes y alumnos escolares sobre patologías y vivencias de los asistidos.

Conclusiones: *Académicas:* Constituyó un medio de enseñanza-aprendizaje, permitiendo analizar abordajes de T.O. (área del juego y esparcimiento), en patologías especiales y diferentes, en el marco de las prácticas profesionales.

Institucionales: Reconocimiento del rol de T.O., solicitándose prosecución de esta modalidad de abordajes en el Centro de Día Comunidad Terapéutica de Ayuda a Niños Especiales y en el Servicio de Pediatría del Hospital J.B. Iturraspe.

Demanda de programas similares (juego y esparcimiento) en Hospitales urbanos y provincias vecinas.

Extensión al medio: (Sub-Proyecto) Brindó experiencias de enseñanza-aprendizaje en la interrelación salud-educación.

DESARROLLO DEL TRABAJO:

Introducción:

La cátedra Práctica Profesional III, se ubica en el 3º año de la carrera de Terapia Ocupacional, referido a trastornos Clínicos-Ortopédicos y Neurológicos.

A través de los acuerdos firmados ante la Universidad Nacional del Litoral, el Hospital Iturraspe, y el Centro de Día Comunidad Terapéutica de ayuda a Niños Especiales, se establece la colaboración de carácter académico, pedagógico y de investigación sobre temas y problemáticas, referidas al desarrollo y ejecución del proyecto de Extensión de Cátedra (P.E.C.) y del proyecto de Interés social (P.E.I.S.). “El Juego y el Esparcimiento como modalidad terapéutica”.

Antecedentes:

✓ Proyecto de Extensión de Cátedra Práctica Profesional III “Terapia Ocupacional en la atención de pacientes oncohematológicos en un equipo interdisciplinario”, alcanzó el máximo puntaje entre los veintitrés proyectos presentados de distintas unidades académicas de la U.N.L. -1999-Santa Fe.

✓ Certamen de graffitis. Proyecto P.A.A.N.E.T. (Programa de Apoyo y Asistencia a niños con enfermedades terminales). 1997-Mar del Plata.

✓ A la fecha de presentación del presente Proyecto (año 2000) no se registraban áreas de juego y esparcimiento en Hospitales de la ciudad.

Propósito del Trabajo:

✓ Posibilitar al estudiante o egresado de Terapia Ocupacional, aplicar sus conocimientos a nuevas áreas en salud.

✓ Brindar al estudiante la posibilidad de la práctica del juego y el esparcimiento como modalidad terapéutica en instituciones y poblaciones de diferentes características.

✓ Facilitar la aplicación de las teorías del juego en niños y adolescentes con patologías diversas.

✓ Favorecer el desarrollo del comportamiento ocupacional y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los asistidos.

✓ Ofrecer al estudiante la posibilidad de participar en actividades de información a la comunidad educativa respecto a personas que padecen discapacidades

-5-

transitorias y/o permanentes, a fin de que expresen su solidaridad por medio de actividades gráficas (denominado Sub-Proyecto “De los chicos para los chicos: Dame un mensaje a través de tu dibujo”).

Contenido del Trabajo:

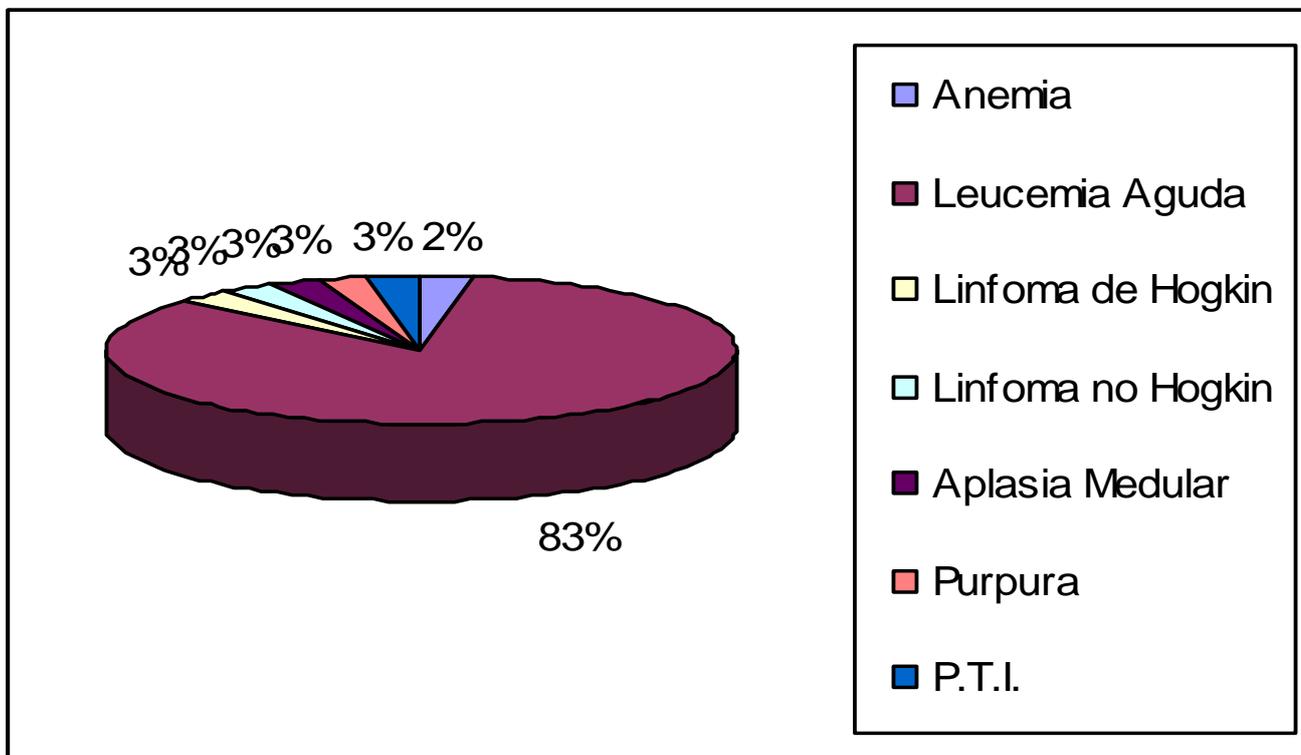
El proyecto de Extensión de Cátedra se desarrolló en un año académico en dos períodos. El número de alumnos participantes fue 12; 6 alumnos por períodos, divididos en las dos instituciones mencionadas en el apartado III. La totalidad de los alumnos (12) participaron del Sub-Proyecto realizado en la Escuela Luis María Drago (1° y 2° ciclo E.G.B.) en el segundo período del año.

Registro de pacientes por patologías e instituciones.

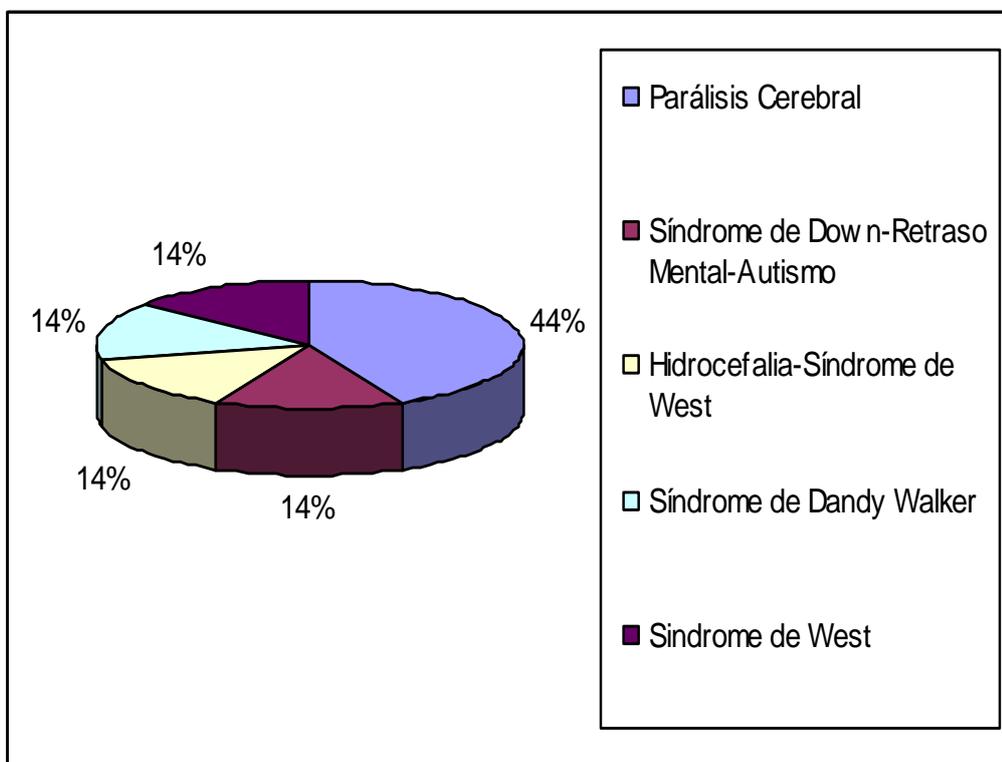
Tabla N°1:

Gráfico de Registro de pacientes por patologías e Instituciones

Hospital Iturraspe (39 asistidos)



Centro de Día. Comunidad terapéutica de ayuda a Niños Especiales (14 asistidos)



De cada paciente se llevó un registro de asistencia, evaluaciones.

Evaluaciones:

Hospital J.B. Iturraspe:

- Desarrollo madurativo.
- Intervención de Terapia Ocupacional.
- Interpretación de estados de ánimos.
- Historia del juego
- Evaluaciones de habilidades de comunicación / interacción.

Centro de Día Comunidad Terapéutica:

- Evaluación del juego y análisis de actividad
- Cuestionario volicional del Modelo de la Ocupación Humana.
- Evaluaciones ocasionales del Modelo de Integración sensorial.

Evaluaciones que nos permiten el conocimiento integral del niño, su patología, el período de la enfermedad que esta cursando, su estado de ánimo antes y después de la

intervención de Terapia Ocupacional, sus preferencia en juegos, a efectos de planificar el abordaje utilizando el juguete o juego que en el marco de la interacción paciente-terapeuta, le de la posibilidad de desarrollar sus capacidades físicas, sensoriales y cognitivas.

Mencionaremos algunas de las actividades formativas de los alumnos.

- Aplicación de evaluaciones.
- Análisis de juegos y juguetes.
- Planificación de programas de actividades y juegos, de acuerdo a edad, sexo, intereses y patologías, estableciendo sus diferencias.
- Diseño y construcción de elementos de juegos.
- Participación en el sub-proyecto: Información a docentes y alumnos de la Escuela sobre patologías y vivencias de los asistidos, motivando expresiones de solidaridad a través actividades gráficas.

Conclusiones:

Académicas: * Constituyó un medio de enseñanza-aprendizaje, permitiendo analizar abordajes de T.O. (área del juego y esparcimiento), en patologías especiales y diferentes, en el marco de las prácticas profesionales.

Institucionales: * Reconocimiento del rol de T.O., solicitándose prosecución de esta modalidad de abordajes en el Centro de Día Comunidad Terapéutica de Ayuda a Niños Especiales y en el Servicio de Pediatría del Hospital J.B. Iturraspe.

* Demanda de programas similares (juego y esparcimiento) en Hospitales urbanos y de provincias vecinas.

Extensión al medio: * (Sub-Proyecto) La participación de los alumnos en actividades de difusión, concientización y sensibilización a la comunidad educativa, diversificó su espectro de experiencias de enseñanza aprendizaje en la interrelación salud-educación.

* Propuesta de Extensión del Sub-Proyecto a Escuelas Provinciales.

Referencias Bibliográficas:

- Bisell Julie, MA.OTR.-Fisher Yean, M.A.OTR- Owens Carol, OTR. 1989 “Manual Sensorio Motor”.- Sensory Integration International. (Torrance, California.). Traducido por Centro de Rehabilitación Infantil Manantial. (Chile).
- Cooper Jill, 1997. “Occupational Therapy in oncology an Palliative Care”. Singular Publishing Group, Inc. (San Diego-California)
- Kielhofner, G. 1980”Modelo de Ocupación Humana” – AJOT.- Traducido: T.O. Lucila Moreno.
- Pedretti. Willians Lorraine M.S, O.T.R.- Zoltan Barbara. M.A, O.T.R.- 1990- Third Edition.
“Occupational Therapy- Practice Skills for Physical Dysfunction” The C . V. Mosby Company – (St Louís-Baltimore, Philadelphia. Toronto). Capítulo 2. 18 -37.
- Plank Emma. N. 1961 “El Cuidado Psicológico del Niño Enfermo, en el Hospital”. Editorial Páidos (Bs. As.)
- Sten Hegeler - 1965 - “Como elegir los Juguetes.” –1965-Editorial Páidos. (Argentina).
- Tecklin Yan Stephen M.S, P.T. 1994. Second Edition. “Pediatric Phisical Therapy”. J.B.Lippincott Company (Philadelphia).-4.89-130/ 6.187-206/11.363.388
- Willard / Spackman. 1998. Octava Edición. “Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana (Madrid - España). Unidad II. Sección III. 260-267
- Folletos:
 - * Lic.Appel. Silvia - 1996.”Siempre es Tiempo de Aprender”- Un Manual para docentes de niños con cáncer- Fundación Natalí Dafne Flexer. (Buenos Aires - Argentina).
 - * Spinetta Patricia Deasy. M.A, M.S.- Spinetta, John J. Ph.D-.Kung Faith H. M.D.- Schwartz, Donald B: M.D. 1997. “Aspectos Emocionales del Cáncer en Niños y Adolescentes.” Fundación Natalí Dafne Flexer (Capital Federal). 24-36
- Curso:
 - * T.O. Oudshoorn Silvina.- T.O. Vásquez Graciela.- 1999 “El niño con cáncer también juega” IV Congreso Argentino y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. (La Rioja)

AGRADECIMIENTOS:

- ✓ A la Directora del Proyecto P.A.A.N.E.T. (Programa de Apoyo y Asistencia a Niños con Enfermedades Terminales).-Lic. Silvina Oudshoorn, por su asesoramiento y materiales brindados.-
- ✓ A la Directora y maestras de la Escuela Luis María Drago de Santa Fe, por su disponibilidad para la ejecución del Sub- proyecto. “De los chicos para los chicos- Dame un mensaje a través de tu dibujo.” – Setiembre 2001.-

TÍTULO : “PIEDRA LIBRE. JUEGO LIBRE”.

**PROYECTO DE EXTENSIÓN DE CÁTEDRA. UN APORTE
DE TERAPIA OCUPACIONAL A LA CALIDAD DE
VIDA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN RIESGO.**

AUTORA: T.O MARÍA DE LOS MILAGROS DEMIRYI,

E- mail: avenida@arnet.com.ar

INSTITUCIÓN:

Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe.

PREMIO “AATO 2003”

MEJOR COMUNICACIÓN LIBRE EN

COMUNIDAD

Resumen:

Proyecto de Extensión de Cátedra de la asignatura “Práctica Profesional I”. Es un diseño innovador donde el proceso de enseñanza aprendizaje se fundamenta desde el enfoque constructivista, enfatizando el trabajo de campo como escenario para la construcción de aprendizajes comprensivos, desde el inicio de la formación. La estrategia didáctica basada en la resolución de problemas junto al monitoreo sistemático, favorecieron la formación de los alumnos en la instrumentación de la ocupación humana como medio de promoción de la salud en poblaciones infanto juveniles.

La experiencia se desarrolló en la Escuela Zazpe (urbano-marginal) de la ciudad de Santa Fe. Consistió en brindar un servicio de Programas Lúdico-recreativos, para niños en situación de riesgo en los fines de semana. La implementación de diferentes tipos de juegos y actividades recreativas, generó la oportunidad para que estos niños utilicen sanamente su tiempo libre y la adquisición de habilidades lúdicas con impacto en el desempeño cognitivo y social.

Paralelamente, se trabajó en la capacitación de líderes juveniles, adolescentes del polimodal de la misma escuela, los que participaban en las actividades de los sábados y en talleres de construcción de juguetes. Constituyendo oportunidades de desempeño en nuevos roles para los adolescentes y accediendo a nuevos ambientes, con impacto en la validación personal y social.

La organización de una Ludoteca para la institución fue el otro eje de trabajo. Lo producido en los talleres contribuyó a formar un recurso inexistente.

Participaron alrededor de 400 niños y adolescentes. La experiencia fue llevada a cabo por 70 alumnos, en su mayoría de 1° año.

La estrategia comunitaria, la dialéctica de retroalimentación (alumnos y comunidad), la movilización de recursos y el efecto multiplicador, son los rasgos más destacables de esta experiencia. El reconocimiento y la apertura de un espacio de Terapia Ocupacional en educación común, su mayor impacto.

Desarrollo

- Introducción:

El propósito del presente trabajo es demostrar cómo a través de un Proyecto de Extensión de Cátedra se logra la integración de acciones de extensión al proceso pedagógico, favoreciendo el aprendizaje de contenidos específicos del programa académico de Práctica Profesional I, en situaciones de contexto real y desde los inicios de la formación de los estudiantes de Terapia Ocupacional.

Por formar parte de la propuesta pedagógica de la cátedra, existe una estrecha relación con los antecedentes de proyectos desarrollados, en particular: “Vamos a jugar a Casa Cuna” (1990 /1994- 1999/2000). El contexto comunitario y la participación masiva de alumnos de 1° Año de la carrera, marcan las diferencias y un salto con los anteriores.

- **Justificación:** El juego como necesidad y ocupación fundamental de los niños, es a la vez un derecho no siempre ejercido ni considerado como actividad crítica para el desarrollo infantil. Los programas dedicados a la niñez expresan una débil incorporación de propuestas lúdicas en su agenda.

Por ser el juego un comportamiento aprendido, los niños expresan en él, la realidad histórica, socio-económica y cultural del medio en que viven. En la mayoría de los hogares pobres, las madres y adultos no enseñan y/o estimulan estos aprendizajes. Repitiendo quizá la propia historia personal carente de antecedentes significativos en experiencias lúdicas. La falta de oportunidades para jugar y recrearse durante el tiempo libre, en particular de los niños en situación de riesgo social, es el problema central abordado.

La etapa de niñez y juego lleva las marcas de la temprana asunción de responsabilidades en el hogar: tareas domésticas, cuidado de los hermanos y en el mundo laboral. “La violencia es la reina de la calle y las casas, por ello los niños tienen limitadas sus posibilidades de jugar en esos lugares, en el barrio no hay plaza ni parque...para muchos, el ámbito de juego es la escuela” (1). A pesar del aumento de los índices de deserción, la Escuela Zazpe constituye un marco de contención para la mayoría de los niños y adolescentes del barrio. Esto favorece la organización de sus rutinas diarias de lunes a viernes. Mientras que durante el fin de semana, la disponibilidad de mayor tiempo libre, produce un vacío difícil de llenar y una mayor exposición a los peligros y vicisitudes de la calle. La gravedad del problema reside en que, en tanto el juego prepara para la vida adulta apoyando los fundamentos para el trabajo y el esparcimiento, la falta de estas oportunidades incidirá en el desarrollo y futuro desempeño ocupacional.

La Declaración de la International Association for the Child's Right to Play (2) plantea entre sus propuestas que: “los niños necesitan oportunidades para jugar en su tiempo libre” y recomiendan “proveer tiempo, espacios, lugares y programas con líderes donde los niños puedan desarrollar su sentido de pertenencia, autoestima y diversión a través del juego,...incorporando el juego a programas comunitarios diseñados para mantener la salud física y mental de los niños”...

Los contenidos de la asignatura Práctica Profesional I habilitan a los alumnos a elaborar y desarrollar una propuesta programática centrada en actividades lúdico-recreativas, para promover el sano desarrollo de poblaciones infanto-juveniles en situación de riesgo. Los fundamentos de la disciplina en relación al valor del juego junto con los métodos y técnicas han sido los contenidos transferidos de la teoría a la práctica. Desde esta perspectiva, brindar un servicio a la comunidad es poner a los estudiantes de cara a las problemáticas que deberá abordar en el futuro ejercicio del rol profesional y resignificar el rol del Universidad.

Esta concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje, permite identificar la dialéctica de retroalimentación de la experiencia, por su doble impacto: en la comunidad y en los alumnos y cátedras. Sostenida centralmente sobre el enfoque de la didáctica constructivista,

La Carta de Ottawa , el Modelo de la Ocupación Humana (3), el Modelo Lúdico (4), los aportes de Knox, S. (5); Hinojosa, J.y Kramer, P.(6); Yerxa, (7) y Csikszentmihalyi, M.(8), constituyeron los fundamentos teóricos que guiaron esta experiencia.

Descripción: La experiencia se desarrolló en la Escuela Zazpe, ubicada en un populoso barrio urbano-marginal de la ciudad de Santa Fe, considerado como “ zona roja”³.Esta elección obedeció al reconocimiento que posee la institución dentro de la matriz ambiental y la afluencia masiva de niños y adolescentes (nivel de jardín a polimodal).

El servicio brindado se organizó en un **Programa Lúdico-recreativo** (central). Implementado todos los sábados, con propuestas de diferentes tipos de juegos donde los niños participaban por libre elección. Y dos ejes de trabajo desarrollados en paralelo que fueron:

Capacitación de líderes juveniles. Participaron los adolescentes del polimodal. El objetivo fue brindarles herramientas para que estén en condiciones de organizar actividades lúdicas. La capacitación de tipo no formal se concretó en las actividades de los sábados,

³ “zona roja”: término acuñado en los últimos años para denominar aquellos lugares de la ciudad caracterizados por el alto nivel de violencia, localizados en barrios marginales y/o villas de emergencia.

donde los jóvenes actuaron como colaboradores, y en talleres de construcción y reparación de juguetes. Estos ingresaban a la otra pata de este proyecto que fue la **Organización de una Ludoteca.**

La instrumentación de la ocupación y el ambiente fueron los ejes estructurados de las actividades realizadas que generaron oportunidades de experiencias lúdicas para los niños; de ejercicio del rol de voluntario y líder para los adolescentes y de ejercicio del rol profesional para los estudiantes. Se construyó así un espacio de aprendizaje de características cooperativas, solidarias y de transferencia recíproca. Los adolescentes con los estudiantes en relación a los niños: sus códigos, costumbres, hábitos. Los estudiantes con los adolescentes en relación al juego: su valor, posibilidades, criterios de selección. Y en relación al ambiente: disponibilidad, accesibilidad. Esto implicaba desde cómo organizar los juguetes y lugares hasta utilizar ambientes inaccesibles en el imaginario de ellos. Por ejemplo: parte de los talleres de construcción se desarrollaron en las aulas de la universidad.

Lo antes expuesto, expresa las estrategias comunitarias utilizadas: - transferencia de conocimientos; - accesibilidad de recursos; - desarrollo de líderes. Las propuestas concretas se gestaron en el proceso. La participación activa de niños, adolescentes, docentes, directivos, porteros y los estudiantes, conformaron un universo de necesidades y demandas que se fueron afrontando en una construcción con cada uno de estos actores. El diseño de oferta múltiple, libre elección y participación activa, requirió la elaboración permanente de criterios de intervención y fomentó la plasticidad en el razonamiento traducida en flexibilidad programática. Así fue como por ejemplo, los alumnos participaron en un proyecto que un grupo de docentes de la escuela tenían sobre el derecho al juego y no habían podido desarrollar hasta ese momento. La inquietud fue planteada, los alumnos la tomaron y participaron en ella favoreciendo su concreción. Consistió en una Jornada con los adolescentes y padres para pintar juegos en el patio de la escuela y una Jornada juegos en un parque en la que participaron niños de tres escuelas marginales.

Esta experiencia se implementó durante cuatro meses. Estuvo a cargo de alumnos de 1° año con funciones de planificación, ejecución y evaluación; alumnos de 4° año con funciones de asistentes de dirección y alumnos de los demás cursos como voluntarios. Las dos últimas instancias no estaban contempladas en el diseño inicial. Se incorporaron a pedido de los mismos alumnos, indicando uno de los impactos que produjo. Participaron 75 alumnos en total, en su mayoría de 1° año. Los niños y adolescentes que participaron llegó a un total de 400, variando de un sábado a otro.

Metodología: Se utilizó la metodología de gestión integral. El proceso de planificación, ejecución y evaluación se articuló con una dinámica de funcionamiento que contempló varias instancias paralelas donde los alumnos participaban parcialmente (según responsabilidades y funciones asumidas) y una instancia del grupo total con el docente. Los alumnos aprendieron a gestionar el proyecto integral. La aplicación del monitoreo permitió el análisis permanente, favoreciendo el aprendizaje comprensivo en un constante recorrido de la teoría a la práctica y viceversa y el proceso de construcción de criterios de intervención. Se aplicaron categorías de indicadores de proceso, producto, resultado e impacto para la evaluación.

- **Conclusiones:** Esta experiencia ha generado:

- Un aporte innovador en la construcción y transferencia de conocimientos.
- Aprendizajes lúdicos con valor transferencial a habilidades sociales y cognitivas. Fue notable el cambio de comportamiento lúdico que pasó del patrón inicial circunscripto al juego motor y turbulento (fútbol) a juegos reglados, de construcción y cognitivos. El impacto en la conducta social fue detectado por docentes y directivos expresado como: “otro clima se respira en la escuela”.
- Oportunidades de desempeño en nuevos roles para los adolescentes y accesibilidad a nuevos ambientes, con impacto en la validación personal y social. Estos jóvenes fueron sacados del lugar de “delincuentes, drogadictos, violentos, marginales, promiscuos”.
- Desarrollo de razonamiento clínico a partir de la estrategia didáctica de resolución de problemas en el campo. Teniendo en cuenta que se trata de alumnos novatos (1° año) esta experiencia rompe el recorrido curricular adelantándolos en el afrontamiento de problemáticas de la disciplina. Según el plan vigente los alumnos realizan su primera práctica en 3° año y la práctica comunitaria en 4°.
- Articulaciones curriculares verticales y horizontales e impacto en otras asignaturas. Los alumnos recuperan contenidos vistos en otras materias. La integración de éstos es detectada por docentes de otras cátedras como impacto de la experiencia. Y los resignifican, con la implicancia de desmontar prejuicios provenientes de su imaginario social a partir de conocer y comprender los significados que los niños y adolescentes de esta comunidad otorgan a sus ocupaciones, sus familias y sus vidas, cómo se forman estos significados y cómo se materializan en hábitos y actividades.
- La apertura de un espacio de Terapia Ocupacional en el ámbito de la educación común, inexistente hasta el momento en Santa Fe. La comunidad educativa valora la experiencia como altamente positiva, difunde sus logros y solicita su continuidad.

- El reconocimiento de docentes de otras escuelas de Santa Fe que demandan la implementación del proyecto a partir de conocer el impacto producido.
- El interés de autoridades del Ministerio de Educación por el proyecto quienes reconocen su impacto y plantean la posibilidad de replicación en otras escuelas.
- La movilización de la comunidad de la escuela: docentes, celadores, directivos, padres; de la comunidad universitaria: alumnos de distintos cursos, docentes de diferentes asignaturas, centro de estudiantes, directivos; de la comunidad barrial: radio FM. Y de la comunidad santafesina en general: otras escuelas, padres de los alumnos universitarios, teatro de títeres municipal, grupos de murga barrial, comerciantes.

Referencias bibliográficas

- Diario "El Litoral". 2002. "Recuperar el derecho al juego. Chicos por una mañana". Sección cultural. Santa Fe. Argentina.
- Bottini, G.; Silsi de Rofman, S. 1999. "El juego: necesidad, arte y derecho." Asociación Internacional por el Derecho del Niño a Jugar. Ed. Bonum. Buenos Aires. Argentina.
- Kielhofner, G. (2002). "Model of Human Occupational. Theory and Application". Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. USA.
- Reilly, M. 1969. "Occupational Behavior Model" en Models of Practice in Occupational Therapy. Williams and Wilkins. Baltimore.
- Reilly, M. 1974. Play as exploratory learning. Slage publications, Inc. Beverly Hills. California.
- Knox, S. 1998. "Juego y Actividades de Esparcimiento". Cap.8, Sección 3, en: Hopkins, H. Y Smith, H. 1998. "Terapia Ocupacional". 8º Edición. Editorial Médica Panamericana. España.
- Hinojosa, J & Kramer, P.1997." Integrating children with disabilities into family play", en Parham, D. & Fasio, L. 1997. Play in Occupational Therapy for children. Mosby. St.Louis.
- Yerxa, E. 1989. "An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21 century" en: Occupational Science: The foundation for new models of practice. The Haworth Press. USA.
- Csikszentmihalyi, M. 1990. " Foreword " en Occupational Science: The foundation for new models of practice. The Haworth Press. New York.

- Bibliografía consultada

- Almirón, G.; Beniro, F. Y otros. 2000. "Los chicos y las chicas tienen la palabra". Derechos humanos y educación: a construcción colectiva. Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe. Argentina.
- Beltrán, M. 1998. "El juego en la escuela, un recurso inigualable para el aprendizaje". Publicado en Diario Clarín. Sección Guía de Enseñanza. Buenos Aires. Argentina.
- Bottini, G.; Silsi de Rofman, S. 1999. "El juego: necesidad, arte y derecho." Asociación Internacional por el Derecho del Niño a Jugar. Ed. Bonum. Buenos Aires. Argentina.
- Bruner, J. 1997. "La educación, puerta de la cultura ". Visor. Madrid.

- Csikszentmihalyi, M. 1990. "Foreword " en Occupational Science: The foundation for new models of practice. The Haworth Press. New York.
- Diario "El Litoral". 2002. "Recuperar el derecho al juego. Chicos por una mañana". Sección cultural. Santa Fe. Argentina.
- Eisner, E. 1998. "Cognición y curriculum". Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.
- Ferland, F. 1997. "Play, children with physical disabilities and occupational therapy: The Ludic Model ". University of Ottawa Press. Canadá.
- Florey, L. 1981. "Studies of play: Implications for growth, development and for clinical practice" en AJOT 35,8. AOTA.
- González Cuberes, M. 1989. "El taller de los Talleres. Aporte al desarrollo de talleres educativos ". Estrada y Cia.S.A. Buenos Aires. Argentina.
- Hinojosa, J. & Kramer, P. 1997. "Integrating children with disabilities into family play", en Parham, D. & Fasio, L. 1997. Play in Occupational Therapy for children. Mosby. St.Louis.
- Kielhofner, G. 2002. "Model of Human Occupational. Theory and Application." Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. USA.
- Knox, S. 1998. "Juego y Actividades de Esparcimiento". Cap.8, Sección 3, en: Hopkins, H. Y Smith, H. 1998. "Terapia Ocupacional". 8º Edición. Editorial Médica Panamericana. España.
- Hinojosa, J & Kramer, P. 1997. "Integrating children with disabilities into family play", en Parham, D. & Fasio, L. 1997. Play in Occupational Therapy for children. Mosby. St.Louis.
- Hopkins, H. Y Smith, H. 1998. "Terapia Ocupacional". 8º Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.
- Litwin, E. 1997. "Enseñanza e innovaciones en las aulas para el nuevo siglo." El Ateneo. Buenos Aires. Argentina.
- Litwin, E. 1997. "Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior." Piados. Buenos Aires. Argentina.
- Llorens, L. 1973. "Consultation in the Community: Occupational Therapy in Child Health". AOTA Inc. Iowa.
- Pellegrini, M. Y Sar, M. 1997. "El trabajo comunitario de Terapia Ocupacional en Pediatría ". Presentado en las 1ras. Jornadas de Terapia Ocupacional en Pediatría. Mar del Plata. Argentina.
- Reilly, M. 1969. "Occupational Behavior Model" en Models of Practice in Occupational

Therapy. Williams and Wilkins. Baltimore.

- Reilly, M. 1974. Play as exploratory learning. Slage publications, Inc. Beverly Hills. California.
- Rinderknercht, P. Y Pérez Aguirre, L. 1997. “ Manual de juegos para niños y jóvenes.” 17° Edición. Editorial Bonum. Buenos Aires. Argentina.
- Robinson, A. 1981. “Play the arena for acquisition of rules competence behavior. AJOT, 31, 4. AOTA.
- Siempro. 1999. “Sistema de información, monitoreo y evaluación de programas sociales.” Secretaría de Desarrollo Social. UNESCO. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. Buenos Aires. Argentina.
- Siempro. 2000. “La situación de la infancia: Análisis de los últimos diez años.” Secretaría de Desarrollo Social. UNESCO. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. Buenos Aires. Argentina.
- Spielkid, G. 1996. “Juegos para los más chicos “. Grupo Lea. Buenos Aires. Argentina.
- Yerxa, E. 1989. “An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21 century” en: Occupational Science: The foundation for new models of practice. The Haworth Press. USA.

Agradecimientos

Nuestro profundo agradecimiento a todos y cada uno de los integrantes de la comunidad educativa de la Escuela Monseñor Zazpe, por la confianza depositada. Sin ellos, esta experiencia no hubiera sido posible.

Va el agradecimiento también, a la comunidad educativa de la Universidad Nacional del Litoral, en particular, a los alumnos de la Carrera de Terapia Ocupacional, al Centro de Estudiantes de la Escuela de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo”, a la Secretaría de Extensión Universitaria y a los familiares (padres, esposos, hijos) de los alumnos.

A cada una de las personas, instituciones y grupos que apoyaron y participaron en esta experiencia, que se torna casi imposible de nombrar por la gran cantidad y porque muchos de ellos han sido anónimos colaboradores.

TITULO:

**“AUTONOMÍA, DERECHOS Y PARTICIPACIÓN
SOCIAL: DIRECTRICES PARA REHABILITACIÓN
SICOSOCIAL COMUNITARIA”**

AUTORAS:

DRA. T.O FÁTIMA CORRÊA OLIVER

E-mail: fcoliver@usp.br

T.O FERNANDA NICÁCIO

E-mail: fenicacio@uol.com.br

INSTITUCIÓN:

**Curso de Terapia Ocupacional - Depto. de Fisioterapia,
Fonoaudiología y Terapia Ocupacional**

Universidad de Sao Paulo

Rua Cipotânea, 51 Ciudad Universitaria

CEP 05360-160 Sao Paulo – SP – Brasil

Email: fcoliver@usp.br; fenicacio@uol.com.br

Resumen

El estudio discute la construcción de derechos, producción de autonomía y participación en la vida social como directrices para procesos de rehabilitación psicosocial con poblaciones en desventaja (personas con deficiencias graves - motoras, sensoriales y/o mentales - y personas con trastornos mentales severos).

Presenta la necesidad de fomentarse, en el contexto brasileño, políticas públicas para enfrentar contemporáneamente: asilamiento institucional, aislamiento en el espacio domiciliar, falta de acceso a los servicios públicos, exclusión social.

Partiendo de proyectos integrados de enseñanza e investigación con base territorial y comunitaria, describe y analiza principios para creación de alternativas de superación de ese cuadro : 1. Transformación de la relación de tutela establecida entre servicios y población; 2. Construcción de saberes y modalidades de intervención singulares que posibiliten la producción de proyectos de vida y ampliación del poder contractual ; 3. Garantía de acceso y factibilidad de alternativas de atención domiciliar ; 4. Creación de proyectos de generación de renta y trabajo fundamentados en los principios de economía solidaria; 5. Producción de lugares de convivencia comunitarios inclusivos y acciones para ampliación de los cambios sociales y potenciación de las redes sociales de soporte; 6. Acceso a derechos fundamentales y 7. Participación de todos los actores en el proceso.

Los retos teóricos y prácticos colocados para procesos de rehabilitación psicosocial implican que la participación en la vida social y la autonomía sean construidas cotidianamente, en la complejidad de la vida real de las personas en situación de desventaja, en sus territorios y contextos socioculturales.

Introducción

Es común que en el campo de la rehabilitación de personas con incapacidades motoras y/o sensoriales, y incluso para aquellas con trastornos mentales graves, se valoren propuestas asistenciales que privilegian el mirar hacia la deficiencia/incapacidad o trastorno y el enfoque de la atención como proceso individual. Tradicionalmente, cabe a la familia nuclear buscar estrategias, es decir, los pocos e insuficientes servicios, para laborar con el sufrimiento y sus repercusiones en la vida cotidiana, movilizando ora servicios de salud, ora servicios sociales o educacionales específicos, centrados en el acompañamiento de determinados segmentos de esa

población. En la mayor parte de las veces, esos servicios reiteran la segregación a la convivencia solo entre iguales, una relación de “tutela institucional” que con la intención de proteger termina por anular el sujeto confirmando la necesidad de su exclusión; o de “tutela de invalidación asistida” que privilegia la asistencia a la persona sólo como deficiente/enferma, invalidándola como sujeto de derechos. Son elegidas abordajes centradas en el desarrollo, entrenamiento o adquisición de habilidades (motoras, mentales, sociales y/o sensoriales). Existe el presupuesto de que el proceso de rehabilitación sería resultado de la mejora de las habilidades en el campo del desempeño individual (autocuidado y automantenimiento, principalmente) y que este estaría concluido en la medida que el individuo preparado adquiriera o desarrolle mayor grado de participación social, casi como responsabilidad individual y consecuencia natural de este proceso lineal. Se trabaja aislando al sujeto de su contexto sociocultural y se ignoran los múltiples sentidos de la deficiencia, incapacidad o trastorno y las desventajas sociales objetivas, vividas por la mayor parte de este segmento de la población (1).

Son reconocidas la baja cobertura asistencial de los servicios de rehabilitación, su carácter segregativo y de reiteración de la lógica de la beneficencia y del prejuicio, principalmente para el segmento de las personas con graves incapacidades motoras y/o sensoriales. Para las personas con trastornos mentales, no obstante las diversas proposiciones y experiencias de transformación, el modelo asilar, todavía es hegemónico y se reitera el pre-concepto de la peligrosidad del loco y de su incapacidad para la vida social, la legitimidad de su exclusión y el aislamiento como principal alternativa de asistencia para los estratos populares.

Lo que la experiencia ha enseñado es que es necesario transformar la atención en rehabilitación como parte de los derechos de las camadas populares, invirtiendo en la construcción de políticas públicas, alternativas asistenciales e intersectoriales identificadas o preocupadas en comprender la complejidad de las personas en su red de relaciones. Dichas políticas públicas han de considerar también el contexto sociocultural de estos segmentos, y se deberán realizar como tarea del sector público, construyendo itinerarios de participación social y de acceso a derechos fundamentales, transformando, concretamente las posibilidades de vida y de ejercicio de derechos. Así, la práctica requiere la transformación de las instituciones existentes, la producción de nuevos saberes y la invención de respuestas a partir de proyectos de vida singulares, pero que, de manera paradójica, tienen que ser construidos en la dialogía individual/colectivo. Por

ese motivo es necesario que se estructuren en estrecha vinculación con sus territorios, en los lugares de vida de las personas, propiciando aproximarse de las condiciones particulares como el aislamiento/confinamiento individual o el abandono, conocer e interactuar con la complejidad de las necesidades de las personas, potenciar los recursos existentes y producir nuevas posibilidades, transformar la relación ciudadano, servicios y contextos, ampliar la construcción de redes sociales de apoyo, de posibilidades de circulación social, de alternativas estructurantes de proyectos de vida (residencias para pequeños grupos, retorno al ambiente familiar entre otras) (3).

Conclusiones

Los terapeutas ocupacionales han contribuido, produciendo un diálogo entre el saber de su campo del conocimiento y el saber de los sujetos en su contexto, dando legitimidad a los aparentemente pequeños detalles de la existencia ciudadana, como dar sentido y contexto al autocuidado y automantenimiento, posibilitar alternativas para acceso a espacios comunitarios, públicos e incluso producir espacios de convivencia más inclusivos y facilitadores de la red social y de soporte en la participación social (2).

La construcción de proyectos para mayor autonomía y acceso a derechos como parte de la asistencia y como cuestión de derecho inalienable del sujeto, es facilitadora y potenciadora de los diferentes actores (sujeto, profesionales y red social y de soporte), validando y produciendo lenguajes plurales y nuevas formas de interacción y cambios sociales. La conquista de derechos es resultado del ejercicio permanente tanto de la discusión de las condiciones objetivas de existencia y supervivencia de los sujetos, como del compromiso de profesionales y gestores de las políticas públicas de salud, educación, trabajo o acción social para la construcción de proyectos de rehabilitación sicosocial comunitaria. Construir o crear políticas, servicios y nuevas instituciones, afirmando los derechos de todos de participaren de la vida social, son retos permanentes principalmente en los países periféricos, de economía dependiente, que, a todo momento, negocian perspectivas de vida y existencia a cada movimiento de avance o retroceso en sus políticas sociales. Es posible contribuir y participar de ese reto como profesionales y ciudadanos.

Referencias bibliográficas

1. NICÁCIO, Fernanda; OLIVER, Fatima Correa .1999. Da Instituição Asilar ao Território: caminhos para a produção de sentido nas intervenções em saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da USP* São Paulo, 10, 2/3: 67-70.
2. OLIVER, Fatima Correa; GHIRARDI, Maria Isabel Garcez; ALMEIDA, Marta Carvalho de; TISSI, Maria Cristina; AOKI, Marta.2001. Reabilitação baseada no Território: construindo a participação na vida social. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, 12, 1/3: 8-14.
3. SARACENO, B. 1999. “*Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*”. Instituto Franco Basaglia – Te Corá, (Rio de Janeiro) 112-142.

MESA 2

MESA DE COMUNICACIONES

CIENTIFICAS

TEMAS PROFESIONALES

TÍTULO:

“REFLEXIONES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA DEL TERAPISTA OCUPACIONAL. IMPLICANCIAS EN LA FORMACIÓN DE GRADO”

TRABAJO PRESENTADO POR LA CÁTEDRA DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTADÍSTICA DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL, UBA

AUTORA: LIC. T.O MARIELA NABERGOI

PASO n° 86 Piso: 4 Departamento: A

**Código postal: 1640 Ciudad: MARTINEZ Provincia:
BUENOS AIRES**

E- mail: mnabergoi@hotmail.com

INSTITUCIÓN:

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES - FACULTAD DE
PSICOLOGÍA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
INDEPENDENCIA N° 3065 Piso 3 Ciudad de Buenos Aires**

Resumen:

Desde la experiencia de la Cátedra de Metodología de la Investigación de la Carrera de Terapia Ocupacional, UBA se presentan algunas reflexiones sobre la enseñanza de metodología de la investigación en la formación de grado de los terapeutas ocupacionales.

El aprendizaje de la investigación científica requiere la comprensión de ciertos conceptos y principios así como de una práctica específica. La investigación es parte esencial de la formación de grado, y esto se expresa en la inclusión de materias específicas en los planes obligatorios de todas las carreras universitarias y en la creciente incorporación de tesis y tesinas como instancias evaluativas e integradoras. Su estudio, especialmente si es abordado tanto desde la teoría como en talleres prácticos en los que se introduce en el oficio del investigador, requiere por parte del estudiante una relación diferente con el conocimiento que lo supone activo y productor frente al mismo.

La investigación adquiere además características diferentes según el momento de desarrollo de la disciplina y las condiciones históricas y sociopolíticas específicas de los espacios locales de producción científica. Desde esta perspectiva los autores proponen algunas preguntas para pensar cuál es el lugar de la investigación científica en la terapia ocupacional actual en nuestro país.

Introducción:

¿Qué lugar tiene la investigación científica en Terapia Ocupacional en nuestro país? ¿Con qué experiencias contamos? ¿Cuáles son los obstáculos y posibilidades concretos para su desarrollo? ¿Cuáles son los límites de los conocimientos técnicos con los que nos enfrentamos en las prácticas cotidianas? ¿Qué grado de sistematización teórica se desarrolla? ¿Qué criterios son pertinentes para pensar líneas prioritarias de investigación?

La identidad profesional del/la terapeuta ocupacional se ve interpelada en estas preguntas, que son recurrentes año a año por parte los estudiantes de la Carrera de Terapia Ocupacional.

Reflexiones sobre la enseñanza de Metodología de la Investigación en la formación de grado

En este marco, la articulación de instancias teórico-prácticas en el aprendizaje de la investigación científica promueve en los estudiantes el interés tanto por la formalización crítica, actualizada y situada de las prácticas, como por la aplicabilidad de la formación teórica. Se intenta recorrer el camino por el cual la ciencia obtiene nuevos conocimientos y requiere la comprensión de ciertos conceptos y principios así como de una práctica específica (1).

Es así que en la materia se combinan espacios de clases teóricas y seminarios específicos con clases prácticas, que funcionan a modo de taller, donde el acento es colocado en el aprendizaje de la práctica investigativa. El taller permite experimentar la investigación como un proceso que involucra la articulación de las instancias necesarias para cumplir con los requisitos contradictorios por los que la ciencia se define como tal: la universalidad y la comprobabilidad (2).

En el espacio del taller los alumnos experimentan algunas de las particularidades del trabajo de investigación: - el reconocimiento de los obstáculos, paso fundamental para el avance del conocimiento (3), - el manejo de los tiempos en discusiones que llevan a establecer síntesis de acuerdos y disidencias, - la identificación y decisión acerca de la relevancia de los atributos y las categorías que componen los objetos de estudio en su recorte conceptual y empírico.

En el mismo proceso son recurrentes preguntas como: ¿Qué teorías abordan esta problemática? ¿Hay otras investigaciones que estén trabajando en el área? ¿Cuáles son las técnicas que se han utilizado? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cada una de

ellas? ¿Con qué frecuencia se presentan casos con características similares? ¿Cómo medir o cualificar de un modo confiable la información? ¿Cómo interpretar y sistematizar estos datos? ¿De qué modo exponer los resultados?

Interrogantes análogos a los que en la intervención profesional buscan sistematizar los conocimientos más allá de la aplicación de conocimientos técnicos que la disciplina ofrece.

¿Por qué es importante la investigación en Terapia Ocupacional?

La investigación es parte esencial de la formación de grado, y esto se expresa en la inclusión de materias específicas en los planes obligatorios de todas las carreras universitarias y en la creciente incorporación de tesis y tesinas como instancias evaluativas e integradoras en las mismas. El estudio de la metodología de la investigación requiere por parte del estudiante una relación diferente con el conocimiento que lo supone activo y productor (no reproductor) frente al mismo (4). Se requiere además la formación de una mirada crítica ya que la investigación adquiere matices distintos de acuerdo al momento de desarrollo de la disciplina y a las condiciones históricas y sociopolíticas específicas de los espacios locales de producción científica.

Por ejemplo, el reconocimiento de la importancia del desarrollo de una base académica en Terapia Ocupacional a través de la práctica y utilización de la investigación científica comienza a acentuarse en Estados Unidos a mediados de la década de los 80's (5), de la mano de las modificaciones al sistema de salud norteamericano, cuyo énfasis se colocaba cada vez más sobre la calidad, la productividad y la rentabilidad de sus servicios. Esto se refleja en la siguiente afirmación: “La investigación es importante en Terapia Ocupacional por tres razones. Primero desarrolla y amplía la base de conocimiento de la profesión; segundo, contribuye al desarrollo y validación de las evaluaciones y mediciones; y tercero, documenta la efectividad de las intervenciones de Terapia Ocupacional. En el proceso, la investigación desempeña un importante rol en la construcción y validación de la teoría” (6).

Un ejemplo, diferente es la experiencia de un grupo de docentes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Sao Paulo, en Brasil. En este caso, fue la presión de la universidad por la formación de posgrado de sus docentes lo que motivó la realización de numerosas investigaciones, las cuales tuvieron lugar en el contexto del regreso de la democracia y la constitución del sistema único de salud (7). La siguiente cita puede ser representativa del lugar que se asigna a la investigación en este contexto: “los segmentos poblacionales

abordados por los terapeutas ocupacionales presentan una diversidad de impedimentos que indican que las respuestas necesarias trascienden el conocido y hegemónico hacer técnico. Ante esto, los profesionales comprometidos en su actuación proceden continuamente en busca de nuevas referencias que puedan subsidiar un análisis crítico de sus acciones e incrementar su conjunto de instrumentos volviendo más abarcativas sus prácticas” (8).

En la Universidad de Buenos Aires, la Carrera de Terapia Ocupacional ingresó en la Facultad de Psicología en el año 1996. Actualmente, de los 54 becarios que tiene la Facultad sólo uno proviene de la carrera. Y de los 85 Proyectos UBACyT, todavía ninguno corresponde a Terapia Ocupacional. La formación de posgrado, el concurso de las cátedras y la participación de terapeutas ocupacionales en proyectos de investigación de otros equipos son algunos de los pasos que permitirían en el futuro participar en los ámbitos de investigación de la Universidad.

Recrear la identidad profesional:

Las preguntas sobre las identidades profesionales son propias de una carrera universitaria relativamente “joven” en nuestro país, y al mismo tiempo interpelan, cuestionan y permiten recrear en la construcción cotidiana la especificidad de la disciplina, donde la investigación científica puede contribuir, aunque no excluyentemente, a la profesionalización del campo disciplinar de la Terapia Ocupacional.

Bibliografía de Referencia:

- 1 Payton, Otto D. 1994. "Research: the Validation of Clinical Practice", 3º edición, F. ADavis Company, p. 2 (Philadelphia)
- 2 Samaja, Juan A.1993. Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Colección Temas. EUDEBA. UBA.
- 3 Bottinelli, M. M., Pawlowicz, M. P., Fernández, E., Barreiro Etchebarne, B., Intebi, P. A., Obadía, S. 1998. Algunas conclusiones generales sobre la enseñanza de la Metodología de investigación científica. Revista Ecos Fonoaudiológicos
- 4 Nabergoi, M., Nakache, D., Pawlowicz, M. P. Septiembre 2002. Producción colectiva de los becarios de investigación de la Facultad de Psicología. Mesa redonda "Presente y Futuro de la Investigación en Psicología" IX Jornadas de Investigación en Psicología. Mimeo inédito.
- 5 Royeen, Charlotte. 1988: "Research Tradition in Occupational Therapy. Process, Philosophy and Status". Ed. Slack Inc (USA)
- 6 Deitz, Jean C. 1998. Investigación: un proceso sistemático para responder a las preguntas. En: Williard / Spackman, comp. "Terapia Ocupacional". Octava edición. Editorial Médica Panamericana, p. 401 (Madrid)
- 7 Dossier. 2000. Entrevista: TO M Carvalho de Almeida. Rev. El Puente, Año 2, Nº 4, p19-22
- 8 Mangia E. F., Almeida, M. C. 1993. Práticas a espera de teoría, ou das dificuldades de manter um periódico científico. Revista de Terapia Ocupacional. Universidad de Sao Paulo, v. 4/7, p 3-4, 1993/6

TITULO

**“EXPERIENCIA DE CONCURRENTES EN UN HOSPITAL
DE AGUDOS”**

AUTORAS: T.O MARINA PAULA FIGLIOLA

T.O YESICA LORENA LASALA

T.O STELLA MARIS LÓPEZ

E-MAIL: yesicalsl@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Hospital Teodoro Álvarez

Aranguren 2701 CIUDAD DE BUENOS AIRES

Resumen:

En este trabajo contamos el recorrido desde que nos presentamos al examen de concurrencias y residencias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, lo sucedido a través de un año de práctica clínica en las diferentes áreas de inserción (Hospital de Día Turno Mañana y Turno Tarde, Infanto-Juvenil y Adicciones) en el servicio de Psicopatología y Salud Mental de un Hospital de agudos.

Para concluir destacamos la importancia de la formación de Postgrado, a través de las residencias y concurrencias, del marketing y la necesidad de Terapia Ocupacional en Hospital de Agudos

Introducción

En el presente trabajo pretendemos relatar, como fue nuestra experiencia como concurrentes en el Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez" destacando la importancia de la concurrencia, ya que nos brindó la posibilidad de acceder a la Práctica Clínica, a los diferentes equipos interdisciplinarios, como también a los espacios de formación y difusión profesional.

Desarrollo

“Caminante no hay camino. Se hace camino al andar”

Antonio Machado

En el mes de abril de 2002 nos presentamos al examen de Residencias y Concurrencias del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, adjudicando concurrencias en el servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Alvarez

El mismo, es un hospital general de agudos de complejidad intermedia, se creó en el año 1897 en la calle San Pedrito 43, contando con 12 camas. En el año 1901 se trasladó a la calle Aranguren, actualmente tiene una capacidad de 400 camas. Los servicios se distribuyen en diferentes pabellones cercados por jardines. Su área de cobertura abarca los barrios de Flores, Floresta, Villa General Mitre, Santa Rita, Caballito, Paternal, Villa del Parque y la Zona Oeste de Gran Buenos Aires, debido a su fácil acceso, por encontrarse cerca del ferrocarril y de varias líneas de colectivo.

Desde el año 1980 el Hospital cuenta con dos Terapistas Ocupacionales como concurrentes, siendo nombradas como personal de planta en el Servicio de Psicopatología y Salud Mental en el año 1983, desempeñándose en un primer momento solo en sala de psicopatología, brindando prestaciones por iniciativa propia a diferentes servicios (reumatología, neurología, interconsulta, clínica médica, neuropsicología). En este momento, se desempeñan en sala y hospital de día turno mañana. Terapia Ocupacional no cuenta con un Servicio Centralizado dentro del Hospital.

Por pocos años a fines de la década del 80 existió una Residencia interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) En el transcurso de la misma hubo tres Terapistas Ocupacionales como residentes y concurrentes.

Al llegar al hospital en el mes de Junio de 2002, nos enteramos de cuales iban a ser nuestros posibles lugares de inserción, en algunos nunca había existido Terapia Ocupacional o hacia mucho tiempo que no prestaba servicio.

De acuerdo a la demanda y los intereses de cada una, nos incluimos en las diferentes áreas: Consultorios Externos, Infanto-Juvenil, Hospital de Día Turno Mañana y Turno Tarde, Adicciones, Sala e Interconsulta. Participando en los espacios de supervisión y en los Cursos de Postgrado.

Las primeras impresiones fueron similares, si bien los diferentes dispositivos habían pedido nuestra inserción refirieron que pedían una Terapeuta Ocupacional porque sabían que era importante, pero no sabía cuál era su función.

Al presentarnos en las diferentes áreas, se acordó:

- Adicciones: Tipo de población, modalidad y frecuencia de tratamiento y reuniones de equipo.
- Infanto - Juvenil: el pedido fue trabajar con los padres, presentándose un proyecto con diferentes ítems para ingresar al grupo. Se asistió a las reuniones de Equipo de Familia y trastornos graves Infanto-Juveniles.
- Hospital de Día Turno Mañana: El dispositivo se encontraba armado, la inclusión en los talleres fue paulatina. En las reuniones de equipo fue inmediata.
- Hospital de Día Turno Tarde: el dispositivo estaba armado, al ingreso solicitaron que se explicara que era Terapia Ocupacional, una vez realizado se optó por demostrarlo por medio del hacer, a través del trabajo cotidiano en el taller de plástica, reuniones de equipo y supervisiones.

A pesar de las propuestas las derivaciones llegaban de forma discontinua o no cumplían con las pautas propuestas.

Como nosotras requeríamos para comenzar atender de las derivaciones que nos hicieran los otros miembros del servicio era necesario atraerlos con los proyectos que teníamos para lograrlo. Así fue que en un primer tiempo nuestra tarea se relacionó más con un trabajo de marketing, entendiendo por tal al proceso que se basa en las necesidades del consumidor (1), que con un trabajo Clínico.

Nos llevo aproximadamente, un mes y medio para difundir lo que podíamos hacer, utilizando como estrategias de marketing visitas a las diferentes áreas del servicio comentando de nuestro trabajo y participación en las reuniones de equipo orientadas hacia cual sería el abordaje de TO en un caso clínico tratado.

Ahora estamos trabajando en:

- Adicciones: Se conformo un grupo de Terapia Ocupacional, con pacientes adictos a drogas, a partir de la derivación de los tres grupos en atención. Ampliándose la demanda para la atención de adicciones al Alcohol y Tabaco; y HIV.
- Infanto-Juvenil: las derivaciones no solo cumplen con las pautas propuestas, sino que llegan desde los diferentes equipos de: familia, adolescencia y niñez.
- Hospital de Día Turno Mañana: Terapia Ocupacional con proyecto individual, grupal y taller de escritura.
- Hospital de Día Turno Tarde: se llevan acabo en el Taller de Plástica, actividades con modalidad grupal, proyectos en conjunto con otros coordinadores y la posibilidad de realizar un grupo de Terapia Ocupacional con modalidad grupal -individual.

Conclusión

En lo mencionado con anterioridad quedó demostrada la importancia de comenzar nuestro trabajo con una tarea de marketing, como lo menciona Araceli López y Beatriz Mignone en la Segunda Jornada de Terapia Ocupacional del GCBA., ya que cuanto mas se conoció hacer comenzó la demanda (2).

Dentro de las estrategias de marketing utilizadas resaltamos la participación en las reuniones de equipo como ámbito de difusión, “cómo un lugar donde confluyen lecturas de lecturas parciales donde se puede intentar un conocimiento mas global del fenómeno...”, “...un espacio de encuentro y de conocimiento del modo de trabajo...” de cada uno de los integrantes del equipo. Es importante poder demostrar cual es nuestro trabajo y como puede complementarse con el trabajo de los otros profesionales sin confundirnos con ellos. (3)

Valoramos como la concurrencia nos abrió las puertas para llevar a cabo nuestra profesión en un Hospital de Agudos y la libertad que nos dio el Hospital y nuestra Coordinadora, en la elección de horarios y presentación de Proyectos.

Para este año que comienza tenemos como meta prestar servicio en otras áreas. Tener supervisión externa y armar un curso específico de Terapia Ocupacional, continuar difundiendo nuestra profesión y como meta final anhelamos la creación de un Equipo Centralizado de Terapia Ocupacional. Por lo cual esperamos la llegada de nuevas Concurrentes.

A partir de nuestro trabajo cotidiano, tratamos de demostrar la necesidad de Terapia Ocupacional en Hospital de Agudos, creando la demanda para que en un futuro no muy lejano se generen más nombramientos.

Para concluir, aunque solo se cumplan en forma parcial nuestras metas, sabemos que dejamos Huellas en el Hospital.

Bibliografía

1. Willard y Spackman, 1998 "Terapia Ocupacional". Editorial Medica Panamericana, SA. Madrid, España. Parte I, Capítulo 11 seccion 5: Marketing. Pag. 396 a 398
2. Segunda Jornada de Terapia Ocupacional. Del GCBA. Gobierna De la Ciudad De Bs. As. Secretaria de Salud. Dirección de Capacitación. 17 de Mayo de 2002 Bs. As.
3. Liliana Paganizzi y otros; "Del dicho al Hecho". Psicoterapia integradas editores. Capitulo "Equipo interdisciplinario: entre la integración y la discriminación" .Pag 31 a 35.

Agradecimientos

A los coordinadores de los diferentes equipos y especialmente a nuestra supervisora la Terapeuta Ocupacional Silvia Kleiban por su predisposición desinteresada por acompañarnos y apoyarnos en este recorrido y a todos aquellos que de alguna u otra manera nos ayudaron y/o supervisaron.

TÍTULO:

**“TERAPIA OCUPACIONAL EN EL GERENCIAMIENTO
DE RECURSOS HUMANOS”**

AUTORA: T.O MARÍA ELENA TISCORNIA

E-MAIL: matisco1@yahoo.com.ar

**INSTITUCIÓN: Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la
Familia**

**Almirante Brown 6998, 2° piso, Teléfono: 0342/ 457
8945/9055, Fax: 0342/ 4579073. C.P: 3000. Santa Fe. Pcia.
Santa Fe**

E-mail: areainfancia@hotmail.com

Resumen:

El propósito de esta presentación es dar a conocer la inserción de Terapia Ocupacional a partir de una propuesta diferente de gerenciamiento de Recursos Humanos en la Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia, organismo dependiente de la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de Santa Fe, desde el año 2001; siendo una experiencia novedosa en este campo.

El desarrollo del personal en el sector público surge ligado a un modelo de organización y gestión burocrática, donde los reclamos por mejores condiciones de trabajo circulan junto con las dificultades propias de tareas cada vez más exigentes, complejas y diversas. A partir del análisis del recurso humano y organizaciones de esta Dirección, se detecta la necesidad de:

- Minimizar o neutralizar los síntomas de malestar organizacional
- Actualizar los perfiles ocupacionales,
- Revisar las reglamentaciones vigentes
- Regular los procedimientos para la movilidad del personal
- Brindar capacitación y desarrollo
- Implementar evaluaciones de desempeño laboral

A tal fin se convoca a un equipo de trabajo donde Terapia Ocupacional interviene en preparación de una normativa para selección de personal, confección de perfiles ocupacionales, entrevistas de selección, reubicaciones y orientación, elaboración y ejecución de propuestas de rotación de personal, revalidación de funciones, capacitación y desarrollo, asesoramiento técnico, etc.

Conclusión:

La descentralización, la autonomía del rol, el trabajo en equipo, la capacitación permanente y la evaluación de desempeño son los elementos del nuevo paradigma de gestión que intentará dar respuestas a las demandas de los beneficiarios. La necesidad del cambio es un desafío que la Dirección del Menor está comenzando a afrontar con mucha dificultad por su estructura y cultura burocrática.

Terapia Ocupacional ha podido ofrecer nuevos servicios en esta área, generando otras demandas, donde las diversas intervenciones permiten explorar nuevas facetas tales como capacitación, investigación, prevención y promoción de la salud de los trabajadores.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El propósito de esta presentación es dar a conocer la inserción de Terapia Ocupacional a partir de una propuesta diferente de gerenciamiento de Recursos Humanos en la Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia, organismo dependiente de la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de Santa Fe desde el año 2001; siendo una experiencia novedosa en este campo. La Dirección del menor tiene como propósito llevar adelante políticas de la infancia orientadas hacia la protección de niños, niñas y adolescentes y fortalecimiento de acciones desde la perspectiva de género mediante el esfuerzo de todos los actores sociales pertenecientes de organismos y en coordinación con otras áreas de gobierno y organismos de la sociedad civil, con la intención de lograr la transversalidad de dichas políticas, para seguir cumpliendo y profundizando acciones; contando para ello con diversas organizaciones y Programas. Entre las primeras se encuentran los Centros de Acción Familiar, de atención diurna para niños y adolescentes, con objetivos preventivos, promocionales, asistenciales, educativos y de apoyo familiar; y Hogares de Internación que albergan en forma transitoria niños y adolescentes en situaciones conflictivas sociales, familiares y penales.

La magnitud de los cambios provocado por los avances científicos y tecnológicos han generado nuevas formas de producción de bienes, servicios, comunicaciones, relaciones interpersonales, laborales, etc., instalando en las organizaciones la idea de “necesidad de cambio” como una alternativa para sobrevivir en un contexto inestable, sorpresivo y en permanente evolución, pero también de profundo retraimiento económico e inequidad social que afecta gravemente los aspectos sociales, culturales, educativos, laborales; no solo de los grupos más vulnerables, sino también de las organizaciones sociales en su conjunto.

Estos procesos de cambio que hicieron imprescindible la redefinición del rol del Estado (Dirección del Menor) con respecto a la población beneficiaria, y la nueva articulación entre lo público y lo privado, irrumpieron en las organizaciones modificando gradualmente no solo la prestación de los servicios, sino las condiciones de trabajo, sin generar respuestas alternativas y/o paralizando intentos de cambio y adaptación por mejoras laborales.

El desarrollo del personal en el sector público, que tuvo siempre como marco regulador Estatutos y Reglamentaciones, surge ligado a un modelo de organización y gestión centrado en los procesos y homogéneos en la adjudicación de responsabilidades, en las retribuciones, incentivos y en la prestación de los servicios. Estos procesos quedaron suspendidos al iniciarse reformas, y el área de recursos humanos pasó a ser “tierra de nadie”,

donde los reclamos por mejores condiciones de trabajo circulan junto con las dificultades propias de tareas cada vez más exigentes, complejas y diversas. A partir de un análisis cualitativo y cuantitativo tanto del recurso humano que desempeña sus funciones en C.A.F. y Hogares, como así también de estas organizaciones, se detecta la necesidad de:

- Minimizar o neutralizar los síntomas de malestar organizacional, “enviciamiento”, estancamiento, rigidez.
- Actualizar y/o definir los perfiles ocupacionales del personal en sus distintas funciones, unificando criterios.
- Establecer relaciones de concordancia entre persona-puesto de trabajo, en relación a capacidades e intereses y a los requerimientos de dicho puesto (función).
- Revisar, modificar y/o adaptar las normativas y reglamentaciones vigentes que regulan la actividad laboral.
- Regular los procedimientos para las situaciones de movilidad: traslados, permutas, reubicaciones, ingreso, permanencia, egreso, promoción, tanto para el personal de planta como para el personal temporario (becarios, planes de empleo)
- Brindar capacitación acorde a las exigencias del trabajo y a las continuas actualizaciones sobre la temática del menor, la mujer y la familia.
- Promover la evaluación y auto evaluación del desempeño laboral de los trabajadores.

La conducción política actual decide desarrollar líneas de acción orientadas a la implementación de nuevas estrategias de administración de personal, las que, dirigidas en sentidos claramente diferenciados pero articuladas entre sí permiten optimizar el recurso humano, aprovechando la diversidad individual y las capacidades reales y potenciales de cada trabajador en relación a las competencias, motivaciones e intereses particulares y necesidades organizacionales, poniendo énfasis en la necesidad del cambio y adaptación permanente.

Para ello se convoca a profesionales de la 1° y 2° circunscripción (Santa Fe y Rosario), a fin de conformar un equipo de trabajo (Psicólogos, Asistentes Sociales y Terapeuta Ocupacional) que si bien no opera en forma conjunta, coordina y complementa su accionar en diferentes momentos de este proceso, donde Terapia Ocupacional interviene en:

- a) Preparación de una normativa para selección de personal.
- b) Confección de perfiles ocupacionales para cubrir funciones.
- c) Participación y conducción de entrevistas de selección.
- d) Análisis de solicitudes de traslados, reubicaciones, entrevistas, evaluación y orientación del personal.
- e) Diseño de instrumentos para el relevamiento de recursos humanos en las

diferentes organizaciones.

- f) Elaboración y ejecución de propuestas de rotación de personal y revalidación de funciones.
- g) Asesoramiento, planificación y ejecución de programas de capacitación y desarrollo.
- h) Diseño de diferentes evaluaciones y autoevaluaciones de desempeño del personal.
- i) Elaboración de indicadores para evaluar los diferentes procesos de cambio.
- j) Asesoramiento técnico específico.

Conclusión:

La descentralización, la autonomía del rol, el trabajo en equipo, la capacitación permanente y la evaluación de desempeño son los elementos del nuevo paradigma de gestión que intentará dar respuestas a las demandas de los beneficiarios. La necesidad del cambio y adaptación permanente al entorno es un desafío que la Dirección del Menor está comenzando a afrontar con mucha dificultad ya que, como la mayoría de las organizaciones del sector público, su estructura está ligada a formas tradicionales de organización y administración.

El momento histórico social y político ha permitido ofrecer nuevos servicios de Terapia Ocupacional, relacionados hasta hace poco tiempo con la intervención directa de los beneficiarios, en la comunidad y en programas y proyectos sociales.

El área de Recursos Humanos en el sector público ofrece oportunidades concretas y novedosas de inserción del T.O., donde las intervenciones, múltiples y diversas, permiten ampliar el campo de acción explorando nuevas facetas tales como investigación, capacitación, prevención y promoción de la salud de los trabajadores.

Referencias Bibliográficas

De las Heras, Carmen, 1999. “Manual de Rehabilitación y Vida. MOHO.” (Chile), 1° parte.

Granados, Roberto 1998. “El trabajador Inteligente” Centro de Publicaciones, Secretaría de Extensión, U.N.L. (Santa Fe). 9-15, 24-32, 45-51

Hermida, Jorge, 1995. “Administración & Estrategia. Teoría y Práctica” Edic. Macchi (Buenos Aires, Bogotá). 86-188, 370-393

Spizzo, Juan, 1996. “Administración y Desarrollo de Recursos Humanos” Secretaría de Enseñanza y Material de Estudios, Universidad Tecnológica Nacional (Santa Fe) Fascículos 2, 3, 5, 6, 8, 11, 17, 18,27.

TÍTULO:

“ANÁLISIS DEL PROCESO DE INSERCIÓN PROFESIONAL EN UNA ORGANIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO”

AUTORAS: T.O VIVIANA PRADOLINI

E-mail: vivianap@fcb.unl.edu.ar

COAUTORA: T.O MARÍA ELENA TISCORNIA

E-mail: matisco1@yahoo.com.ar

INSTITUCIÓN:

**Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia,
Almirante Brown 6998, 2° piso, Teléfono: 0342/ 457
8945/9055, Fax: 0342/ 4579073. C.P: 3000.Santa Fe. Pcia.
Santa Fe**

E-mail: areainfancia@hotmail.com

Resumen:

Esta presentación pretende compartir algunas reflexiones sobre la inserción de las autoras en la Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia, organismo dependiente de la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de Santa Fe; desde 1992, año de ingreso, hasta la actualidad; acerca del rol de Terapia Ocupacional en el área de Minoridad en el sector público, sus perspectivas y alcances.

Para el análisis tomamos dos dimensiones:

- la evolución de la organización.
- la evolución del rol profesional.

De dicha interrelación consideramos que:

- el abordaje profesional tiene como sustento promover y aplicar la Convención de los Derechos de niños, niñas y adolescentes, las leyes y disposiciones al respecto; y el reconocimiento de la familia como eje prioritario de programas y acciones.
- El modelo de ocupación humana proporcionó parcialmente un marco para la intervención, enriquecido con los aportes del servicio social.
- Inicialmente, la inclusión del T.O. fue “en” la institución y la comunidad y, posteriormente, “con” éstas.
- Las demandas actuales de la organización a Terapia Ocupacional refieren a la asistencia técnica, supervisión, planificación, implementación y evaluación de propuestas institucionales y comunitarias.

El campo de la minoridad y la familia ofrece múltiples posibilidades de inserción laboral y de desarrollo profesional en cuanto a competencias y habilidades, y exige una constante actualización en su abordaje.

Consideramos que las propuestas curriculares de las formaciones de grado y postgrado deberían estar atentas a las reales demandas de la sociedad, contemplando esta área como prioritaria.

Creemos que el Terapeuta Ocupacional está habilitado para asumir roles de gestión de servicios, desarrollar programas de capacitación e investigación, asesorar y coordinar acciones de gestión y planificación organizacional.

El desafío es que nos pensemos ocupando estos espacios y desde allí poder generar conocimientos que beneficien tanto a la disciplina como a la sociedad.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Esta presentación pretende compartir algunas reflexiones sobre la inserción de las autoras en la Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia, organismo dependiente de la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de Santa Fe; desde 1992, año de ingreso, hasta la actualidad; motivadas por la necesidad de examinar nuestro recorrido como una forma de evaluación y aporte a la comunidad profesional acerca del rol de Terapia Ocupacional en el área de Minoridad en el sector público, sus perspectivas y alcances.

La Dirección del Menor tiene como propósito llevar adelante políticas de la infancia orientadas hacia la protección de niños, niñas y adolescentes y fortalecimiento de acciones desde la perspectiva de género mediante el esfuerzo de todos los actores sociales pertenecientes de organismo y en coordinación con otras áreas de gobierno y organismos de la sociedad civil, con la intención de lograr la transversalidad de dichas políticas, para seguir cumpliendo y profundizando acciones.

Para el análisis de dicha inserción, tomamos dos dimensiones:

➤ **la evolución de la organización.**

En el devenir histórico del organismo, tomando desde el año 1992 hasta el presente, podemos establecer simbólicamente cuatro períodos, que fueron consecuentes con los cambios políticos y sociales, nacionales y provinciales:

De 1992 a 1995: De Conservación, estructura burocrática, predominio de la comunicación vertical y formal, énfasis en las Instituciones de atención de menores y grupos familiares. El accionar profesional estaba circunscrito al ámbito Institucional y en la atención directa de los beneficiarios.

De 1996 a 1999: De Expansión, descentralización de los servicios. Fortalecimiento a las Organizaciones no gubernamentales, énfasis en los proyectos sociales. El accionar profesional se traslada al ámbito comunitario, donde se plantea la exigencia de apertura institucional a la comunidad.

De 2000 a 2001: De Retraimiento y debilitamiento institucional, con reducción de: apoyo político, plantel profesional y administrativo y presencia comunitaria. Auge en el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil hacia donde se dirigen prioritariamente las políticas y líneas de acción de la S.E.P.C., consecuentemente con los recursos. Nucleamiento de profesionales para el abordaje de casos sociales derivados

y por demanda espontánea.

Del 2001 a la fecha: De reordenamiento y recuperación institucional, caracterizado por: formulación de líneas de acción orientadas al fortalecimiento institucional y comunitario, acompañadas de una planificación sectorizada, surgimiento de proyectos comunitarios, impulso de procesos de autogestión de los efectores dependientes de la organización.

La organización permitió la Búsqueda individual de los profesionales de los espacios de inserción, optando algunos por la prestación de servicios en los efectores (hogares de internación) y otros por la participación en programas y proyectos sociales.

➤ **la evolución del rol profesional.**

Al momento de la inserción, la autopercepción del rol de Terapistas Ocupacionales estaba ligada al abordaje individual y grupal del niño en un ámbito institucional, de allí, la construcción del rol estuvo condicionada por las demandas ambientales generadas por la organización, las que operaron como oportunidades de cambio y crecimiento.

Las funciones desempeñadas fueron diversas y similares en los distintos momentos descriptos, tales como la planificación, implementación y evaluación de proyectos y programas comunitarios, la capacitación institucional y comunitaria, entre otras. Reflexionamos que, hubo una diferenciación cualitativa en el ejercicio de tales funciones a partir de la formación y posicionamiento teórico y metodológico, los que imprimieron un sentido diferente al hacer. Así podemos apreciar que:

- el abordaje profesional no sólo consiste en el abordaje del niño desde un marco disciplinar específico, sino que parte de promover y aplicar la Convención de los Derechos de niños, niñas y adolescentes, las leyes y disposiciones al respecto; y el reconocimiento de la familia como eje prioritario de programas y acciones.
- Es inadecuado e ineficiente la intervención uniprofesional, sea de la disciplina que fuere, sino se establecen estrategias de articulación y coordinación en los distintos ámbitos donde se insertan el niño, el adolescente y la familia.
- La formación disciplinar recibida, a pesar de la fuerte preponderancia del área biomédica, favoreció el desarrollo de un marco lógico específico que facilita las complejas intervenciones en nuestro campo de acción.
- El modelo de ocupación humana proporcionó parcialmente un marco para la intervención, que además, fue enriquecido con los aportes de la disciplina de servicio social.
- En el primer período del análisis de la organización, la inclusión del T.O. fue “en”

la institución y la comunidad y, en los períodos posteriores, “con” la institución y la comunidad.

- Las demandas actuales de la organización con respecto a Terapia Ocupacional están orientadas al rol de asistencia técnica y supervisión en los niveles de planificación, implementación y evaluación de propuestas institucionales y sociales – comunitarias.

Conclusiones:

El campo temático de la minoridad y la familia es amplio, diverso, complejo y cada vez más se profundiza e intensifica su problemática, asociándose con otras (delincuencia, drogadependencia, discapacidad, otros), por lo que ofrece múltiples posibilidades de inserción laboral y de desarrollo profesional en cuanto a competencias y habilidades, como por ejemplo, autoorganización, capacidad de negociación, escucha activa, flexibilidad, innovación – creatividad, trabajo en equipo, entre otras y una constante actualización en su abordaje.

Consideramos que las propuestas curriculares de las formaciones de grado y postgrado deberían estar atentas a las reales demandas de la sociedad, contemplando el área social, minoridad y familia, como una de las más prioritarias.

Creemos que el Terapeuta Ocupacional está habilitado para asumir roles en la gestión de servicios, desarrollar programas de capacitación e investigación en temas de promoción humana y familiar, asesorar y coordinar acciones de gestión y planificación organizacional.

El desafío es que nos pensemos ocupando estos espacios y desde allí poder generar conocimientos que beneficien tanto a la disciplina como a la sociedad.

Referencias Bibliográficas

CEPAL, 2000. “La brecha de la equidad: una segunda evaluación”, 2º Conferencia Regional de Seguimiento de la cumbre mundial sobre el desarrollo social (Chile), 83-108, 289-300.

Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2002 “Propuesta Preliminar de lineamientos para la Acción” (Argentina), compilación.

Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2001. “Pacto por la Niñez” (Argentina), compilación.

De las Heras, Carmen, 1999. “Manual de Rehabilitación y Vida. MOHO.” (Chile), 1º parte.

MESA 2

MESA DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

TITULO:

“TENORRAFIA PRIMARIA DE LOS FLEXORES EN LA ZONA II REHABILITADOS CON EL REGIMEN DE WASHINGTON”

AUTORES:

LIC. MARISA NUÑEZ (Terapia ocupacional) (1, 2).

E- mail: erfyl_to @yahoo.com.ar

Dr. DIEGO HARGUINDEGUY (1, 3).

INSTITUCIÓN:

Hospital Italiano Regional del Sur (1).

Estudio de Rehabilitación Funcional y Laboral (2)

Rodríguez 538 Bahía Blanca Te Fax (0291) 4501503

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TENORRAFIA PRIMARIA DE LOS FLEXORES EN LA ZONA II REHABILITADOS CON EL REGIMEN DE WASHINGTON

Resumen

Se realizó un estudio prospectivo con nueve dedos en ocho pacientes que presentaban lesión de los tendones flexores en la zona II sin otra lesión que no fuera de los nervios y o arterias colaterales. En todos los casos se realizó una tenorrafia primaria con la técnica de Kessler modificada. La rehabilitación se realizó de acuerdo al Régimen de Washington en 3 etapas de 2 semanas cada una. - 1º: extensión activa y flexión pasiva del paciente y extensión y flexión pasiva por el terapeuta. - 2º: extensión activa y flexión pasiva del paciente. El terapeuta no necesita realizar movimientos pasivos. - 3º: extensión y flexión activa del paciente. La férula es llevada gradualmente a una posición neutra y la protección de la banda de goma es interrumpida. Al segundo mes se comenzó con los ejercicios de bloqueo de Bunnell. Los pacientes fueron evaluados al 3º mes con el método de Strickland y Glogovac siendo: excelentes: 4; buenos: 2; regulares: 2 y malos: 1. Aunque la casuística no fue significativa, mostró similitud con la de otros autores y un importante contraste con el creador del método. Los pacientes que abandonan el tratamiento seguramente tienen un resultado inferior a lo esperado, por lo que éste también dependerá de la explicación que se le brinda y del propio incentivo del paciente.

Introducción

Durante mucho tiempo la reparación primaria de los tendones flexores en la zona II (1) significaba un pobre resultado final, razón por la que Bunnell la denominó: “zona de nadie” (2). Para evitar que la sutura tendinosa se adhiriera a la vaina y a los tejidos vecinos, se proponía cerrar la herida y luego de tres meses realizar un injerto de tendón (3).

En 1967 Kleinert et al. (4) publican buenos resultados luego de 10 años de experiencia en la reparación primaria de los tendones flexores en la zona de nadie seguido de un protocolo de rehabilitación dinámico basado en la extensión activa contra una banda de goma que producía flexión pasiva.

En 1975 Duran y Hauser (5,6) presentan otro protocolo de rehabilitación pero este basado en el movimiento pasivo controlado con resultados muy alentadores. Por su parte, Strickland y Glogovac proponen un sistema de evaluación categorizando los resultados en función de la motilidad total activa (7).

En 1987 Chow et al. (8) aplicaron un método de rehabilitación con resultados excepcionales a una población de pacientes militares y que denominaron: Régimen de Washington. Sin embargo, Schenck y Lenhart (9) utilizando el mismo procedimiento en una población civil no obtienen una experiencia similar.

El propósito de este trabajo fue presentar la experiencia luego de realizar un estudio prospectivo en pacientes civiles con lesión de los tendones flexores en la zona II rehabilitados con el régimen de Washington.

Las lesiones primarias de los tendones flexores de la mano, por ser la mano un órgano de “presión sensible”, plantean una gran exigencia en su tratamiento inicial.

Un problema actual frecuente con el que se enfrenta el terapeuta ocupacional, al tratar a un paciente con injuria del tendón flexor de la mano, es la adherencia, el objetivo terapéutico es disminuir o eliminar la propensión a la formación de cicatrices peri tendinosas con la consecuente limitación del deslizamiento del tendón lo que, deviene en una disminución del arco de movimiento, comprometiendo por ende la funcionalidad. Por otro lado, una rehabilitación temprana sin protocolizar puede devenir en la elongación excesiva del tendón, por ende nuevamente el paciente no logra traccionar alcanzar una excursión completa por disminución de la fuerza tendinosa. La deshiciencia es otro de los riesgos potenciales en la atención del paciente, consecuencia del abordaje de este tipo de injurias por un terapeuta inexperto.

La elección por parte del cirujano de la mano de la técnica quirúrgica, manteniendo la vascularización, mejorará y preservará los espacios de deslizamiento.

Asimismo, la selección del protocolo de rehabilitación que realicen conjuntamente el cirujano y el terapeuta ocupacional, conllevará la recuperación funcional hasta la reinserción a las tareas habituales.

El terapeuta ocupacional con su énfasis intrínseco sobre la actividad funcional, es el mejor capacitado para realizar un análisis ocupacional, laboral, ha de seleccionar, graduar e instrumentar los medios terapéuticos a través de acciones que conlleven a la recuperación funcional y readaptación laboral, o por medio de una recalificación laboral, ubicar al paciente a un nuevo puesto de trabajo.

Todos los que estén implicados en el tratamiento de las lesiones tendinosas, deben analizar de forma continua las causas por las que se han elegido ciertos métodos en preferencia a otros y asimismo los resultados obtenidos cuantitativa y cualitativamente según el uso de los mismos.

El objetivo de esta investigación es la de destacar la aplicabilidad y conveniencia de la utilización de los protocolos de rehabilitación para la reparación primaria del tendón flexor de la mano, entre ellos, Método de Durán, Régimen de Washington y el Método de Indiana, desde la práctica de terapia ocupacional, y a su vez dar a difusión los mismos.

Se hará hincapié en la calidad del cuidado del tratamiento terapéutico de rehabilitación de los tendones flexores de la mano.

En la búsqueda de explicaciones, para lo cual es necesario conocer, describir e interpretar los hechos o fenómenos y así comprender las regularidades y poder predecir, el método científico deberá ser crítico e integrativo, lo cual dará características particulares al quehacer investigativo y a sus productos. Se utilizará el método cuantitativo ya que se observará un fenómeno. La realidad será fraccionada para su análisis en indicadores que serán medidos y controlados (test respectivos). Pero dado que el investigador (sujeto) y el paciente (objeto) interactuarán activamente, en el campo de la rehabilitación, se trabajará con procesos complejos, tomando en cuenta el contexto, por lo que el método científico será también cualitativo. Se buscará una relación causa-efecto, a su vez se explicarán los fenómenos.

En cuanto a los elementos:

Relación sujeto-objeto: el método será cualitativo.

Relación resultado-fin: la información y transformación será teórica y pragmática.

Tipo de conocimiento: proceso permanente de evolución, contextual

Calidad de la Información: de confiabilidad y validez.

Muestra: Estudio preliminar de 9 casos atendidos bajo el régimen protocolizado de rehabilitación. Asimismo se hará referencia a los protocolos publicados.

El tipo de diseño metodológico que se utilizará será el descriptivo-explicativo. A través del método descriptivo se analizarán las características de una realidad con el propósito de establecer uniformidades y aclarar algunos conceptos; se establecerán preferencias para posteriores investigaciones y se reunirá información acerca de las posibilidades prácticas, lo cual se realizará mediante una revisión no sistemática de la documentación existente, por rastreo bibliográfico y por contacto directo. Por otro lado, se utilizará el método explicativo con el propósito de estudiar las relaciones causales para explicar un hecho (propensión a la formación de cicatrices peri tendinosas), o proceso experimental, con el fin de predecir la incidencia de futuros sucesos y relaciones, en este caso, por medio de un estudio preliminar de 9 casos atendidos bajo el Régimen protocolizado de rehabilitación, con la observación experimental.

VALIDACION CONCEPTUAL

FORMULACION DEL PROBLEMA

La inmovilización de la mano luego de una tenorrafia primaria en la zona II, genera la formación de cicatrices peritendinosas que limita seriamente la excursión del tendón. Sin embargo, la movilización precoz no controlada aumenta seriamente las posibilidades de ruptura y o dehiscencia tendinosa. Por lo que de las dos maneras existe un riesgo potencial de comprometer en forma importante la funcionalidad de la mano.

FORMULACION DE LA HIPÓTESIS

Los pacientes con completa laceración del tendón flexor, tratados quirúrgicamente mediante reparación primaria y rehabilitados bajo régimen protocolizado obtienen mejores resultados funcionales, lo que se traduce en:

- Rango activo y pasivo de movimiento cercano a valores normales
- Toque palma sin restricciones
- La fuerza de tensión del tendón
- Disminución del dolor y edema
- Remodelación de los tejidos cicatrizales, mejora en el deslizamiento
- Prevención de las contracturas en flexión
- Disminución de los costos
- Disminución de las reintervenciones
- Reincorporación precoz a las actividades cotidianas (autonomía-intimidad)
- Fuerza muscular (puño y pinzas), acorde
- Disminución de los porcentajes de incapacidad
- Reinserción laboral al mismo oficio calificado

FORMULACION DE LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

GENERAL

Destacar la aplicabilidad de los distintos protocolos de rehabilitación luego de la reparación primaria de los tendones flexores en la zona II.

ESPECIFICOS

1. Discutir las ventajas de los protocolos de rehabilitación, luego de la reparación primaria de los tendones flexores en la zona II.
2. Discutir las desventajas de los protocolos de rehabilitación, luego de la reparación primaria de los tendones flexores en la zona II.
3. Analizar desde la práctica profesional de la terapia ocupacional la operatividad de distintos enfoques de rehabilitación protocolizados y no protocolizados.

MATERIAL Y METODOS

Entre julio de 1997 y julio de 1999 se realizó un estudio prospectivo en ocho pacientes (9 dedos) que presentaban lesión de los tendones flexores en la zona II los cuales fueron rehabilitados con el régimen de Washington. Todos los pacientes fueron operados en el ámbito privado. La edad promedio fue de 19 años (3 – 51) (Tabla 1).

Para la selección de los pacientes se siguieron los mismos criterios que utilizó Chow et al. (8); es decir que fueron incluidos pacientes con laceración de los tendones del FDS y FDP en la zona II sin otra lesión asociada que no fuera de los nervios y/o arterias colaterales digitales. Fueron excluidos pacientes con fracturas, lesiones articulares o déficit de cobertura cutánea.

En todos los pacientes se realizó una tenorrafia primaria con la técnica de Kessler-Tajima. El FDP se reparó con una sutura central de nylon 4-0 (en dos casos se utilizó 5-0) y una sutura circunferencial de nylon 6-0 en la cara volar. El FDS sólo se reparó (nylon 4-0) cuando la laceración era distal al quiasma de Camper.

Cuando fue necesario abrir alguna de las poleas anulares, esto se realizó en forma de “L” y posteriormente cerradas con nylon 6-0. En los pacientes con lesión de los nervios colaterales se realizó una neurorrafia con nylon 10-0.

Población: todos los pacientes con completa laceración del tendón flexor de la mano, atendidos en el consultorio privado, tratados quirúrgicamente mediante reparación primaria, en las que no fue necesario el injerto tendinoso

Criterio de selección: pacientes con completa laceración del tendón flexor de la mano, tratados quirúrgicamente mediante reparación primaria.

Criterio de inclusión: comprenderá pacientes con completas laceraciones del tendón flexor de la mano, tratados quirúrgicamente mediante reparación primaria, en las que no sea necesario el injerto tendinoso.

Criterio de exclusión: pacientes con completa laceración del tendón flexor de la

mano, que requieran injerto tendinoso, que presenten lesiones concomitantes (fracturas digitales, injurias articulares y pérdidas significantes de la superficie de la piel), pacientes que presenten debilidad mental y lesiones neurológicas (disonía, espasticidad, etc)

Criterio de eliminación: aquellos pacientes que no cumplan con los requerimientos del protocolo de tratamiento de rehabilitación (abandono de tratamiento, etc).

La discusión posterior se hará a fin de evaluar los resultados obtenidos, se extraerán los índices y porcentajes de los datos cualitativos y cuantitativos.

Como cualquier investigación, es una síntesis y es una ruptura en tanto conteniendo lo anterior, intenta superarlo en una dialéctica permanente.

Régimen de Movimiento Controlado

El período de rehabilitación postoperatorio fue dividido en tres etapas de dos semanas cada una (8). Durante las primeras cuatro semanas se utilizó una férula dorsal de material termoplástico la cual se extendía desde el tercio proximal del antebrazo hasta la punta de los dedos, con 20° - 30° de flexión dorsal en la muñeca y 60° - 70° de flexión en las articulaciones metacarpo-falángicas permitiendo máxima extensión a las articulaciones IFP e IFD. El sistema de la banda de goma transcurre desde la punta del dedo lesionado hasta el antebrazo, incluyendo una polea palmar a nivel del pliegue palmar distal lo que cambia la dirección de la tracción de la punta del dedo aumentando la flexión con lo que la excursión tendinosa es máxima.

Los estadios del tratamiento son los siguientes:

- Estadio I: Extensión activa y flexión pasiva por parte del paciente. El terapeuta realiza extensión y flexión pasiva.
- Estadio II: Extensión activa y flexión pasiva por parte del paciente. El terapeuta no necesita realizar más movimientos pasivos en forma regular.
- Estadio III: Extensión y flexión activa del paciente. La férula es llevada gradualmente a una posición neutra y la banda de goma de protección dinámica es discontinuada.

Los pacientes concurren a la unidad de rehabilitación cinco veces por semana durante las primeras dos semanas y luego tres veces por semana. Los pacientes fueron instruidos en realizar los ejercicios de extensión activa y flexión pasiva a través de la banda de goma 10 veces por hora durante el día.

Pasado los dos meses de cirugía se comenzó con ejercicios de bloqueo de Bunnell para mejorar el rango de flexión activa de los dedos.

RESULTADOS

Los ocho pacientes (n=9) incluidos en el estudio prospectivo cumplieron con el protocolo de rehabilitación en forma completa. A los 3 meses de la reparación tendinosa todos los pacientes se encontraban en período de meseta en su rehabilitación por lo que fueron dados de alta a excepción del n° 5. En ese momento se realizó la evaluación funcional utilizando los mismos parámetros que utilizara Chow et al. (8).

1. Método de Strickland y Glogovac (7). Consiste en sumar la flexión total activa de las articulaciones IFP e IFD menos el déficit de extensión (dedos en posición de puño). Este método de evaluación provee cuatro categorías de resultados: excelente, > 150°; bueno, entre 125° y 149° ; regular, entre 90° y 124° y pobre, < a 90° (Tabla 2).
2. Movimiento total activo (TAM) (7). Determina el porcentaje de la recuperación total activa y se obtiene con la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Flexión activa IFP + IFD} - \text{Déficit extensión} \times 100\%}{175^\circ} =$$

Los resultados pueden ser: excelentes, entre 75% - 100%; bueno, entre 74% - 50%; regular, entre 25% - 49% y malo entre 0 % - 24% (Tabla 2).

3. Toque – palma (Sistema de Louisville modificado por Buck-Gramcko) (Tabla 2).
4. Porcentaje de fuerza muscular en relación al miembro contralateral (Tabla 2).

No hubo complicaciones de infección, dehiscencia de sutura, ruptura de tendón o deformidades en cuello de cisne. El paciente que mostró un resultado malo, posteriormente se le realizó una tenolisis consiguiéndose un resultado regular.

DISCUSION

Hasta finales de los años 60 los resultados que se obtenían luego de la reparación primaria de los tendones flexores en la zona II (1) eran sinónimo de fracaso. Hasta ese momento lo que se aconsejaba era cerrar la piel y luego de tres meses realizar un injerto tendinoso (3) evitando que las suturas fueran realizadas dentro de la “zona de nadie” (2). En 1967 Kleinert et al. (4) presentan buenos resultados luego de la reparación primaria de los tendones flexores, pero seguido de una movilización temprana con la protección de una férula dorsal y una banda de goma para realizar los movimientos de

flexión pasiva en el dedo operado. Así, luego de 10 años de experiencia muestran 87% de buenos y excelentes resultados en la actividad privada y 76% en la actividad pública, aunque sin precisar el número de casos ni el método de evaluación de los resultados. Posteriormente Duran y Houser (5,6) también proponen un método similar de rehabilitación pero realizando movimientos pasivos controlados de los flexores y extensores de ambas articulaciones interfalángicas. Estos mismos autores demuestran 74% y 89% del movimiento normal promedio en las zonas II y III respectivamente.

En 1987 Chow et al. (8) presentan un protocolo que denominan Régimen de Washington en una población integrada exclusivamente por personal militar (n=44) obteniendo un 98 % de excelentes y buenos resultados evaluados con el método de Strickland y Glogovac (7). Sin embargo, Schenck y Lenhart (9) utilizando el mismo protocolo de rehabilitación sólo obtuvieron un 48% de excelentes y buenos resultados, lo que marca un gran contraste.

Strickland (10) en la discusión del artículo de Chow et al. (8), también se pregunta el porqué de tanta discrepancia ya que él sólo obtuvo un 36% de excelentes y un 56% de excelentes y buenos resultados. Esto se corresponde con los resultados que nosotros obtuvimos en este trabajo prospectivo, aunque el alcance de este estudio no pretende ser concluyente ya que la muestra no parece ser significativa (n=9) de la misma forma que no lo es la serie presentada por Schenck et al. (9) (n=25). Si encontramos una gran diferencia con este autor al considerar el número de pacientes que comienzan y abandonan el protocolo. En nuestra serie todos los pacientes que comenzaron el estudio prospectivo lograron finalizarlo, al igual que en la de Chow et al. (8) donde 37 de 40 pacientes cumplieron con el estudio (n=44). En el trabajo de Schenck et al. (9) sólo el 55% de los operados pudieron completar el tratamiento y ser evaluados.

El Regimen de Washington creado por Chow et al. (8) parece ser un buen método de rehabilitación luego de una tenorrafia primaria de los flexores en la zona II. Al igual que Dovellet et al. (11) consideramos que este método tiene la ventaja de combinar las características del método de Kleinert (movimientos de extensión activa y flexión pasiva con la banda de goma) con los movimientos digitales pasivos que utiliza el método de Duran desde el inicio. Sin embargo, nuestros resultados ni los de Schenck et Lenhart (10) demuestran que sea un método superior en una población civil.

CONCLUSIONES

La cirugía de las lesiones traumáticas del aparato flexor de los dedos debe efectuarse en urgencia, en particular cuando existen lesiones neurovasculares asociadas. En la mayoría de los casos se podría lograr un resultado funcional útil siempre que se efectúe una adecuada reeducación y se aplique las férulas necesarias en el período postoperatorio. La inmovilización de la mano luego de una tenorrafia primaria en la zona II, genera la formación de cicatrices peritendinosas que limita seriamente la excursión del tendón. Sin embargo, la movilización precoz no controlada aumenta seriamente las posibilidades de elongación, ruptura y o dehiscencia tendinosa. Por lo que de las dos maneras existe un riesgo potencial de comprometer en forma importante la funcionalidad de la mano.

El resultado de las tenorrafias primarias de los flexores en la zona II depende de la correcta técnica quirúrgica como así también de la rehabilitación postoperatoria. Los pacientes que abandonan el tratamiento seguramente tendrán un resultado inferior a lo esperado y nunca son incluidos en las estadísticas. Por lo tanto, el pronóstico también dependerá de: 1) la explicación que se le brinda al paciente sobre las características de la lesión, 2) como así también de las motivaciones del propio paciente para llevarlo a cabo.

Paciente	Iniciales	Edad	Dominante	Lado afectado	Dedo(s)	Sexo	Tipo de lesión	Lesión asociada
1	A R	19	Diestro	Derecho	V	M	Corte cuchillo	No
2	J A	51	Diestro	Derecho	III - IV	M	Corte chapa	Nervio colateral
3	C Q	30	Diestro	Izquierdo	III	M	Corte cuchillo	No
4	S C	9	Diestro	Derecho	II	F	Corte cuchillo	Nervio colateral
5	L B	22	Diestro	Derecho	II	F	Corte vidrio	Nervio colateral
6	S D	23	Diestro	Derecho	II	M	Corte vidrio	No
7	C I	3	Diestro	Izquierdo	II	M	Corte vidrio	No
8	L B	18	Diestro	Izquierdo	II	M	Corte cuchillo	No

Tabla 1

Paciente	Método de Strickland y Glogovac		TAM	Toque palma	Fuerza muscular
1	110°	Regular	71%	0 cm.	75%
2	140° - 115°	Bueno – Regular	80% - 66%	0 cm. – 0 cm.	57%
3	175°	Excelente	98%	0 cm.	100%
4	180°	Excelente	100%	0 cm.	95%
5	60°	Malo	34%	4 cm.	53%
6	175°	Excelente	98%	0 cm.	93%
7	163°	Excelente	93%	0 cm.	No se evaluó
8	140°	Bueno	80%	0 cm.	50%

Tabla 2

GLOSARIO

Reparación primaria: Técnica quirúrgica tendiente a reparar tempranamente la injuria producida, se realiza en la sala de urgencia o a las pocas horas (dentro de las 6 hs.), de producida la lesión. Es una reparación directa. Operación inmediata que supone una hospitalización más corta y menor morbilidad. Aplicable a heridas incisas y limpias únicamente, restablece la normalidad de la función independiente de las articulaciones interfalángicas proximales y distales con los tendones superficiales y profundos funcionantes. La curación favorable de los tendones seccionados, requiere no sólo la reunión de los extremos separados, sino también el reestablecimiento de la función necesaria de deslizamiento de la unidad tendinosa.

Tendón Flexor: Porción distal del músculo flexor superficial y profundo del antebrazo que se inserta a nivel de las falanges. Su función es la de plegar los dedos hacia la palma de la mano.

Zona II: Zona del canal digital, comprendida entre la cabeza de la articulación metacarpofalángica a nivel proximal, y la zona media de la segunda falange en su extremo distal.

Régimen de Washington: protocolo de rehabilitación basado en el movimiento pasivo controlado.

Terapia Ocupacional: Disciplina destinada al estudio y análisis de la Ocupación Humana. Considera factores relacionados al desempeño ocupacional del hombre en sus áreas y componentes de ejecución a fin de desarrollar procedimientos de evaluación e intervención en las instancias de prevención, promoción, mantención y recuperación de la salud ocupacional del ser humano.

Resultado óptimo: Efecto o resultado recomendable.

Evaluación funcional: Strickland evalúa los resultados para los tendones

flexores considerando la flexión activa de la articulación interfalángica proximal (PIP) y la articulación interfalángica distal (DIP), comparándolos en porcentaje a la función del dedo contralateral. Así, la flexión activa normal (Movimiento activo total TAM en EEUU) de las interfalángicas es de $100 + 75^\circ = 175^\circ$. En un dedo lesionado se diferenciará la flexión activa de la articulación PIP y la DIP restando el déficit de extensión de cada articulación. El TAM del dedo lesionado en relación con la del dedo sano contralateral dará la función porcentual de esas dos articulaciones.

Vascularización: Sistema de ramas arteriales y venosas cuya función esencial es la de nutrir los distintos componentes orgánicos.

Deslizamiento: Escurrir sobre una superficie lisa o húmeda.

Movilización precoz controlada: Técnica que utiliza férula protectora, splint, (componente físico y mecánico de un dispositivo externo que colabora para restaurar temporalmente una función o limitación de un movimiento no requerido), con un régimen de ejercicios específicos frecuentemente prescritos para la rehabilitación de pacientes con injurias en los tendones flexores y extensores. La tensión controlada al sitio de la reparación, estimula la síntesis de tenocitos y sirve a su vez como promovedor de la penetración del fluido del tendón a la vaina, cuyo objetivo final es colaborar en la propensión de cicatrices libres en lo posible de adherencias peritendinosas y la edición de un empuñamiento de fuerza.

Recuperación funcional temprana: Aplicación de un programa de rehabilitación precoz, con principios de ergoterapia para la restauración de las funciones físicas, en forma efectiva y satisfactoria. Se encuentra en directa relación con:

- Aumento de la amplitud articular de las articulaciones afectadas
- Aumento de la fuerza muscular

- Desarrollo de la destreza, coordinación, velocidad, fluidez del movimiento y tolerancia a la fatiga muscular.

Por **funcional** se entiende a la habilidad para desempeñar una acción de un modo o dentro de un rango conveniente con el propósito de un órgano o sistema orgánico.

Tópicos de discusión: Espacio creado para la descripción, análisis, interpretación y conclusión de un determinado tema.

Cicatrización: Proceso fisiológico que se desencadena luego de una lesión, tendiente a restaurar los tejidos dañados, cursa diferentes etapas entre las cuales se encuentran: inflamación, fibroplasia, maduración de la cicatriz y contractura de la herida.

Protocolo de tratamiento terapéutico: Programa que describe acciones y manejos tendientes a aplicarse sobre una injuria describe a su vez un formato con definición, objetivos, evaluación, criterios para la selección del paciente, dirección, enfoque y contenido determinado. Puede ser quirúrgico o de rehabilitación. Según Home & Schwartzberg (1986) es un formulario para el tratamiento que incluye componentes de estructura, planificación e instrumentación según Halman (1989).

Operatividad: Que produce determinado efecto o función, esperado según una planificación.

Laceración: Lesión franca, injuria, que irrumpe con la integridad del sistema musculotendinoso (por lo tanto la mecánica de flexión digital).

Lesiones concomitantes: Injuria que acompaña a una lesión original, por proximidad o continuidad. En la vecindad inmediata del tendón lesionado, dada la geografía anatómica afectada, todas las estructuras y tejidos lesionados quedan incorporados en la misma reacción inflamatoria y en el mismo proceso de curación de la herida, pueden encontrarse nervios también lesionados o estructuras fijas que también han sufrido daño, tales como huesos, ligamentos, vainas fibrosas y canales.

Injerto tendinoso: Técnica quirúrgica tendiente a reparar un área lesionada con el agregado de otro componente compatible que se extrae de una zona donante. Operación diferida que supone mayor morbilidad y aumenta el período de discapacidad, puede ser necesaria la preparación preliminar del lecho con varilla de silastic. El dedo injertado carece de flexión independiente de la articulación

interfalángica proximal y tiene una potencia algo reducida.

Correlato funcional: Relación recíproca de las variables directamente relacionadas a la habilidad para desempeñar una acción dentro de determinado parametro o rango conveniente.

Bibliografía

1. Verdan, C; Michon, J. 1961. Le traitement des plaies des tendons fléchisseurs des doigts. Rev. Chir.Orthop. 47: 285-425.
2. Boyes, J.H. "Cirugía de la mano de Bunnell". 4º Ed. Intermédica. 1967. Pp. 400-433.
3. Lexer, E. 1912. Die verwerthung der freien Sehnen-transplantation. Arch.Klin.chir. 98: 818.
4. Kleinert, H.E; Kutz, J.E; Ashbell, T.S; Martinez, E. 1967. Primary repair of lacerated flexor tendons in "No man's land". J.Joint.Bone.Surg. 49A, 3: 557.
5. Duran, R.J; Houser, R.G. Controlled passive motion following flexor tendon repair in zone 2 and 3. In American Academy of Orthopaedic Surgeons: Symposium on tendon surgery in the hand. St. Louis, 1975.
6. Duran, R.J; Coleman, C.R; Nappi, J.F; Klerekoper, L.A. "Management of flexor lacerations in zone 2 using controlled passive motion postoperatively". In Hunter, J.M. Rehabilitation of the hand. Surgery and therapy. 3º Ed. 1990. Pp.410-413.
7. Strickland, J.W; Glogovac, S.V. 1980. Digital function following flexor tendon repair in zone II: A comparison of immobilization and controlled passive motion techniques. J.Hand.Surg.. 5A, 537.
8. Chow, J.A; Thomes, J.L; Dovel, S; Milnor, W.H; Seyfer, A.E; Smith, A.C. 1987. A combined regimen of controlled motion following flexor tendon injuries. Plast.Reconstr.Surg. 79, 3. 447-453.
9. Schenck, R.R; Lenhart, D.E. Results of zone II. 1996. Flexor tendon lacerations in civilians treated by Washington regimen. J.Hand.Surg. 21A, 6. 984- 987.

10. Strickland, J. 1987. (Discussion). A combined regimen of controlled motion following flexor tendon repair in "No man's land". *Plast.Reconstr.Surg.* 79, 3, 454-455.

11. Dovel, S; Haeter, P.K. 1989. The Washington regimen: Rehabilitation of the hand following flexor tendon injuries. *Phys.Ther.* 69, 1034-1040.

TITULO:

**“EXPRESIÓN CORPORAL:
UNA TÉCNICA PARA EL ABORDAJE DE LA
DISCAPACIDAD VISUAL.”**

AUTORAS:

LIC T.O. MARIA EUGENIA COSTAMAGNA

E-mail: eugeniocostamagna@yahoo.com.ar

T.O. NÉLIDA DALPONTE.

E-mail: juliocmedina@infovia.com

INSTITUCIÓN:

CENTRO DE REHABILITACIÓN ALAS (perteneciente a

U.M.A.S.D.E.C.A: Entidad civil sin fines de lucro)

ENTRE RÍOS 2828 TEL - fax : (0223) 495-7577.

MAR DEL PLATA BUENOS AIRES

ARGENTINA

Resumen:

- Conceptos básicos sobre la Expresión Corporal y la técnica de Sensopercepción, objetivos, otras técnicas.
- Alteraciones que acompañan la discapacidad visual y que tienen que ver fundamentalmente con el movimiento y con la forma de relacionarse del sujeto con sí mismo, con su cuerpo en el espacio y con el otro.
- Experiencia de trabajo en el Centro de Rehabilitación, descripción de la modalidad de trabajo y los resultados obtenidos.
- Fundamentación del por que aplicamos esta técnica y relación con el Rol Profesional del Terapeuta Ocupacional.

La **EXPRESIÓN CORPORAL** es una condición que existe desde siempre en el ser humano. Es un lenguaje paralingüístico por medio del cual el ser se expresa a sí mismo, reuniendo en su cuerpo, el mensaje y el canal, el contenido y la forma.

No se basa en modelos de estética sino en el movimiento, el gesto, la quietud, el silencio. Nace de sensaciones, sentimientos, imágenes e ideas individuales. Es la danza personal de cada ser, interactuando y reflejándolo, teniendo necesariamente que ver con el medio familiar, social y cultural en que está inserto.

Se impulsa la participación activa, investigadora y creativa de cada integrante. Desaparece la figura del maestro como modelo, transformándose simplemente en guía, observando y respetando las necesidades del grupo.

La práctica de la sensibilización corporal, del desarrollo, del control y del manejo de la energía a través del movimiento, el goce que esto produce y el conocimiento y reconocimiento de las potencialidades y logros individuales, gratifican y estimulan al individuo a seguir con la actividad.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD:

- Desarrollar la sensopercepción y la sensibilidad.
- Desarrollar la creatividad, la imaginación y el instinto investigador.
- Adquirir seguridad de sí mismo por medio de la afirmación corporal.
- Estimular la capacidad de comunicación.
- Cultivar el goce por el juego y el sentido del humor.

La **SENSOPERCEPCIÓN** es una de las técnicas de la Expresión Corporal que trabaja sobre la sensación y la percepción. Adquiere fundamental importancia en el entrenamiento de personas con Discapacidad Visual, ya que al potenciar y agudizar los sentidos remanentes, ayuda a compensar el déficit visual.

La **SENSACIÓN** es un fenómeno psíquico elemental que resulta de la acción de los estímulos sobre los órganos sensoriales. Se clasifican en:

- **Exteroceptivas**: aquellas que reflejan las propiedades y aspectos de todo lo perceptible, lo que se encuentra en el mundo exterior y captamos con los órganos de los sentidos.

- **Propioceptivas**: información que nos llega de los músculos, articulaciones y tendones, y acerca de la posición de nuestro cuerpo en el espacio.

- **Interoceptivas**: tienen que ver con las sensaciones viscerales, hambre, sed.

La **PERCEPCIÓN** incorpora a los estímulos, elementos de memoria, juicio y

afecto, por lo tanto se acopla a las cualidades objetivas de los sentidos otros elementos subjetivos propios del individuo.

Objetivos de la técnica:

- Apoyar y agudizar la percepción de sí mismo.
- Profundizar sobre el esquema corporal.
- Trabajar en función de un tono muscular óptimo en todo momento.
- Aprender a percibir, corregir y estabilizar nuestro cuerpo en reposo o en movimiento.
- Desarrollar coordinación equilibrio, fuerza, resistencia, rápida acción y agilidad.

ALTERACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA DISCAPACIDAD VISUAL.

Al sufrir una discapacidad visual, la persona desconoce la ubicación de los objetos y de sí mismo en el espacio, utilizando como conducta defensiva la economía del movimiento, provocando aislamiento. La imagen corporal se va deformando o no se concibe de manera satisfactoria por no tener el sustento de la percepción visual. Suelen aparecer movimientos involuntarios como tics, manierismos, y otras formas de autoestimulación. La postura y el tono muscular también se ven afectados.

Las personas que poseen visión subnormal tienden a forzar su resto visual aún en situaciones en las que no les resulta funcional, desconociendo los beneficios de la utilización de los sentidos remanentes.

La intervención terapéutica consiste en elaborar estrategias utilizando las técnicas antes mencionadas para favorecer las capacidades remanentes del individuo. Sin esta intervención organizada y sistematizada, estas no lograrían un óptimo desarrollo espontáneo.

DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN ALAS.

Se realiza un abordaje grupal, en un Taller semanal de 1:30 hs. de duración, siendo un grupo mixto, abierto, donde coexisten y colaboran personas que se encuentran en diferentes momentos del proceso de rehabilitación, tienen diferentes edades y grado de discapacidad.

La actividad aborda tres áreas fundamentales:

- **cuerpo:** unidad sensorio-psico-social y motriz,
- **creatividad:** desarrollo subjetivo y emocionado de cada uno.
- **comunicación:** con uno mismo, con el otro, con el otro hacia los demás.

Técnicas utilizadas:

- movimiento libre
- relajación
- inventario corporal
- sensopercepción
- éutonía.

Estímulos:

- la voz (como guía o sonido)
- la música
- instrumentos
- objetos mediadores (telas, elásticos,
- Globos, cintas, papeles, texturas, etc)

Etapas de la actividad:

- Movimiento individual: autoconocimiento, exploración e investigación de las potencialidades individuales.
- Movimiento individual con un objeto mediador: exploración del objeto, movimiento con el objeto, investigación de formas creativas de utilizar el objeto con mmi cuerpo en movimiento.
- En pareja con objeto mediador: utilizando el objeto como medio de comunicación y expresión.
- En pareja cuerpo a cuerpo: contacto, descarga de peso, trabajo de espejo con y sin contacto.
- Grupal con objeto mediador: el objeto como nexo entre el grupo, movimiento conjunto, alternancia de roles.

Conclusiones

La EXPRESIÓN CORPORAL es utilizada como técnica de rehabilitación ya que beneficia ampliamente a la persona que la ejercita. La actividad misma plantea un proceso de crecimiento constante, una evolución hacia la conquista de logros personales, redescubriendo el propio movimiento, evocando imágenes, sensaciones y vivencias, reflejando el mundo a través de su subjetividad individual.

Mejorando la postura, potenciando las sensaciones y percepciones, ejercitando la fuerza muscular, la amplitud articular, el equilibrio, los desplazamientos, favoreciendo el sentido de la orientación es como la implementación de esta técnica contribuye al objetivo general de la rehabilitación: lograr la autonomía del individuo y la integración socio-laboral.

Para una mejor interpretación de lo expuesto se proyectará un video realizado a partir de la experiencia concreta de trabajo.

Referencias Bibliográficas:

- Patricia Stokoe . 1990. “Expresión Corporal, Arte, Salud y educación.” Editorial Humanitas (Buenos Aires).
- Patricia Stokoe. 1978. “Expresión Corporal, guía didáctica para el docente.” Editorial Ricordi Americana (Buenos Aires).
- Publicaciones auspiciadas por el fondo de cooperación ONCE/ ULAC, años 11990, 1996, 2002.
- Kathy Heydt y cols. 1992. “Guía Perkins de actividades y recursos” Editorial Escuela Perkins para ciegos. (Watertown).
- María Fux. 1998 “Danzaterapia, fragmentos de vida.” Editorial Libris SRL. (Lanus Oeste).

TITULO:

**REVISION DE LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE
AUTOATENCIÓN "E.N.A". Sus beneficios y limitaciones.**

AUTORAS:

LIC. TO. MARCELA STEFANOLO

LIC. TO VERÓNICA DE CILLIS

E- mail: verode@arnet.com.ar

INSTITUCIÓN:

Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca".

Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

TE: 4630-4797.

Resumen

En Salud pública existe una tendencia creciente a valorar el impacto que los problemas de salud tienen tanto sobre la calidad de vida de las personas como sobre el uso de servicios sanitarios. La evaluación del nivel de autoatención (ENA) es un instrumento creado para este propósito, y mide la capacidad de la persona para la realización de algunas de las actividades de la vida diaria (AVD), obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. La ENA se ha venido utilizando desde el año 1993, es una medida fácil de aplicar con un alto grado de confiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación causa mínimas molestias. En el presente trabajo, se hace una revisión acerca de las características de este instrumento. A pesar de tener algunas limitaciones, la ENA puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Introducción:

La Evaluación del Nivel de Autoatención "ENA", fue creada en el año 1993, como una necesidad de valoración de la capacidad de la persona para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), que respondiera a las características de la población y modalidad de tratamiento hospitalario.

Debido a la exitosa incorporación de la misma en el ejercicio profesional cotidiano y compartiendo la corriente de profesionales que enfatizan la necesidad de utilizar herramientas estandarizadas confiables y válidas se realizó en el año 1999 su estudio de confiabilidad a través del grado de acuerdo entre observadores, administrada en pacientes con accidente cerebrovasculares (ACV). Obteniendo como resultado un alto coeficiente de confiabilidad inter-observador de 0.96.

La ENA consta de 8 ítems desglosados en acciones graduadas de más simples a más complejas categorizándolas en tres niveles de desempeño. Las actividades incluidas en esta escala son: ALIMENTACIÓN, TRANSFERENCIA, VESTIDO, ASEO PERSONAL, DESPLAZAMIENTO, USO DE ESCALERAS, CONTROL VEJIGA E INTESTINO, USO DE SANITARIO. A cada acción le corresponde un puntaje parcial, la sumatoria final nos da el nivel de independencia. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (desempeño totalmente independiente). Los niveles de desempeño corresponden a Nivel I: Ejecución de acciones simples y preliminares, Nivel II: Ejecución de acciones básicas e intermedias con moderado dominio del cuerpo y habilidades motoras, requiriendo aún de supervisión y Nivel III: Ejecución óptima de las actividades, realizándolas en su mayoría en forma independiente.

La ENA aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuales son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

La elección de las actividades que componen la ENA fue basada en el Índice de Barthel.

Es sabido que el empleo de métodos estandarizados de parámetros cuantificados permite que diferentes observadores en distintos lugares, puedan comparar datos de manera correcta. Las evaluaciones cuantitativas del desarrollo de una tarea, conjuntamente con las mediciones de fuerza, amplitud de movimiento, de resistencia, sensibilidad etc, son esenciales para las bases científicas de la medicina de

rehabilitación, ya que un desempeño cuantificado permite efectuar comparaciones válidas entre distintos protocolos de tratamiento y el establecimiento de normas de actuación.

La clave reside en seleccionar una escala que sea sensible para la discapacidad específica del paciente, que haya demostrado ser válida y confiable; como así también sea la adecuada al propósito de su aplicación.

El objetivo del trabajo es realizar una revisión de las características de la ENA como instrumento de medida, presentando los beneficios y limitaciones de esta escala recogidos durante sus 10 años de aplicación.

Conclusiones:

La aplicación cotidiana de esta escala, nos permitió realizar un análisis crítico de la misma, considerando que la "ENA" tiene sus **Limitaciones:**

- No es aplicable a todas las patologías
- Hay ítems que requieren de una revisión: son poco claros creando dudas al evaluador.
- Requiere de personal mínimamente entrenado para su manejo.
- En pacientes muy dependientes o confusos, la evaluación mediante la observación puede ser muy extensa. Por lo cual es aconsejable la entrevista a familiares o personal de enfermería.
- Evalúa exclusivamente el estado de independencia física y de funciones cognitivas mínimas para iniciar dicha independencia, excluyendo áreas como comunicación, lenguaje que otras escalas consideran.

Sin embargo no sólo basándonos en estudios estadísticos sino también en nuestra experiencia, la ENA aplicada en pacientes con secuelas de ACV, es un instrumento que reúne características imprescindibles que debe tener un instrumento de evaluación a saber:

- Su validez de contenido, realizada por un assesing de expertos en rehabilitación. Usa una clasificación que está compuesta por un grupo de términos descriptivos que están orientados hacia el paciente, con contenidos multidimensional, establecidos objetivamente, definidos con precisión y relacionados con los objetivos de atención a corto y largo plazo.
- Sensibilidad y capacidad para detectar cambios.
- Alta confiabilidad inter-observador.

- Es un instrumento apto tanto para la aplicación clínica como para la investigación.
- Describe objetivamente el estado de independencia personal en un momento determinado, informando claramente acerca de las actividades o pasos que el paciente no realiza, esta información es fundamental para la planificación del tratamiento y las subsecuentes intervenciones especializadas.
- Nos brinda una información general del nivel de autoatención del paciente, es decir si corresponde a un Nivel I, II o III.
- Es adecuada para pacientes en tratamiento, permitiendo a través de la observación la recolección de datos que sean apropiados y útiles para el control del programa de tratamiento.
- Brinda la posibilidad de ser tomada mediante una entrevista o adaptada a un formato de autoevaluación.
- Nos permite hacer una devolución al paciente, familia y equipo de rehabilitación acerca de la evolución del tratamiento.
- No requiere de tecnología especial, y las molestias que pueden ocasionar al paciente en su administración son mínimas.

Siendo las AVD, uno de los pilares de la Terapia Ocupacional, consideramos útil la inclusión de la ENA como una alternativa más para la valoración del paciente con secuela de ACV, revalorizando que la misma nace a partir de la experiencia hospitalaria de Terapistas Ocupacionales.

Debemos tener en cuenta, que no hay instrumento de evaluación perfecto y que esta escala como cualquier otra presenta sus debilidades. Es a partir del análisis crítico que podemos rever este instrumento de medición con sus beneficios y sus desventajas.

Invitamos a nuestros colegas a aplicarlo e intentar mejorarlo, a fin de enriquecer a la comunidad científica de nuestra disciplina.

Bibliografía:

- ◆ Cid- RuzafaJ, Damian-Moreno J (1997) *Disability evaluation: Barthel Index*.
Revista Española Salud Pública. 71(2): 127-137.
- ◆ Deaver, G, and Brown, ME (1945) "*Physical Demands of Daily Life*"New York,
Institute for the Cripple and Disabled.
- ◆ Granger, CV, Gresman GE (1984): *Functional Assesment in Rehabilitation
medicine*. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. vol 4
Nº3.
- ◆ Hasselkus, BR, Safrit, M (1976) *Measurement in Occupational Therapy*.
American
Journal of Occupational Therapy. Vol 30 7.
- ◆ Krusen, FH Kottke FJ, Lehamann Jf (1993). "Medicina Física y Rehabilitación".
Salvat Editores S.A. Madrid.
- ◆ Law, M & Letts, L (1989): *A critical review of scales of activities of daily living*.
American Journal of Occupational Therapy. 43, 522-528
- ◆ Managh y Cook (1993): *The use of standaridized assessment in occupational
Therapy*. 54:839,133-138.
- ◆ Mahony FI, and Barthel DW (1965): *Functional Evaluation:The Barthel Index*.
maryland State medical Jorunal, 14, 61-65.
- ◆ Stefanolo M, De Cillis V.(1997): *Modalidad de abordaje de la Autoatención*.
Bateria de Evaluación y Seguimiento, materia Prima. Vol 4. 21/24. Argentina.
- ◆ De Cillis V (1999): "*Instrumentos de Evaluación en Terapia Ocupacional*.
Concordancia entre observadores de la Evaluación de Autoatención "ENA"". Tesis.
Universidad Nacional de Mar del Plata.
- ◆ Williard/Spackman - Hopkins HL, Smith HD (1998) "Terapia Ocupacional". 8º
Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid

MESA 1

***MESA DE COMUNICACIONES
CIENTÍFICAS***

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

TITULO: “ACERCÁNDONOS A LO DIARIO DEL VIVIR”

AUTORAS: LIC. TO CLAUDIA BATTISTONI

E-mail: claudiabattistoni@yahoo.com.ar

LIC. T.O ALEJANDRA CASTRO ARES

E-mail: JANACASTRO@yahoo.com

T.O SOLEDAD CALVEYRA

E-mail: scalveyra@yahoo.com.ar

T.O SILVIA FERNÁNDEZ

E-mail: saponido@uolsinectis.com.ar

T.O SILVINA HUNT

E-mail: shunt@berkley.com.ar

INSTITUCIÓN:

Hospital Infanto Juvenil “Carolina T. García”.

Ramón Carrillo 315 C.P: 1275-AHG

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

TEL. 4305-6108 FAX: 4304-2692

Email: Tobardirección@buenosaires.gov.ar

Resumen:

En el abordaje de niños con trastornos generalizados del desarrollo encontramos una especial dificultad en el trabajo con las A.V.D. En esta clínica particular los niños presentan una posición dependiente difícil de modificar ya que no responden a consignas y los padres no sostienen las indicaciones que tienen que ver con la adquisición de hábitos de independencia personal. Rescatamos la necesidad de trabajar las A.V.D. como una forma de recortar el cuerpo del niño en función del proceso de construcción de su subjetividad. Organizar los hábitos repercute tanto en la organización psíquica. El abordaje específico de las A.V. D. permite un acercamiento a la familia en un tema en el que ella se muestra interesada.

Introducción: En el abordaje de niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo encontramos una especial dificultad en el trabajo con las A.V.D. En esta clínica particular los niños presentan una posición dependiente difícil de modificar ya que no responden a consignas y los padres no sostienen fácilmente las indicaciones que tienen que ver con la adquisición de hábitos de independencia personal.

Desarrollo: Para poder pensar las situaciones que contribuyeron a la construcción de esta dificultad podemos remitirnos al proceso de adquisición de dicha independencia dentro del desarrollo normal, éste se historiza en un espacio temprano de encuentro e interacción entre la madre y el hijo que se da a través de los cuidados primordiales. Dichos cuidados en un primer momento presentan un carácter de necesidad, de obligatoriedad, debido a los requerimientos que tiene el bebé de atención por parte de un adulto para su propia sobrevivencia. Poco a poco se hace necesario que a la vez se vaya constituyendo una brecha entre el niño y su cuidador, un espacio que dé lugar a su individuación, a través de otorgarle al niño acciones y decisiones que tienen que ver con su independencia. En este espacio intermediario (1) se produce el recorte del niño como figura haciéndose necesario que este lugar sea facilitado por la madre. Es un lugar en el que pueden efectivizarse ciertos cortes, ponerse en juego ciertos límites, hacerse visibles ciertas periodicidades. En él se pone en juego el deseo ya que tenemos que esperar que la madre habilite este lugar y que se comprometa para que este trabajo y por sobre todo los mismos niños no caigan ajenos a ellas. Aquello que se arma allí implica una adquisición básica relacionada con la construcción y armado del cuerpo y del psiquismo del niño. Esta adquisición básica queda entramada en un juego de ida y vuelta que incrementa las posibilidades de ganar mayor independencia. En este espacio intermediario circulan objetos. Objetos que tienen que ir cayendo para dar lugar a otros nuevos. Ellos hablan del pasaje del tiempo, del crecimiento del niño y de un espacio físico que se amplía, de lo íntimo y privado a lo público y social. Este espacio implica un aprendizaje de forma deliberada en respuesta a un marco cultural que se manifiesta a través de expectativas, valores, normas y demandas del medio. En función de intervenir sobre las AVD recabamos datos sobre 3 ejes: el niño, el entramado familiar y el marco cultural.

***Del niño:** Nos interesa relevar qué déficits en la I.S. (2) obstaculizan la adquisición de hábitos. Observamos y los papás relatan: preferencias, búsqueda o evitación de texturas, consistencias, temperaturas y respuestas afectivas atípicas. Dificultades en la organización de actividades que se manifiestan en: disfunciones en la planificación motora, seguir una secuencia, usar elementos u objetos. Los chicos realizan intentos pero sin lograrlo efectivamente, se quedan inmobilizados y/o esperan que el T.O. haga dichas actividades por ellos. Otra cuestión que tomamos en cuenta es cuál es el registro e interés que posee el niño de las situaciones relacionadas con las A.V.D: (por ejemplo si sabe para qué sirve un cubierto, etc.).

***Del entramado familiar,** focalizamos aquello que ocurre en la relación madre-hijo, que no permite la independencia del niño. Distinguimos algunos tipos de situaciones problemáticas:

-Conductas del niño que remiten a déficits en el procesamiento sensorial, pero que son interpretadas por la madre como rechazo hacia ella. (3)

-Estructura materna que no permite la distancia, la aparición del deseo o la independencia. Solemos escuchar frases como las siguientes: "Es un vago, no sabe hacerlo, no puede hacerlo, no está preparado, no tengo tiempo, es más cómodo así". Muchas veces las mamás presentan respuestas estereotipadas o rígidas frente a los requerimientos del niño. (4)

Tenemos en cuenta la demanda de estas madres con respecto a las AVD, si ella existe, pues la necesitamos para empezar a trabajar (5). De a poco intentamos despejar situaciones de indiscriminación, donde el niño no puede salir de la díada, madres que piden la independencia de su hijo pero que después boicotean los intentos del niño de hacer las cosas solitos, ya que ellas no pueden correrse. También observamos aquellas situaciones, las más difíciles, donde directamente el niño cae fuera del deseo de la madre (6). Es también importante tener en cuenta que en las AVD se juega el "rol de la buena madre", y este se juega en un espacio íntimo, difícil de acceder en el tratamiento. Se debe trabajar cuidadosamente para poder correr a las mamás de la culpa que genera el sentirse en falta con respecto al cumplimiento de este rol, que muchas veces las tiraniza.

Nos resulta útil indagar en la Historia Sensorial del niño a través del relato de sus padres. Y averiguar las situaciones traumáticas relacionadas con las AVD, (por ejemplo antecedentes de internaciones clínicas) y también aquellos trastornos emocionales que se manifiestan u obstaculizan el desempeño de dichas actividades.

En referencia al **marco cultural (7)**, que remite a las expectativas en cuanto al desempeño ocupacional del niño: cuándo debe comer solo, controlar esfínteres. Indagamos sobre mitos y hábitos que traen los familiares incorporados a su bagaje cultural. La falta de independencia del niño hace que la familia se recluya a su entorno íntimo porque no puede manejarlo en el afuera. Esto implica una restricción en la socialización, en sus posibilidades de interacción con otros, muchas veces vivida por la familia como un rechazo desde lo social. Esto se hace significativo con respecto al ingreso del niño a la escuela, donde la falta de control de esfínteres hace que los chicos no puedan acceder a la escolaridad que ellos requieren. Las **intervenciones** apuntan tanto al trabajo con el niño como a la familia. El trabajo con la familia intenta generar un espacio entre la madre y su hijo que permita el desarrollo y el hacer particular del niño. Este trabajo se da a través de entrevistas familiares y grupos de padres convocados por este tema: apuntan a la reflexión, la pregunta/demanda con relación a las AVD.

En cuanto al niño se prioriza un recorte de este en su hacer particular a través de tres formas de abordaje: el decurso del tratamiento singular de cada paciente en T.O., los talleres de AVD, relacionados con las actividades de vestido e higiene, y el espacio de precomedor, relacionado con las actividades de alimentación. Estos espacios abordan las cuestiones inherentes a cada paciente a través de la puesta en escena de situaciones cotidianas, vividas en otro ámbito, con pares y en una situación que pone una diferencia con respecto a la dinámica del entorno familiar. Nuestro abordaje apunta a generar el interés y su participación en estas actividades poco llamativas para él, buscando que le den sentido a lo que hacen a través del juego y la exploración placentera de objetos y materiales.

Conclusiones: Rescatamos la necesidad de trabajar las AVD, como una forma de recortar el cuerpo del niño en función de la construcción de su subjetividad. Organizar los hábitos repercute tanto en la organización del entorno del niño como en su organización psíquica. Nuestra apuesta no es sólo al aprendizaje de conductas socializadas sino a que estas contribuyan al auto cuidado, a la autovaloración del niño, a un ir más allá, ampliando los horizontes de inserción social del niño. El abordaje específico de las AVD permite un acercamiento a la familia en un tema en el que ella se muestra especialmente interesada. Su inclusión apunta a que aquella brecha sea sostenida por la familia a partir de su demanda. Permitiendo de esta manera que el espacio donde se delimita cada niño con sus particularidades no caiga.

Citas bibliográficas:

(1) WINNICOTT; 1987

(2) FISHER et Al.; 1991

(3) Por ejemplo el niño rechaza toda estimulación táctil suave pero su mamá decodifica que es a ella como persona a quién rechaza, por lo tanto deja de acercarse a acariciar a su hijo. Esta dialéctica produce que se instalen situaciones que a lo largo del tiempo se van cristalizando. En T.O. tratamos introducir alguna significación nueva, como contarle a la mamá qué patologías relacionadas con el procesamiento sensorial del niño pueden afectar la relación.

(4) Al respecto dice Anna Freud: "Algunas madres o padres asignan al niño un rol dentro de su propia patología, estableciendo sus relaciones sobre esta base y no sobre las necesidades reales del niño. Los procesos de alimentación, sueño, evacuación e higiene corporal deberán sufrir un complicado y largo desarrollo antes de convertirse en interés propio del niño".

(5) Muchas veces el trabajo se limitará a intentar generar alguna demanda, inquietud o pregunta relacionada con las AVD proveniente de las mamás.

(6) JERUSALINSKY; 1988

(7) KIELHOFNER; 1985

Referencias bibliográficas:

Fisher, Anne; Murray, Elizabeth; Bundy, Anita; 1991. "Sensory Integration. Theory and Practice" F.A. Davis Company (Filadelfia)

Freud, Anna; 1991. "Normalidad y patología en la niñez." Paidós (Buenos Aires)

Jerusalinsky, Alfredo; 1988. "Psicoanálisis en problemas del desarrollo" Editorial Nueva Visión (Buenos Aires)

Kielhofner, Gary; 1985".A model of Human Occupation: Theory and application".Williams and Wilkins (Baltimore).

Winnicott, Donald, 1987. "Realidad y juego". Gedisa (Buenos Aires)

TITULO:

“CONSTRUYENDO LOS BORDES DE UN NIÑO”

AUTORA: LIC. T.O. SOLEDAD CALVEYRA

E-mail: scalveyra@yahoo.com.ar

INSTITUCIÓN:

Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

Ramón Carrillo N° 315. C.P: 1275 AAG Capital.

Buenos Aires. Argentina.

Tel: 4305-6140. Fax: 4304-2692.

E-mail: Tobar direccion@buenosaires.gov.ar

Introducción:

Este trabajo intenta mostrar una modalidad de tratamiento desde T.O. en un Hospital Público con niños con trastornos emocionales severos en conjunto con un equipo interdisciplinario.

Los aportes teóricos permitieron ubicar en qué etapa se encontraba el niño y con la utilización de elementos de la Teoría de Integración Sensorial entre otros se implementaron diferentes estrategias de tratamiento que favorecieron la evolución del niño.

Juan tiene 7 años. Comienza tratamiento en T.O. en diciembre de 2000. Es derivado por el Servicio de Hospital de Día del Hospital Tobar García con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado según DSMIV y Retraso Mental Leve. Juan concurre a terapia individual, taller de juegos y musicoterapia.

En la entrevista de admisión su mamá refiere como principal dificultad que Juan “no habla y tiene retraso”; “va más lento en aprender en la escuela, en todo, se porta como un chico más pequeño”. Refiere que Juan es inquieto, nervioso, rompe hojas de las plantas, saca la pintura de las paredes con un tenedor, tira los juguetes y no los usa.

Al comenzar a ver a Juan en tratamiento resultaba diferente de lo descrito por su madre en relación a lo inquieto y agresivo.

En el período de evaluación presenta ausencia del lenguaje, se comunica mediante gestos. Concurre con entusiasmo a T.O., su mamá al traerlo refiere que Juan no se quiere quedar sosteniéndolo muy fuerte de su mano.

En sesión saca autos, los desliza por el piso, en algunas ocasiones éstos desaparecen de su campo visual y no los busca. Si algún par le saca un auto no atina a enojarse ni buscarlo.

Presenta conductas primitivas, como un bebé. Le gusta balancearse sobre rodillos, pelotas grandes y mirarse en el espejo.

En un primer momento se comienza a trabajar en forma individual. Se estimula el poder establecer otros códigos de comunicación que no sea lo gestual, poniendo en palabras las formas de pedir, nombrando los objetos que le interesan. Generalmente necesita que se le repitan las consignas, le lleva todo un tiempo poder responder y en ocasiones no lo hace.

Se trabaja con los autos, armando escenas de juego, incorporando muñecos, puentes pero sobre todo recorriendo el espacio y tomando contacto con las superficies.

Juan se tira al piso despliega varios autos y recorre un circuito (esto se repite en varias

sesiones). Va como delimitando espacios en superficies planas, agrego un puente y los hace cruzar; en el último tiempo incorporo una rampa (plano inclinado) y los hace subir.

En varias ocasiones Juan encuentra algún auto u objeto con stickers o calcomanías, las toca y las saca; otra superficie con la que busca contacto separando el papel de las mismas.

En entrevistas con su mamá ésta refiere: “desde que viene a T.O. empezó a jugar con autos en casa” algo que antes no hacía. Le pregunto si ella interviene, si juega con Juan. Me dice que no sabe, porque como Juan no habla no sabe como acercarse. Le sugiero consignas precisas de cómo aproximarse, hablándole, armándole algún juego o historia en relación con los autos con los que elige Juan.

Sentí que ésta mamá necesitaba que se la acompañe en el camino del intercambio con su hijo...

En el tratamiento comenzamos a utilizar una hamaca paraguaya como estímulo vestibular. Juan disfruta de la sensación que le produce éste tipo de movimiento. Incorporo unas mantas y lo tapo, armamos un juego de aparecer y desaparecer, Juan se ríe y se tapa buscando desaparecer para volver a encontrarme.

En varias sesiones Juan viene y se queda como muy pendiente del espejo. Si busca algún juguete lo mira a través del mismo o se sube a la rampa, se sienta y desde allí observa a sus pares con quienes comienza a compartir la sesión. A éste espejo le coloco una cortina de viole transparente, jugamos con esto a poder a observar a tras luz, a través de un velo. Utilizo otro con el cual me tapo el rostro, jugamos a aparecer y desaparecer, pero también voy marcando que un velo nos separa, una distancia entre dos cuerpos. Juan se ríe, toca las partes de mi rostro, se las nombro y luego hago lo mismo con el.

Cuando Juan se hamaca incorporo bolsas de arena en diferentes partes de su cuerpo y se las nombro, con su mano me pide más, le gusta la sensación de contención, límite que le producen éste tipo de estímulos propioceptivos y si en ocasiones le saco alguna bolsa, se levanta, observa y busca donde quedó la misma.

En ésta última parte Juan al llegar a la puerta de T.O. en ocasiones no quiere entrar, se queda inmóvil, al preguntarle si quiere entrar, su mamá no da tiempo a una respuesta y lo empuja. Se trabaja con ella la necesidad de darle el tiempo que necesite y por sobre todo darle la posibilidad de elegir....

Últimamente si en sesión hay muchos estímulos, Juan se asusta y busca refugiarse, se

aferra a mí y sólo mira, si cambiamos a un lugar más tranquilo rápidamente busca los elementos y juguetes de su interés.

En éste período de tratamiento Juan ha realizado un recorrido importante con tiempos muy lentos, comenzó a delimitarse el mismo, a explorar superficies planas sin volumen (espacialidad bidimensional) y luego pasó a superficies inclinadas pero siempre, tocando, tomando contacto con ésta, bordeando, delimitando su cuerpo, algo por fuera de sí mismo, de lo indiferenciado al recorte del espacio.

Se implementaron estímulos propioceptivos que brindan contención, presión, ya que diversos autores describen en el autismo déficits en el procesamiento sensorial, percepciones distorsionadas con hiposensibilidad o hipersensibilidad a los estímulos. El sistema propioceptivo permite una mayor organización del cuerpo en el espacio.

Se puede pensar el proceso realizado por Juan en relación al yo piel de Anzieu quien designa a éste término como una figuración de la que el niño se sirve en los primeros momentos de su desarrollo para representarse a sí mismo como un yo que incluye los contenidos psíquicos a partir de su experiencia de superficie de cuerpo.

Anzieu define 9 funciones del yo piel pero toma principalmente tres. La primera es la de la bolsa que contiene lo bueno que el niño recibe de la función maternante. La imagen de la piel como saco emerge en el bebé como resultado del juego entre él y la madre. Este saco será tanto más seguro cuanto más adecuadas sean las respuestas maternas.

La segunda actúa como límite con el afuera como barrera que protege y defiende de agresiones y finalmente la tercera que tiene que ver con el intercambio con los otros.

En la historia de Juan algo ocurrió para que la función materna no fuera lo suficientemente continente. Esta contención que le permitiría un equilibrio interno con los estímulos, al no lograrla se pierde, lo invaden y se diluye, no permitiéndole interactuar.

Conclusiones:

A través de las estrategias de tratamiento y de las intervenciones con la mamá se está trabajando para que se pueda desarrollar un intercambio diferente entre Juan y su madre. Paralelamente con los juegos de aparecer-desaparecer Juan está pudiendo simbolizar esbozos de presencia-ausencia de su mamá, de separación. El proceso de formación de superficies y el poder delimitar su cuerpo en el espacio contribuyen a desarrollar la función de individuación del sí mismo.

Referencias bibliográficas:

- Ricardo Rodulfo, 1991. "El niño y el significante". Piados (Buenos Aires). 120-138.
- Donald Winnicott, 1982. "Realidad y Juego". Gedisa. (Barcelona) 2ª Edición**
- Anne Fisher, Elizabeth Murray, Anita Bundy, 1991. "Sensory Integration" Theory and Practice. F.A.Davis Company. (Philadelphia).**
- Ricardo Jarast, 1990. "El yo piel psicótico" Diarios Clínicos. Psicosis en la infancia. Lugar Editorial. (Capital Federal) I 107-113

TITULO:

“UN PASAJE POSIBLE EN LA CLÍNICA DE NIÑOS CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO”

AUTORA: T.O SILVINA HUNT

E-mail: shunt@berkley.com.ar

INSTITUCIÓN:

Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

Depto. de Rehabilitación. Sección: Terapia Ocupacional

Ramón Carrillo 315.CP: 1275 TE: 4305-6108 Fax: 4304-2692

Ciudad de Buenos Aires

E-Mail: Tobardirección@buenosaires.gov.ar

Resumen:

En nuestra práctica con niños pequeños resulta muy complicado afirmar un diagnóstico en una etapa inicial.

El dispositivo de Hospital de Día en nuestra institución es concebido como un tratamiento ambulatorio para aquellos niños que presentan severos trastornos del desarrollo.

La demanda de tratamiento solicitada por los padres y/o tutores surge fundamentalmente a partir de la imposibilidad del niño de circular en el afuera. Dada esta problemática la familia también comienza a sufrir recortes en la cotidianeidad, restringiendo sus espacios de socialización y relaciones interpersonales.

Introducción:

Desarrollo:

El dispositivo de Hospital de Día en nuestra institución es concebido como un tratamiento ambulatorio para aquellos niños que presentan severos trastornos del desarrollo. La demanda de tratamiento solicitada por los padres y/o tutores surge fundamentalmente a partir de la imposibilidad del niño de circular en el afuera cuya problemática también afecta a la familia que comienza a sufrir recortes en la cotidianidad, restricción en sus espacios de socialización y relaciones interpersonales.

Melanie ingresa al hospital en febrero del 2001 derivada por su Obra Social, donde en la primera consulta le diagnostican Autismo. Ante esto la mamá decía: "Yo no sé de este tema, pero sé que es grave". En nuestro hospital efectúan la admisión por Consultorios Externos y a partir de esta es derivada a Hospital de Día, Neurología y Fonoaudiología. En julio del 2001, a los 4 años de edad, es derivada a T.O por el Servicio de Htal de Día turno tarde.

Durante la entrevista de admisión en T.O la mamá relata: "empezamos a notar las principales dificultades de Mélanie cuando cumplió dos años y aún no hablaba. Tenía fuertes berrinches, lloraba muchísimo, no podíamos consolarla y nadie podía pararla. Cabe aclarar que durante esa época Mélanie sufrió reiterados broncoespasmos.

Refiere su mamá: "Cuando comenzó a hablar, sus primeras palabras fueron, mamá, papá, ¿dónde está? Haciendo alusión al chupete. Desde hace un tiempo repite lo que decimos nosotros..." "A los 3 años inició el jardín, pero no se integraba con otros niños, siempre jugaba sola".

"En casa juega con las cartas de las chicas superpoderosas y con los juguetes del hermano, con quién se pelea habitualmente. Le gusta ayudarme a poner y levantar la mesa. También le gusta ir a la plaza donde corre de un lado a otro sin parar".

Mélanie es la hija más pequeña de Emilia y Orlando. El parto fue normal, a término, tomó el pecho hasta el año y medio, caminó al año y dos meses y controló esfínteres al año y 4 meses.

Orlando, su papá, de 47 años es albañil, ex alcoholico. Actualmente trabaja en una Asoc. Civil que formó con sus hijos mayores. Emilia, su mamá, de 46 años, es ama de casa. Su padre también era alcoholico y golpeador. Tiene seis hermanos, de los cuales 3 no viven con ellos

Con relación a las AVD:

Agrega su mamá: "ahora no tiene dificultades para comer, antes solamente tomaba la

leche si se la dejaba sola, sentada en el piso, al lado de la TV. Ahora se sienta y comparte la cena con nosotros”. “Yo la ayudo cuando se baña y ella puede vestirse sola”.

Tratamiento en T.O.

Primer momento: Mélanie entra al consultorio alegre, casi siempre está sonriendo, durante la sesión corre de una punta a otra diciendo palabras en un tono muy bajo, algunas incomprensibles.

En estas idas y vueltas arroja su cuerpo sobre una pelota, un rodillo, una colchoneta, sube y baja de la rampa y por momentos acompaña estas acciones con gritos agudos como manifestando alegría. Mientras realiza sus desplazamientos señala un objeto para ella conocido y dice “uy mirá un plato, uy mirá una pelota...”.luego los deja y continúa corriendo.

Invito a Mélanie a jugar con algunos de los objetos que conoce por ser parte de su vida cotidiana, tazas, cucharas, platos, cocina, vasos, alimentos, etc.

Los nombra mientras los reparte entre las dos, quedándose ella casi con la mayoría, al hacerlo verbaliza “este es mío” y marca una fuerte separación entre su lugar, sus objetos elegidos y lo mío. Convoco a Mélanie a armar una escena de juego, acotando el espacio y ofreciéndole estos objetos, puede dejar de desplazarse. Más adelante incorpora muñecas como nuevas integrantes, pidiendo en casa sesión jugar a “hacer la comida”.

Durante esta escena de juego habla casi todo el tiempo dirigiéndose principalmente a su muñeca, su lenguaje es limitado y cuando construye frases más largas no se entiende que dice. Intervengo tratando de incorporarme a esa escena, me dirijo a ella enunciando oraciones cortas y claras, ofrezco, invito, propongo, hago comentarios, siempre con relación al juego de “hacer la comida”.

Segundo momento. Jugar a la mamá!!!

Todavía se mezclan las corridas y desplazamientos de Mélanie en el consultorio con las nuevas escenas de juego. Ahora ella elige una de las muñecas como su bebé y busca unos objetos para ambas, le da de comer, me pide ropa para bañarla y cambiarla, arma salidas, paseos y festejos. Su vocabulario es más amplio, la comunicación más clara, comienza entre nosotras una mayor interacción a través de este juego.

La dificultad con el lenguaje se presenta principalmente cuando no comprende lo que le digo, se queda como confundida o perdida, respondiendo en forma incorrecta o diciendo palabras poco claras.

Tercer momento. Y ahora a pintar!!!

Mélanie arma nuevas escenas de juego donde la acción de pintar ocupa un lugar central. Me pide pinturas para maquillar su rostro, el mío y el de las muñecas que son nuestras hijas. Compartimos este momento de encuentro como nuestra preparación para ir a un paseo o a una fiesta de cumpleaños.

En esta tercera etapa observo una clara diferencia en cuanto a la inclusión del otro en el juego, como también en su posibilidad de ofrecer, compartir e intercambiar los objetos de pertenencia. Ahora al hablar casi siempre se dirige a mí.

Además de pintarnos el rostro Mélanie deja sus marcas sobre, hojas, cuentos, computadora y pizarra. Se reconoce autora de cada una de estas producciones y en algunas de ellas ha escrito su nombre con mi ayuda.

En una sesión, Mélanie dice: “¿...hoy podemos pintar? quiero hojas, crayones y pinturas. Vamos a hacer una casa, yo hago una y vos haces otra”...Dibuja una casa completa, el sol, las nubes, árboles, flores y dos nenas con todas las partes del cuerpo. Me pide que le muestre la casa que yo dibujé y dice: ...“Silvina, así no es una casa, eso parece una escuela...”.

A un año de tratamiento Mélanie puede hacer otros recorridos. En T.O no necesita de esos desplazamientos continuos, vacíos, dejando caer su cuerpo sobre cada objeto que le ofrece resistencia o realizando acciones casi sin sentido que imposibilitan el encuentro con otro. Ahora Mélanie puede elegir “jugar con otros”.

Conclusiones:

Uno de los fundamentos en nuestro trabajo clínico es el ambiente facilitador, entendido como el espacio que engloba las condiciones necesarias para que se construya una escena, bienestar y seguridad, selección y ofrecimiento de objetos y estímulos, contando con un otro que acompaña cada momento del transcurrir de un niño. En T.O utilizamos el juego como medio de tratamiento, nos ubicamos como mediadores, decodificando las necesidades y sosteniendo lo que cada niño trae a sesión, ofreciendo así una oportunidad de encuentro.

Mélanie es una niña que ingresó al hospital con un diagnóstico de autismo en función de sus dificultades para relacionarse con otros pero, por nuestra práctica con niños pequeños resulta complejo aseverar un diagnóstico en una etapa inicial. El haber tenido una mirada diferente nos permitió replantear el diagnóstico de inicio y pensar hoy a Mélanie como una niña disfásica.

Y permitió a esta niña realizar un pasaje tanto en relación a un **lugar** como a un **diagnóstico** para comenzar a transitar un nuevo camino.

Bibliografía.

“Realidad y Juego”. D. Winnicott.

“Entre objetos y escenas: hacia un encuentro posible”. Equipo de T.O. Hospital Tobar
García. 1996.

MESA 2

MESA DE COMUNICACIONES

CIENTÍFICAS

COMUNIDAD

TITULO: “INTENTANDO TRABAJAR EN CRISIS”

AUTORAS:

T.O ADRIANA SLAIFSTEIN

E-mail: adrianaslaifstein@hotmail.com

T.O. FABIANA FENOGLIO

E-mail: fabifenoglio@yahoo.com.ar

T.O. MÓNICA SAGRERA

E-mail: monica_alicia_sagrera@hotmail.com

LIC. PS. MARIANA FARIÑA

INSTITUCIÓN:

Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José T. Borda

Avda. Ramón Carrillo 375 Ciudad de Buenos Aires

**Servicio n° 48 Terapia Ocupacional y Servicio de Atención
Psicológica y Psicoanalítica de las Crisis**

Tel: 4305-5083

Introducción:

Nuestro propósito es compartir la experiencia realizada por un equipo interdisciplinario en Salud Comunitaria en la zona Vuelta de Rocha, La Boca. El proyecto surge en 1999 como una propuesta de trabajo en comunidad, avalado por las autoridades de los Hospitales “Dr. José T. Borda” y “Dr. Cosme Argerich”.

La tarea se centra en priorizar las estrategias de promoción y prevención de la salud a la que entendemos como un derecho. En función de ello la modalidad de trabajo se basa en:

-Instrumentar acciones relacionadas con la Atención Primaria de la Salud, teniendo como objetivo la salud en forma integral. -Crear ámbitos de participación social entre los efectores y la comunidad. -Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud. -Garantizar la presencia del equipo en el Barrio. -Elaborar proyectos que surjan de la planificación en conjunto con la comunidad. -Socializar la información que facilite el trabajo en red e indicar derivaciones que permitan la consulta precoz. -Promover la participación de la comunidad, favoreciendo las relaciones interinstitucionales e intersectoriales.

Realizado el diagnóstico comunitario se han detectado las siguientes necesidades: Desconocimiento del derecho a la salud, Dificultades para acceder a los servicios de salud, Enfermedades infecto-contagiosas producidas por condiciones ambientales, Deficiencias habitacionales (conventillos), hacinamiento, falta de agua, deterioro del sistema cloacal, Irregularidades en la ocupación de las viviendas, Alto índice de desocupación y subocupación.

Los problemas de salud han sido abordados desde diferentes lógicas, para su comprensión tomamos como marco la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires⁴ y la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Bs. As.⁵ Entendemos la Salud desde una concepción integral, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y medio ambiente. Concebimos la salud comunitaria como una estrategia cuyos rasgos esenciales son fundamentalmente éticos y epistemológicos, que propone priorizar las necesidades de la población, y la planificación de actividades en conjunto.

⁴ Ley 153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 1999.

⁵ Ley, Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires,...

El objetivo general es promover el mejoramiento del nivel de salud y de vida de la población de la zona, a través de una estrategia de trabajo en Salud Comunitaria, respetando la dignidad e identidad individual y cultural, identificando las necesidades y dificultades, para planificar acciones en conjunto.

Actividades realizadas:

En el año 1999, se conforma el equipo con profesionales de trabajo social, psicología y terapia ocupacional. Se comienza a recorrer la zona, el contacto con referentes barriales e instituciones permiten elaborar un diagnóstico comunitario y se delimitan tres casas de inquilinato (conventillo), para iniciar el abordaje en salud comunitaria.

Durante el año 2000 comienza la tarea en los tres conventillos, (con una población de 100 personas), con la modalidad “puerta a puerta”, reuniones en los patios, talleres y jornadas de limpieza.

A partir de las necesidades detectadas se impone el intercambio con profesionales de otras disciplinas, como arquitectos, abogados.

En el transcurso del 2001, se suma a la tarea la organización de un “Curso de formación de Promotores de Salud Comunitaria”, con el objetivo de ampliar la cobertura de trabajo del equipo de salud mediante la incorporación de vecinos, lo cual lleva a la población de la zona a implementar acciones básicas de promoción y prevención. Se delimitan para el trabajo de campo, 25 manzanas de la zona.

En el año 2002 se realiza un “Curso de Promotores de Salud Comunitaria y Saneamiento Ambiental”, implementándose acciones de: -prevención en salud bucal para niños de 0 a 6 años. - Control de peso y talla para niños de 0 a 6 años. - Saneamiento Ambiental en las 25 manzanas delimitadas. -Acercamiento a actividades culturales. -Difusión, a través de un video participativo. Además se crea un espacio para la población adolescente, con cursos de informática.

El desarrollo de estas actividades requiere el intercambio constante con otros equipos de trabajo, tanto en la planificación como en el desarrollo de las mismas.

En estos años de trabajo se observan cambios con relación a la participación social y articulación de los recursos comunitarios e institucionales, permitiendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos ciudadanos.

En los promotores se evidencia un posicionamiento diferente, en relación: a la tarea, al grupo, a la comunidad y al equipo profesional. Muchos de ellos, salen por primera vez a desarrollar una actividad fuera de sus casas. En otras situaciones ésta tarea ocupa el lugar del trabajo perdido. Salir de sus casas, encontrarse con otros e intercambiar,

ubicarse en situación de aprendizaje y de agente multiplicador, el grupo deja de referirse solo al equipo profesional para intercambiar entre sí y con otros, identificando sus intereses, que se aúnan en proyectos.

Se intenta reestablecer los lazos sociales, frente a la ruptura de los mismos por la situación socio-política, el descrédito de las instituciones, la función paterna del Estado venida a bajo con los hechos sociales, por esto, la intervención en salud comunitaria apuesta al fortalecimiento de los lazos sociales: cooperación, proyectos comunes. Conocer y poner en práctica los derechos ciudadanos, que son la base de la Constitución.

Con la intención de pensar sobre esta temática, queremos compartir un breve relato:

Una mañana de noviembre entre planillas de asistencia, folletos informativos, balanzas, fichas odontológicas, se comentan las dudas y deseos sobre un festejo de fin de curso.

Se reflexiona sobre la posible planificación del mismo, intentando buscar respuestas a las diferentes preguntas en forma conjunta.

Días después, chistes, murmullos, secretos, nos mostraban la apropiación de la organización del festejo por parte de los promotores, pasando a ser los “anfitriones” del evento que se realiza el viernes 20 de diciembre por la noche.

Fecha imposible de olvidar. , cortes de rutas, piqueteros que reclaman, rumores de saqueos, inseguridad. Parece imposible abstraerse de los hechos ocurridos un año atrás y sus consecuencias en la población. Sin distinción, a todos, con matices diferentes, la crisis irrumpe abruptamente. Durante este año cotidianamente nos enfrentamos con la realidad de un país desbastado, donde la moneda corriente es el dolor, la desesperanza y la imposibilidad de proyectarse.

Ese viernes nuestro salón cobra otra forma, la continuidad de la nueva apuesta estaba allí, en un gran salón de fiestas, globos, música, comida, bebida y los promotores de salud junto a sus familias, en un gran festejo.

Risas, baile y una guitarreada que une al médico y al promotor en una sola voz.

En medio del festejo, se pide silencio, resuenan sus voces en una grabación de un espacio radial de FM. La Boca...ese día, ese viernes, los promotores de salud comunitaria, se acercaron a la radio, se dieron a conocer, dieron cuenta del camino recorrido a pesar de los obstáculos, promocionaron la salud..., lleno de agradecimientos al equipo profesional. ¿Quiénes tienen el saber?, ¿Quiénes tienen que agradecer?

Con esto, se cierra un tiempo de trabajo, y a la vez se abren grandes posibilidades para afianzar los objetivos planteados por el Equipo. Se sigue apostando al desafío de profundizar la participación y organización ciudadana, tan necesaria para fortalecer los lazos sociales de la comunidad y propiciar cambios...

Bibliografía

COLTOA Grupo Editor. Recopilación. "Trabajo y Comunidad", Terapia Ocupacional. Bs.As, 1999.

DI VIRGILIO, Mercedes, Lanzetta, Máximo y Redondo, Adriana. "Con el corazón mirando al Sur". Con relación al proceso de renovación urbana del barrio de La Boca. Revista de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Bs.As, N° 44, nov.2000.

GALENDE, Emiliano. Psicoanálisis y Salud Mental. Edit. Paidós. Bs.As,1987.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Ley 153. Bs.As 1999.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires, 1999.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Ley 448. Bs. As 2000.

LOPEZ, Artemio. "El nuevo mapa de la pobreza porteña I y II". Cuadernos N° 41 y 42, ATE / IDEP, 1996.

LOPEZ, Artemio. "El mapa de la pobreza I". Población con NBI, por distrito escolar, barrios y cordones socioeconómicos. Abril 1996.

LOPEZ, Artemio, "El mapa de la pobreza II". Mortalidad Infantil, descolonización y población asentada en villas de emergencia, por barrios y cordones, circunscripción y distritos. Junio, 1997.

OPS-OMS. "Carta de los años 80". Salud para todos en el año 2000.

OPS-OMS. "Planificación Local Participativa". 1999.

OPS. "Temas de Salud Mental en la Comunidad". 1992.

TESTA, Mario. "Pensar en Salud". Lugar Editorial. Bs. As 1990.

TITULO:

“TERAPÉUTICA OCUPACIONAL EN EL CAMPO SOCIAL: CONSTRUYENDO CAMINOS Y RESCATANDO PROYECTOS CON ADULTOS QUE VIVEN EN CALLES”

AUTORAS:

T.O DEBORA GALVANI

E-mail: deboragal@uol.br

DRA. T.O DENISE DIAS BARROS

E-mail: ddbarros@usp.br

DRA. T.O ROSELI ESQUERDO LOPES

E- mail: relopes@power.com.br

T.O TIY DE ALBUQUERQUE MARANHÃO REIS

E-mail: tiyreis@bol.com.br

INSTITUCIÓN: Asociación Mí Calle Mi Casa.

San Pablo Brasil

Resumen

El trabajo pretende exponer la experiencia de la asociación entre el Projeto Metuia y la Associação Minha Rua Minha Casa - AMRMC. El Projeto Metuia es un grupo interinstitucional de estudios, formación y acciones por la ciudadanía de niños, adolescentes y adultos en procesos de ruptura de las redes sociales de soporte que han producido reflexión sobre la situación de la actuación extra clínica y territorial en el campo social, además de una comprensión más profunda de la población de calle y sus espacios de circulación. La AMRMC está ubicada en la ciudad de São Paulo/Brasil y se destina a la atención de población adulta de calle en la región del Glicério, parte central de la ciudad. La AMRMC atiende cerca de 150 personas por día, constituyéndose un espacio de convivencia, acogida, realización de actividades del cotidiano y de producciones colectivas relacionadas a formas de emancipación y construcción de ciudadanía para aquella población. Pesquisas recientes demuestran que la ciudad de São Paulo tiene cerca de 10.000 personas viviendo en la calle. Se considera en situación de calle tanto la persona que usa los lugares públicos como local de vivienda y para actividades cotidianas (dormir, alimentarse y trabajar) como aquella que duerme en albergues por no tener morada autónoma. Nuestro objetivo es relatar y discutir las acciones que han sido realizadas en esta asociación, así como desdoblarla para la enseñanza, la pesquisa y para la construcción de propuestas de intervención. Se trata de un ejemplo de asociación entre Universidades y ONGs, que aumenta la asistencia y reflexión compartida en un campo de frontera (público y privado, psíquico y social), que nos confronta con la necesidad de construir abordajes que articulen diferentes campos del saber y que se efectivizan a partir de un constante y desafiador diálogo con la práctica en territorio.

Terapéutica Ocupacional en el Campo Social: construyendo caminos y rescatando proyectos con adultos que viven en calles.

La Associação Minha Rua Minha Casa (Asociación Mi Calle Mi Casa)-AMRMC- fue creada en 1994 en asociación con miembros del Pensamento Nacional das Bases Empresariais (PNBE) e Organização de Auxílio Fraternal (OAF)- ONG (Organización no Governamental) que actúa desde 1946 junto a la población que vive en calles.

La AMRMC desarrolla sus actividades bajo el viaducto en espacio cedido en comodato por la Prefeitura do Município de São Paulo (la Intendencia del Municipio de São Paulo). Un convenio con la Intendencia, donaciones regulares y esporádicas, eventos promovidos por el PNBE para captación de recursos y el trabajo del equipo de voluntarios forman el soporte económico para los servicios que presta. Todos los días, entre 8:00 y 18:00 horas, cerca de 150 personas son recibidas por la AMRMC donde realizan actividades culturales, de ocio y de la vida cotidiana (higiene personal, alimentación). A partir de eso, se crean posibilidades para la participación en grupos de discusión (como alcohol y drogas) o en proyectos de generación de renta, entre otros.

El equipo es multidisciplinar y compuesto por educadores, asistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo y una coordinadora. El trabajo de un cuerpo de cerca de 40 voluntarios posibilita la ampliación de programas educativos, de ocio, culturales o de servicios más especializados como atención psicoterapéutica y orientación jurídica. Para los voluntarios han sido programados cursos de corta duración de capacitación, de reciclaje y supervisiones semanales.

En julio de 2000, la AMRMC, el Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional de la Faculdade de Medicina de USP y el Departamento de terapia Ocupacional de la Universidade Federal de São Carlos - Núcleo USP/UFSCar del Projeto Metuia- pasaron a desarrollar una asociación direccionada a la asistencia, la enseñanza y más reciente, a la pesquisa.

Este trabajo ha abierto nuevas posibilidades para la acción territorial en terapéutica ocupacional en el campo de la acción social cuya característica interdisciplinar permite ampliar horizontes y el campo de actuación. Además, nuevas

bases epistemológicas⁶ son exigidas en el sentido de redefinir categorías fundadoras de la terapéutica ocupacional tales como ocupación, trabajo, actividades, que se tornan términos relacionales contextualizados, inseridos en la dinámica social que les es propia.

Acciones realizadas en asociación por la AMRMC y Projeto Metuia.

1. Enseñanza:

La asociación establecida entre las universidades y la AMRMC ha traído posibilidades de experimentaciones para alumnos de diferentes niveles de la graduación de los Cursos de terapia Ocupacional de USP y UFSCar los cuales participan en diversos momentos de la rutina institucional.

2. Programas y propuestas de atención relacionadas a T.O.:

Una parte del programa de la AMRMC es realizado a través de la contribución directa de la TO. Estas actividades son colectivas, pensadas a partir de proyectos personalizados y definidos con cada usuario según su necesidad de experimentación, necesidades relacionales y/o de formación. En algunos de esos espacios como el periódico interno, la importancia de la comunicación interna dentro de la propia institución es privilegiada.

La Gazeta da Associação Minha Rua Minha Casa, tiene entre sus objetivos crear un espacio más de expresión para el usuario del servicio a través del cual pueda comunicar sentimientos, opiniones y divulgar producciones propias (letras de música, poesía, chistes, dibujos, textos etc). Son realizadas reuniones semanales y contacto con los usuarios no integrantes del equipo de redacción en que son captadas materias y entrevistas y divulgados el grupo y la propuesta. Así, se amplian las posibilidades de contacto con la población y también se constituye en importante medio de reconocimiento demandas más colectivas, del amplio conjunto de personas que pasan por aquella institución diariamente.

La cuestión del trabajo es discutida particularmente en la Unidade Produtiva que es un programa de generación alternativa de renta. Es un primer espacio para el artesano que vive en la calle, ofreciendo espacio físico para el trabajo y armarios individuales donde puedan ser guardados materiales y herramientas; son ofrecidos cursos y espacios de experimentación, buscando, con eso, contribuir para la reorganización de su esquema de trabajo y crear nuevas posibilidades de generación de renta.

⁶ Para aprofundar esa questão verificar as referências BARROS, D.D., GHIRARDI, M. I. G., LOPES, R.E. (1999 e 2002) e GALHEIGO, S. M. (2003)

La TO ha sido igualmente fundamental en los procesos de acogida que incluyen desde identificación de demandas más específicas de la persona atendida pasando por encaminamientos de salud, de capacitación, de documentación, entre otros, hasta el acompañamiento personalmente del usuario a fin de ser, cuando necesario, un facilitador de su contacto con otras instituciones, servicios o en programas de la propia AMRMC. Conforme se da esa aproximación, es posible iniciar un estudio conjunto con la persona en el sentido de construir proyectos de vida individualizados, utilizando el equipaje social de la ciudad como respaldo.

3. Pesquisa:

La presencia de la universidad ha facilitado el desarrollo de estudios que vienen de encuentro a las necesidades del servicio, además de permitir la integración con la enseñanza y la asistencia. Conocer de manera aprofundada las características de la circulación de la población que vive en calles que frecuenta la AMRMC, ha sido una propuesta que surgió de la evaluación conjunta entre los profesionales y estudiantes de las instituciones involucradas. Se identificó la necesidad de busca de comprensión de la red de apoyo y las redes de sociabilidad y solidaridad que se construyen, organizando el cotidiano y las estrategias de sobrevivencia.

Se busca comprender las estrategias recorridas por las personas que se encuentran viviendo en calles con relación a morada, a la alimentación, a la salud, a la generación de renta y al ocio, bien como singularizar las demandas de esas personas con relación a su cotidiano, a las expectativas con relación a la institución y sus proyectos personales de vida, Se busca subsidiar la creación de nuevos proyectos para la AMRMC a partir de las observaciones y datos obtenidos a través de esos levantamientos.

La propuesta desafío es pensar, a partir del trabajo que ya es realizado en la AMRMC, formas de producir conocimiento y acciones con relación a las demandas específicas de esa población, de manera a realizar intervención social en relaciones de ciudadanía, de acogida individual, buscando la atención en el territorio y la comprensión cada vez más articulada entre los múltiples aspectos que componen el fenómeno social en que se constituye la población que vive en calles en la ciudad de São Paulo. Se ha producido una metodología de trabajo en Terapéutica Ocupacional en que las propuestas y proyectos son creados a partir de las demandas de los usuarios, en busca de soluciones creativas para el cotidiano en la calle o en otros universos que puedan ser explorados. En estos contextos buscamos superar el paradigma salud-enfermedad

comprendiendo la creación de un nuevo campo de actuación de la terapéutica ocupacional atendiendo las necesidades de una población que se encuentra fuera de la esfera de la salud, transformando la concepción da Terapéutica Ocupacional como una profesión exclusivamente de la salud.

Referencias Bibliográficas

- BARROS, D.D., GHIRARDI, M. I. G., LOPES. R.E. Terapia ocupacional e sociedade. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, V.10, n.2-3, p.71-76, 1999.
- BARROS, D.D., GHIRARDI, M. I. G., LOPES. R.E. Terapia Ocupacional Social, **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, V. 13, n 2., 2002. (no prelo)
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.) **SaúdeLoucura**, n.4. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 21-48.
- CASTEL, R. As transformações da questão social. In: BELFIORE-WANDERLEY, M., BÓGUS, L., YAZBEK, M. C. (Org.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997. p. 161-190.
- GALHEIGO, S. M. O social: Idas e vindas de um campo de ação em Terapia Ocupacional. In: PADUA, E.M.M.E. e MAGALHÃES, L.V. (organizadores) **Terapia Ocupacional: Teoria e Prática**, Campinas, Papyrus, 2003.
- GALVANI, D. **Movimento de luta por moradia urbana: a criança também ocupa seu espaço**. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização Práxis Artística e Terapêutica, interfaces entre arte e saúde. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. (mimeo)
- SNOW, D.A. e ANDERSON, L. **Os desafortunados: um estudo sobre o povo de rua**. Petrópolis : Vozes, 1998.

TÍTULO:

“PARTICIPACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROYECTO DE ASESORAMIENTO JURÍDICO FAMILIAR EN CENTROS DE ACCIÓN FAMILIAR”

AUTORAS:

T.O VIVIANA ALBINA PRADOLINI

E-mail: vivianap@fcb.unl.edu.ar

T.O VANINA MARGARITA ABI SAAD

T.O ANDREA ALEJANDRA BUSTOS

INSTITUCIÓN:

Escuela Superior de Sanidad. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral. Ciudad Universitaria. Paraje El Pozo, 2° piso, Teléfono: 0342/ 4575215, Fax: 0342/ 4575222. 3000, Santa Fe.

Resumen:

Experiencia de participación en el Proyecto “Asesoramiento Jurídico Familiar en los Centros de Acción Familiar”, Proyecto de Extensión de la Universidad Nacional del Litoral.

Abordaje conjunto de las disciplinas de derecho, servicio social y terapia ocupacional de las problemáticas familiares de la población en situación de pobreza, beneficiarios directos e indirectos de cinco Centros de Acción Familiar de la Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia, en la ciudad de Santa Fe. Se brinda servicios de consultoría gratuitas y talleres de promoción y prevención.

T.O. propuso:

- Aportar otros contenidos temáticos referidos a la población, el contexto de abordaje y la metodología de intervención.
- Transferir la metodología de supervisión de las prácticas profesionales de T.O.

La inclusión introdujo una mirada integral, priorizando la formación de los pasantes y la perspectiva institucional y comunitaria del trabajo.

Resulta una oportunidad de aprendizaje personal y de crecimiento y expansión de la comunidad profesional.

.
.

Resumen

El propósito es compartir la experiencia de participación en el Proyecto “Asesoramiento Jurídico Familiar en los Centros de Acción Familiar”, Proyecto de Extensión de Interés Social, de la Universidad Nacional del Litoral. En el mismo, las disciplinas de derecho, servicio social y terapia ocupacional, se proponen el abordaje conjunto de las problemáticas jurídicas familiares de la población en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de los servicios de consultoría gratuita y talleres de promoción y prevención, en cinco Centros de Acción Familiar dependientes de la Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia de la ciudad de Santa Fe. Su duración comprende desde mayo del 2002 hasta marzo del 2004.

Según la evaluación realizada por T.O. sobre la planificación y desarrollo del mismo, propuso:

- Aportar otros contenidos: caracterización de la población y del contexto, análisis de la demanda, criterios de admisión y encuadre del consultorio, procedimientos y estrategias de intervención, roles profesionales y grupales.
- Transferir la metodología de supervisión de las prácticas profesionales en T.O, posibilitando la contención y orientación de los pasantes, el trabajo grupal de los distintos equipos y el conocimiento e intercambio de los campos disciplinares.
- Coordinar clases talleres que resultaron un espacio para la reflexión y socialización de las experiencias y una oportunidad para el aprendizaje de búsqueda de soluciones ante las situaciones problema planteadas, según la evaluación realizada por los pasantes de derecho y servicio social.

De la participación se aprecia que:

- La inclusión de T.O. es pertinente y enriquecedora. Posibilitó introducir una mirada más integral y abarcativa del proyecto, priorizando la formación de los pasantes y las perspectivas institucional y comunitaria del trabajo.
- Atreverse a explorar nuevos ámbitos de inserción puede ser una oportunidad de aprendizaje personal, y de crecimiento y expansión de la comunidad profesional.

Desarrollo del Trabajo:

- Introducción:

El propósito de la presentación es compartir la experiencia de participación en el Proyecto “Asesoramiento Jurídico Familiar en los Centros de Acción Familiar”, evaluada y aprobada en la presentación de Proyectos de Extensión de Interés Social Convocatoria 2002 – 2003, en el marco del Programa Universidad y Calidad de Vida de la Universidad Nacional del Litoral. En el mismo, las disciplinas de derecho, servicio social y terapia ocupacional, se proponen el abordaje conjunto de las problemáticas jurídicas familiares de la población en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de los servicios de consultoría gratuita y talleres de promoción y prevención en cinco Centros de Acción Familiar, dependientes de la Dirección Provincial del Menor, la Mujer y la Familia de la ciudad de Santa Fe.

El proyecto fue iniciado en mayo del 2002 y se prevé su implementación hasta marzo del 2004. Se desarrolla en cinco Centros de Acción Familiar, los que fueron seleccionados según los criterios de ubicación en zonas periféricas de mayor criticidad y la cercanía de otros C.A.F. Estas instituciones son centros de día que atienden prioritariamente a niños y familias en situación de riesgo social, brindando los servicios de cuidados materno infantiles, apoyo escolar, alimentación, recreación y talleres para adultos y adolescentes en el abordaje de temas específicos y/o en coordinación con otros programas u organizaciones comunitarias. Ninguno de los treinta centros de la provincia cuenta con las modalidades de servicios que presenta este proyecto, de allí la importancia, pertinencia e innovación que de él resulta.

El equipo de trabajo está conformado por la directora del proyecto, abogada especialista en Derecho de Familia y docente, cinco egresadas y treinta alumnos de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, una docente y cinco alumnas de la Escuela de Servicio Social, una docente y cinco pasantes (una alumna y cuatro egresadas) de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Los miembros del mismo, se dividen en cinco equipos territoriales, uno por cada institución.

El Proyecto tiene un doble carácter:

- De Servicios: donde se realizan las siguientes acciones:

Consultorios jurídico familiares funcionando periódicamente en cada C.A.F.

Talleres de formación con niños y adolescentes sobre sus derechos en el ámbito de cada C.A.F.

Talleres de formación con familiares y personas de la comunidad sobre derechos y

obligaciones familiares, en particular violencia familiar.

Talleres de capacitación para directores y personal del C.A.F.

Actividades abiertas a la comunidad: concurso de dibujos, obra de títeres y otras para la difusión de los derechos y su ejercicio.

- De Formación: donde alumnos y docentes desde cada especificidad disciplinar intentan compartir y construir conocimientos (contenidos, procedimientos y actitudes) para intervenciones conjuntas del ejercicio del rol profesional en situaciones reales de vida que se plantean en las consultas.

¿Por qué T.O. en este Proyecto? ¿Por qué la salud se incorpora al tratamiento del Derecho?

En la Declaración de Alma Ata se define a la salud como un derecho humano fundamental y un objetivo social, por lo que sería irreconciliable pensar la salud sin la promoción y aplicación de los derechos de las personas. Las situaciones de vida que atraviesan los niños, adolescentes y adultos en situación de riesgo social y/ o vulnerabilidad, ponen en peligro su presente y su futuro, su subjetividad, sus propios derechos, que los significan como personas, los “humaniza”. Entendemos que los derechos y deberes se ejercen en conductas ocupacionales, en los roles de vida familiares y ocupacionales, como niño, padre, madre, hijo, esposo, ciudadano, trabajador, estudiante, y otros. La realidad social en la que se inserta T.O. está invadida de situaciones sin derechos, por esto su participación resulta un compromiso ético.

¿Cuál es la inclusión de T. O en el proyecto ?

En los espacios de consultoría desde T.O. se aporta, con la presencia de las pasantes, una escucha y análisis de la demanda, así como también propuestas de estrategias y acciones para su resolución, desde otra perspectiva complementaria al asesoramiento jurídico. Las intervenciones más recurrentes son, la organización y adaptación de la información que se le brinda al consultante, cuando se observa un bajo nivel de desempeño de habilidades de procesamiento, comunicación e interacción y sociales; señalamiento y orientación en otras problemáticas asociadas; orientación en el uso de recursos comunitarios que sirvan como soporte y apoyo.

La evaluación realizada desde T.O. sobre la planificación del proyecto, las entrevistas de selección de los pasantes y su puesta en práctica, identificó la necesidad de orientación y capacitación de los pasantes, teniendo en cuenta que, para cada disciplina

representaba una innovación del ejercicio del rol profesional, dado por el aprendizaje de nuevos contenidos, procedimientos y actitudes surgidos de la interrelación de las mismas y la confluencia en espacios comunes (consultorio, C.A.F., barrios), más aún, para la carrera de derecho, en cuya formación de grado no se desarrollan prácticas profesionales. Por esto T.O. propone desarrollar algunas prácticas docentes, y actividades de aprendizaje relativas al área de prácticas profesionales con el objetivo de favorecer la reflexión y proyección del rol profesional de los pasantes de las disciplinas, implementando reuniones áulicas con la metodología de taller, con todo el equipo, docentes y pasantes. Como hallazgo, algunas pasantes de T.O. ejercieron funciones docentes en dicha propuesta, despertando en ellas interés y la integración en pasantías en docencia.

Conclusiones:

- Las clases talleres planificadas y coordinadas por la docente y pasantes de T.O. resultaron un espacio para la reflexión y socialización de las experiencias y una oportunidad para el aprendizaje de búsqueda de soluciones ante las situaciones problema planteadas, según la evaluación realizada por los pasantes de derecho y servicio social.
- La metodología de supervisión de las prácticas profesionales en T.O. se transfirió a diversos momentos y espacios del proyecto, posibilitando la contención y orientación de los pasantes, el trabajo grupal de los distintos equipos de trabajo y el conocimiento e intercambio de los campos disciplinares.
- Desde T.O. se realizaron estos principales aportes: la inclusión y perspectivas institucional y comunitaria del proyecto, caracterización de la población y del contexto, el análisis de la demanda, los criterios de admisión y encuadre del consultorio, procedimientos y estrategias de intervención, roles profesionales y grupales. Esto significó desplazar el énfasis puesto en el espacio del consultorio jurídico hacia una mirada más integral y abarcativa del proyecto.
- Los T.O. poseemos incumbencias y competencias específicas que nos permiten insertarnos en equipos de trabajo con otras disciplinas, no solamente de las ciencias de la salud.
- Atreverse a explorar nuevos ámbitos de inserción puede ser una oportunidad de aprendizaje personal, y de crecimiento y expansión de la comunidad profesional.

Referencias Bibliográficas

Astorga, A. y Van Der Bijl Bart. 1991. “Manual de diagnóstico participativo.” 2ª Edición. Editorial Humanitas. (Buenos Aires).

Chaiklin S. Lave J. 2001. “Estudiar las prácticas”. Editorial Amorrortu. (Buenos Aires).

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. 1989. “Cambio, formación y solución de los problemas humanos.” 6ª Edición. Editorial Herder (Barcelona)

MESA DE COMUNICACIONES

CIENTÍFICAS

SALUD MENTAL

**TITULO: “INSTITUCIONES PARA ADOLESCENTES:
OTRO MODO DE SEGREGACIÓN?”**

AUTORA:

T.O MARCELA SILVINA D' ÁNGELO

E-mail: marceladangelo@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito aportar a la reflexión con relación a las actitudes de quienes conforman las instituciones que se abocan a la promoción y/o readaptación de los adolescentes en situación de vulnerabilidad social.

Considera que estos niños desde el momento de nacer hasta que alcanzan la adolescencia realizan un recorrido por instituciones de salud, educación y de asistencia social que en la primera infancia procuran aportar al desarrollo integral de los mismos, y en la segunda infancia a la contención y sostenimiento en el sistema educativo. Estas propuestas de pronto hacen vacío y muestran al adolescente por fuera de las instituciones y el modo de retornar a ellas es desde el lugar de segregado, garantizando la vulnerabilidad: está en conflicto con la ley penal, no va a la escuela, no trabaja, anda en drogas.

El adolescente se acerca y necesita espacios donde encontrarse con sus pares, experimentar satisfacción de vida, desarrollar sus habilidades, sentirse “capaz de”, y comienza a modificar su mirada en la medida en que participa de ambientes significativos que procuran estos objetivos; y en consonancia con el modo en que cada adulto se sitúa ante ellos.

Los profesionales que se abocan al trabajo con los adolescentes construyen y sustentan sus prácticas de acuerdo a un entramado ético, filosófico, epistemológico- conceptual; cada uno desde la profesión que lo sustenta deviene de un desarrollo histórico y de las diversas prácticas que le otorgan significación a la intervención profesional. Este INSTITUIDO, el que reforzamos o alejamos en cada acto que ejercemos se suma al de los otros integrantes del equipo.

Revisar las actitudes de cada uno de los que conforman la institución y sostener espacios que permitan reflexionar acerca de las intervenciones profesionales pueden resultar un aporte real al proceso de promoción de los adolescentes.

Desarrollo:

A partir de la experiencia profesional realizada en distintos marcos institucionales que trabajan con adolescentes, sean éstos organismos públicos o privados, de carácter religioso o no, proteccional o correccional, que persigan la readaptación social, la promoción o la inclusión, resulta interesante poder reflexionar acerca de las actitudes de quienes forman parte de los mismos, personas con diversos niveles de jerarquía, de formaciones, de responsabilidades; quienes en cada acto, por acción y omisión van dejando su impronta en la vida de los adolescentes. El presente trabajo plantea dos líneas de análisis siendo la primera la siguiente: *¿Puede una institución promocionar desde el discurso y segregarse con la acción?*

En respuesta a este interrogante me permito acercarme a escenas de la vida cotidiana que resultan de la interrelación de los adultos con los adolescentes y que repercuten significativamente en el proceso de promoción:

La mirada de los adultos que descalifica la producción de un adolescente que en el marco de un proceso terapéutico donde se intenta favorecer la expresión y se valora la iniciativa, escribe poesías con errores de ortografía y de sintaxis o realiza dibujos con rasgos elementales que remontan a la infancia. El adulto que no puede ver en la producción del adolescente la emoción, el sentimiento, el deseo, que se pone en marcha cuando se anima a expresar.

Los contrasentidos, cuando desde el discurso se invita al adolescente a ser parte de la institución, a que todo lo que hay puede ser usado por ellos, por lo cual debe ser cuidado, y en la práctica se restringe, desde la desconfianza -a que rompa, a que ensucie, a que robe- ,el acceso y el uso de los espacios, elementos y materiales. Estas actitudes dificultan precisamente la posibilidad de generar pertenencia, a la vez, que limitan la exploración, el intento, y los aprendizajes de cada adolescente.

El gesto del adulto que solo piensa que el adolescente necesita orden y disciplina porque de lo contrario, “no te respeta”. Desconociendo que el respeto se construye con los adolescentes a través de un vínculo significativo, que incluye el afecto, el abrazo, la palabra, la risa, la escucha y el límite. Ya no es el niño que se calla y acepta, los adolescentes construyen su mirada acerca de la institución y cada uno de sus miembros, discernen acerca de los modos de intervención ante ellos y sus pares, pueden evaluar-nos, y formular juicios de valor en relación a la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.

La intolerancia del adulto ante el SER adolescente: de sus arrebatos, de su torpeza, de sus transgresiones, de sus códigos, de su energía, de sus tiempos- vertiginosos y lentos- de sus contradicciones, de sus cambios anímicos, de su abulia, de su intrepidez.

El fatal determinismo con que los adultos sentencian en expresiones que invalidan sus intentos, que bloquean el entusiasmo y que vuelven a aplastar dando espacio a la indefensión: “para qué si no sabe, si no puede”, nunca hizo nada, de chiquito ya era así”, “pobrecito, con la familia que tiene, que va a esperar de él”.

Cuando hablo de adulto, me refiero a una autoridad de la institución, al cocinero, al guardiacárcel, al celador, al profesional, a la docente. Estas miradas, palabras y gestos no son propiedades de una institución en particular, ni de un nivel de formación sino que significan el modo de situarse ante el adolescente y de actuar en concordancia con esta postura.

Del modo que las personas e instituciones se sitúan ante ellos, de acuerdo al entramado ético, filosófico, epistemológico- conceptual que construyen y sustenta sus prácticas, son los aportes reales al proceso de promoción de los mismos.

En segundo lugar el interrogante es: ¿Pueden intervenciones profesionales, ahondar esta segregación?

En este punto quisiera narrar una pequeña historia, la de un adolescente de veintitantos años, que participa en una institución dedicada a la promoción de estos chicos de barrios humildes. Al hablar de promoción me refiero a la posibilidad de participar protagónicamente de espacios significativos -laborales, educativos, recreativos- que les permitan situarse con mejores posibilidades ante ellos mismos y los demás.

Es importante notar que se trata de un recorte de su historia ya que se concentra en los dos últimos años en los que él asiste a este espacio, luego de que su vida transitó por un sinnúmero de instituciones asistenciales debido a su situación de vulnerabilidad social ; y proteccionales, ya sea, por haberse encontrado en situación de abandono – de niño, o por haberlo encontrado en situaciones en conflicto con la ley penal – de adolescente. Lo cierto es que cuando se acerca a este lugar, “a ver qué pinta”, impresiona desde su metro noventa, delgado, desdentado, desprolijo, maloliente, ruidoso, movedizo, avasallante.

Desde el momento en que ingresa da señales de estar de vuelta de todo, nada le interesa, todo lo puede, nadie le dice que hacer, es mejor no esperar demasiado de él. Llega desde un sobrenombre, su documento de identidad se le perdió, ¿”para qué lo quieren?. La

importancia de estos espacios de promoción es que justamente le devuelven al adolescente, algo que quizá él ya olvidó, la mirada de que existe, de que importa, de que es un sujeto. Se lo llama por su nombre, se le pregunta como está, qué siente, se le dan propuestas, se espera sus tiempos y se le señalan límites necesarios en el marco de la convivencia con los otros, con sus pares, con los profesionales, con las autoridades. Diez meses después en la vida de él pasaron cosas: su aspecto personal da muestra que se higieniza, se arregla el cabello, se alimenta mejor. Ha tramitado su documento de identidad, se ha incorporado a los espacios primero de juego y deporte, luego literarios y periodísticos, de capacitación en panadería, en electrónica. Se acercó a la escuela del barrio y se destaca en el voley. Podría pensarse que él ya cambió y que en los otros cambió la mirada y el lugar que dentro de su comunidad le daban hasta el momento.

A la par que los adolescentes se incorporan a un sistema institucional desde quienes conforman la institución se va construyendo con acuerdos y discensos la manera de situarse ante ellos y de resolver las complejas y diversas situaciones que seguramente se presentan en el trabajo cotidiano. Cada uno de los que conformamos la institución tenemos concepciones ideológicas y epistemológicas que pueden o no coincidir con el resto con relación a lo que es el mundo de los adolescentes y a partir de la lectura de sus actos, lo que estimamos como metodología adecuada para intervenir.

Volviendo al caso narrado, en un momento su modo de moverse por los ambientes hace pensar en una involución, retoma algunos comportamientos que desorientan a quienes veían los avances y confirma a quienes creen que la persona en un punto ya está determinada a ser.

Para muchos era posible entender el comportamiento de él remitiéndolo a su historia, al pasado, pero para otros nos llenaba de dudas, que es lo que con sus actos estaba intentando expresar. En este sentido va la reflexión, el equipo de profesionales se reunía un día en dos horas a evaluar lo que ocurría en la semana, y cada uno en días diferentes instrumentaba su espacio de acuerdo a lo que desde su concepción era el deber ser. Lo que no podíamos ver es que en este deber ser le estábamos mostrando a los adolescentes puntos de vistas que lejos de potenciarse en un punto se obturaban, y precisamente era en el que establecía cual era la ley.

Es necesario ante lo que pasa revisar las intervenciones profesionales a fin de discriminar en los actos de los adolescentes qué es propio y que tiene que ver con la institución. Dar cuenta de la intervención profesional exige un esfuerzo de elucidación,

que a decir de Castoriadis es "...el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan..."ⁱ

Sin embargo en este caso, además de la elucidación invoca a la capacidad de autocrítica individual y grupal, entendiendo que en este proceso el aprendizaje se construye entre todos, y que de no hacerlo nos constituimos en otro eslabón más de segregación con los que se encuentra el adolescente en la vida... y van... ?

¹ S. Cazzaniga. Año 2001 "El abordaje desde la singularidad". Desde el Fondo. Facultad de Trabajo social. U.N.E.R .nro. 22.

Referencias Bibliográficas

- A.Minujin,G.Kessler, 1995. "La nueva pobreza en Argentina", Planeta, (Argentina), 280-281.
- A.Minujin, E.Bustelo, 1998. "Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes" UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Santillana, (Colombia), 6-7,276-275.
- N. Céspedes Rossel. E.León Zamora, 1997. "La participación infantil:En la escuela trabajamos por nuestros derechos", Tarea, (Lima), 1-56.

- G. Montes, 2000. "De qué hablamos cuando hablamos de derechos" UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (Argentina), 4.46-47.
- D.Winnicott, 1990 "Deprivación y delincuencia" Paidós. (Argentina).
- C.G.De las Heras de Pablo,1995."Rehabilitación y vida: Modelo de ocupación humana", M.S.O.T.R.Chile,1,430-431.
- F. Doltó.1987. "La causa de los adolescentes" ,Paidós,(Argentina).
- M.P.Pintos y M.A.Luciani. 2001."Una experiencia de trabajo terapéutico con niños y adolescentes:Hijos participes de un ambiente familiar violento". Desde el fondo.nro.21, 73-74.

TITULO:

“PRÁCTICAS DISCURSIVAS Y DISPOSITIVOS DE INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. LA PROBLEMÁTICA DE LA CRONICIDAD”

AUTORAS:

T.O JULIA BENASSI

E-mail: julia@fcb.unl.edu.ar

T.O PATRICIA SILVINA ROSCIANI

T.O JORGELINA GLADYS GÓMEZ

INSTITUCIÓN:

**Escuela Superior de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo
Universidad Nacional del Litoral” Carrera: Lic. en Terapia
Ocupacional.**

**Cdad. Santa Fe Capital, Prov. Santa Fe. Tel – Fax: 0342 –
4575222**

Resumen:

Actualmente la cronicidad de la locura se encuentra socialmente identificada, por una suerte de “lazo natural”, al sistema asilar manicomial. Éste, en tanto constructo social conformado por una serie de elementos, relaciones, sujetos, leyes internas y /o externas, determina para el loco ciertas posibilidades y obtura otras.

Este anteproyecto de trabajo final presenta una propuesta de abordaje, desde algunas herramientas conceptuales foucaultianas, de la cuestión de la cronicidad al interior del dispositivo de internación de salud mental en nuestro presente. El planteo contempla

una doble aproximación, simultáneamente, longitudinal y transversal. A través de una búsqueda arqueológica pretende analizar, desde una mirada posible, el discurso en el terreno de lo existente, a fin de establecer el sistema general del que depende, las formaciones discursivas que lo abarcan, las reglas que lo organizan y hacen posible.

La selección de un ámbito público y un ámbito privado, como escenarios de dicha exploración, persigue la intención de comparar las diferentes maneras de construir y gestionar la cronicidad originados en los diferentes tipos de espacios.

Algunos de los interrogantes que orientaron la génesis y el desarrollo de esta propuesta son:

¿Cómo se ubica la terapia ocupacional como práctica discursiva con relación a otras prácticas que conforman este dispositivo?

¿Cuál es el origen de esta disciplina en las instituciones seleccionadas? ¿Qué desplazamientos se han producido en este sentido? (¿quiénes desempeñaban esta función anteriormente?)

El planteo de este trabajo es realizar un rodeo para entender y discutir la cuestión de la cronicidad en su 'actualidad'. Articular «lo actual» de este dispositivo de internación con sus contingencias históricas, en la ciudad de Santa Fe, teniendo en cuenta los elementos que se jugaron en su conformación, como surgen – se posicionan y vinculan y especialmente, los modos de participación de la Terapia Ocupacional en la definición de la cronicidad.

Desarrollo:

- Introducción:

El anteproyecto de trabajo final que aquí se presenta es una propuesta de abordaje, desde algunas herramientas conceptuales foucaultianas, de la cuestión de la cronicidad en las prácticas de internamiento al interior del dispositivo psiquiátrico en nuestro presente. (1)

El planteo es realizar un rodeo para entender y discutir este dispositivo en su actualidad y en articulación con sus contingencias históricas, en la ciudad de Santa Fe. teniendo en

cuenta los elementos que se jugaron en su conformación, surgimiento, posicionamiento y vinculación y especialmente, los modos de participación de la T.O. en la definición y gestión de la cronicidad.

Fundamentación:

Actualmente la cronicidad de la locura se encuentra socialmente identificada, por una suerte de “lazo natural”, al sistema asilar manicomial. Éste, en tanto constructo social conformado por una serie de elementos, relaciones, sujetos, leyes internas y /o externas, determina para el loco ciertas posibilidades y obtura otras. *Tratamientos estratificados, cronicidad de los recursos* (habituados al sistema, pasivamente instalados) *abordajes indefinidos en su destino y meta* sobre los cuales habría que preguntarse si apuntan a la cura o a la instalación de la locura, ‘*entretenimientos*’ como acción legitimada del dispositivo. Se “tiene” al loco ¿entre qué y qué?. En este tiempo que transcurre indiferenciado entre el hoy de la internación y el incierto mañana: ¿qué se espera?

Los lugares de saber- poder que construyen y sostienen la actualidad e historia de esta trama, junto a las disciplinas que la fueron conformando, nutren hoy cierta sospecha de que “la cura” de la locura –finalidad del encierro en otra época - ya no se piensa como posible. Sin embargo en el dispositivo de internación hoy encontramos signos de aquellas ideas fundantes del asilo en Europa hace más de tres siglos. Estas ideas: ¿son sólo restos arqueológicos en los que se presentifica el pasado? o ¿encarnan resignificaciones que los constituyen hoy en estrategias de abordaje?

Quien visite este dispositivo, se encontrará en su recorrido con ciertos recursos dispersos que permiten suponer la existencia de un “orden” que agrupa y avala su presencia: espacios verdes, huertas, talleres de producción, recreación, disposición de los ambientes, de las camas, de las rejas, de las puertas que permiten el acceso a algunos lugares y marcan el límite del ingreso o salida de otros. Rutinas diarias, salidas terapéuticas, disciplinas, medicación y otros métodos mecánicos. ¿Qué legaliza esta multiplicidad de prácticas? ¿Cómo se define ese orden?

En el asilo de Pinel, la “ley de un trabajo mecánico, rigurosamente ejecutado” (2) procuraba eliminar todo lo amenazante para el triunfo de “las virtudes esenciales de la sociedad”, haciendo desaparecer diferencias, vicios e irregularidades.

Esta concepción del trabajo guarda una fuerte relación con la Terapia Ocupacional cuya práctica en el campo de lo asilar se inicia a fines del siglo XIX. Se encuentra fuertemente vinculada con los llamados “métodos morales” y, dentro de estos, con el

uso del “trabajo” como herramienta efectiva para el logro de una conducta del interno: responsable, ordenada y socialmente legitimada. Este sentido normativo del trabajo ¿podría permitirnos suponer que los orígenes de la disciplina, en este terreno, se hallan ligados más a una función coercitiva que posibilitadora de una producción subjetiva?

La propuesta de este trabajo es realizar una lectura arqueológica del archivo correspondiente al dispositivo de internación en salud mental de la ciudad de Santa Fe. “Hacer la historia de una práctica racional o más bien de la racionalidad de una práctica” (3) , racionalidad no ligada únicamente a formas de conocimiento sino a los diferentes modos en que los elementos del archivo surgen – se posicionan y se vinculan. A través de esta búsqueda arqueológica no pretendemos implicarnos en “un sondeo o excavación geológica” , sino analizar el discurso en el terreno de “lo ya dicho” (4) , de lo existente, a fin de establecer cuál es el sistema general del que depende, las formaciones discursivas que lo abarcan, las reglas que lo organizan y hacen posible.

Objetivos:

- Investigar la problemática actual de la cronicidad analizando prácticas discursivas en el dispositivo de internación en salud mental en las instituciones seleccionadas en el año 2003
- Identificar en el campo de muestreo definido los discursos existentes acerca de la cronicidad: como concepto /enunciado y las estrategias desde las cuales se la aborda como objeto en salud mental.
- Rastrear posibles relaciones entre estos discursos y su incidencia en la conformación del dispositivo de internación en salud mental en las instituciones seleccionadas.
- Localizar dentro de las prácticas discursivas que regulan la cronicidad en el dispositivo de internación en salud mental: transformaciones, desplazamientos y estabilizaciones; series de enunciados y relaciones poder- saber.
- Indagar acerca de la ubicación de la Terapia Ocupacional como práctica discursiva en estas instituciones y su intervención en relación a la cronicidad.
- Realizar un análisis del dispositivo de internación en relación al abordaje de la cronicidad, comparando las instituciones seleccionadas según la categoría: público – privado.

Metodología:

En el desarrollo de este trabajo se consideran las siguientes categorías metodológicas:

-Rastreo arqueológico del archivo para un análisis comparativo de los discursos sobre la cronicidad y de las condiciones/situaciones que determinan la conservación/transformación de sus enunciados y /o problematizaciones.

-Construcción de una cartografía del dispositivo seleccionado.

-Construcción de series discursivas.

Conclusiones:

Actualmente nos encontramos en la etapa de realización del trabajo de campo de la investigación presentada, por lo tanto no sería posible elaborar conclusiones respecto de los objetivos propuestos. No obstante el camino transitado permite vislumbrar que hacia el final del trabajo encontraremos nuevos interrogantes que resignifiquen, indefinidamente, el ejercicio de la problematización. En este sentido la pregunta por nuestro rol en relación a la construcción y abordaje de la cronicidad en el campo de la salud mental pretende indagar y cuestionarse el propio hacer como terapeutas ocupacionales. Quizás de este modo sea posible rastrear lo establecido, detectar transformaciones aventurarse a descubrir desplazamientos generando un espacio de reflexión que nos permita evitar, creativamente, la sedimentación del propio hacer – saber.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Sozzo, Máximo. 2003. Dictamen de evaluación del anteproyecto de trabajo final de grado de la Licenciatura en Terapia ocupacional de las alumnas: Benassi – Gómez – Rosciani.
- (2) FOUCAULT, Michel 1998. “*Historia de la locura en la época clásica*” Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. de C.V. (IEPSA). (México) **I, II y III** D.F.
- (3) BRITOS, María del Pilar 1998. *Informe de avance del Proyecto “Construcciones, paradigmas, problematizaciones...”* Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de Entre Ríos..
- (4) FOUCAULT, Michel 1997.. “*La arqueología del saber*”. Traducción de Aurelio Garzón del Camino. Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V.. (Madrid), España,
- (5) DIAZ, Esther 1995, “*La filosofía de Michel Foucault*”. Ed. Biblios. (Bs. As).
- (6) Idem anterior
- (7) Idem anterior

Bibliografía Consultada (Se consigna sólo la principal):

- BASAGLIA, Franco 1970. “*La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*”. (Con Nino Vascon, Lucio Schittar Barral y otros). Barral editores. (Barcelona).
- *Biblioteca Salvat de grandes temas* 1973.. “*Psiquiatría y antipsiquiatría*”. Salvat editores. Barcelona,
- BRITOS, María del Pilar. *Asociación Argentina de investigaciones éticas. Consejo regional de Santa Fe* 1994. “Michel Foucault: La constitución del sujeto”. Tekhne impresión. (Rosario), Santa Fe
- DELEUZE, Gilles 1990.. *V.V.A.A. “Michel Foucault filósofo”* Gedisa (Barcelona),
- FOUCAULT, Michel 1992.. “*El orden del discurso*. “Lección inaugural en el Collège d France pronunciada el 2 de diciembre de 1970”. Traducción Alberto González Troyano. Imprenta de los Buenos Aires, S.A. (Buenos Aires), Argentina,
- FOUCAULT, Michel 1999. “*Historia de la sexualidad*” .27ª Edición siglo XXI. Editores (Madrid). España,
- FOUCAULT, Michel 1991.“*Saber y verdad*” Traducción Julia Varela y Fernando Alvarez- Uría. Las Ediciones de La Piqueta. (Madrid), España,
- FOUCAULT, “Michel. *Vigilar y Castigar*” España.
- FRANK, Manfred 1990.. *V.V. A. A. Michel Foucault filósofo*. “Sobre el concepto de discurso en Foucault”. (Barcelona), Gedisa.

- GARCÍA DEL POZO, Rosario 1988.. *Michel Foucault: un arqueólogo del humanismo*. Editorial MAD, S.L. (Madrid) España,
- GOFFMAN, Erving 1989.. “*Estigma. La identidad deteriorada*” 1972 “*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*” Amorrortu editores, (Buenos Aires)
- HOCHMANN, Jacques. 1971. “*Hacia una psiquiatría comunitaria. Tesis para una psiquiatría de los conjuntos*”. Amorrortu editores, (Buenos Aires),
- *Informaciones psiquiátricas*. 1992. Ponencias presentadas en las Jornadas internacionales de rehabilitación psiquiátrica y estructuras intermedias. Oviedo N° 131/ 1.
- MALACHEVSKY, Jorge. 2001 *Sobre los impactos discursivos en la subjetividad*. Apunte de uso interno de la Cátedra *Psicología*. Fac. de Humanidades y Ciencias U.N.L., (Santa Fe)
- PAGANIZZI, Liliana. *Intervenciones en rehabilitación psicosocial*. Jornadas de Terapia Ocupacional. Hospital José T. Borda. Buenos Aires, 1998.
- QUIVY, “Manual de Investigación en Ciencias Sociales”, Limusa. Noriega Editores
- SARACENO, Benedetto 1998. *La concepción de rehabilitación psicosocial como referencia para las intervenciones terapéuticas en salud mental*. Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo, v, 9, n, 1, p 26-31, Traducción al castellano por T.O. Elizabeth Mengelberg.
- WILLIARD / SPACKMAN. 1993 *Terapia Ocupacional*. Editorial Panamericana, 8° edición. Madrid,

TITULO:

**“ORIENTACION PROFESIONAL EN SALUD MENTAL
APLICACIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL”**

AUTORAS:

LIC. T. O. LILIANA SBRILLER

E-mail: rosalila1@arnet.com.ar

T.O. MÓNICA SCHWARTZ

E-mail: moschwartz@hotmail.com

INSTITUCION:

Hospital General de Agudos Parmenio Piñero

Servicio de Psicopatología y Salud Mental

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Varela 1307- Ciudad de BuenosAires

Teléfono: 4631-1352

Resumen:

El objetivo de esta comunicación libre es describir la implementación de un proyecto pre - experimental de orientación laboral llevada a cabo en un Servicio de Psicopatología dentro de un Hospital General de Agudos.

Considerando las diferentes barreras para la reinserción laboral como la situación socio económica actual, la discriminación y la demanda hospitalaria, se presenta la modalidad de trabajo utilizada.

Introducción:

El objetivo de esta comunicación libre es describir la implementación de un proyecto pre - experimental de orientación laboral llevado a cabo en un Servicio de Psicopatología y Salud Mental de un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2002.

Utilizada con adultos de ambos sexos asistidos en internación breve y seguimiento por consultorio externo por haber padecido, en primera instancia peligrosidad para sí o para terceros, presentando algunos de los casos patología orgánica asociada y entorno social, familiar y económico adverso.

Desarrollo:

La rehabilitación profesional, tradicionalmente está centrada en descubrir y reafirmar capacidades y recursos e investigar los puntos que determinan la desventaja para poder “adiestrar”, según Catherine Trombly (1), enseñar y aprender hábitos de trabajo y habilidades relacionadas con el empleo, para lograr un autoabastecimiento económico. En esta definición, con un sesgo parcial, excluye el medio externo y sus barreras, que consideramos se presenta como adverso a toda rehabilitación profesional.

Este enfoque se emparenta con el “Sistema de Formación por Competencias”, implementada en Gran Bretaña a partir de la década del 80 o el clásico conductismo americano.

Eduardo Rojas (2) afirma que nuestro país emplea para la formación profesional la combinación de aspectos del Sistema Funcionalista (en función de los objetivos de la Empresa) con el Sistema Constructivista canadiense, que toma en cuenta el saber de la experiencia para poder relevarla, organizarla y evaluarla. En este marco, el mediador debe escuchar para poder leer y trabajar sobre las compatibilidades y no sólo sobre las competencias como en los modelos enunciados anteriormente.

En esta perspectiva, el rehabilitador tomaría el papel de mediador, o facilitador, según Adelma Molinari (3), es decir, facilita la integración al mercado competitivo o a alguna modalidad alternativa.

Se utilizan técnicas habituales de terapia ocupacional como el relevamiento de los datos laborales en dos planos, el histórico y el corte en su situación actual, el entorno socio - económico, geográfico y familiar, para destacar los puntos más importantes como causas de despido o abandono del empleo, relación con el desencadenante, tiempo de permanencia, referentes ocupacionales familiares, intereses, habilidades, nivel educacional. Se suman entrevistas familiares, eventualmente con empleadores y en el

grupo se implementan técnicas de búsqueda de empleo como networking, asesoramiento, debates y juegos, implementación de proyectos laborales.

Específicamente la orientación profesional consiste en evaluar las capacidades actuales, los intereses y la factibilidad de concretarlos, encausando la información que se recabó en la etapa de evaluación. Tomando en cuenta los aportes de Silvia Julio (4), se realizan ajustes entre:

- Lo que quiere hacer y las limitaciones y oportunidades del medio, es decir: lo que le dejan hacer.
- Lo que logra y el nivel de exigencia del medio, es decir, lo que esperan de él.
- Lo que elige o rechaza y la coacción, es decir, lo que le obligan a hacer.

Se toma la etapa de orientación como eje del proceso, en tanto se comprobó su utilidad de aplicación dentro de un servicio de internación breve para casos agudos y subagudos dentro de un hospital general, (5) con la mirada puesta en la externación y el tratamiento ambulatorio.

Por otra parte, ni los recursos humanos ni los edificios están preparados para el entrenamiento de hábitos como ocurre en otras instituciones especializadas (6).

Se utilizan técnicos como la entrevista familiar, eventualmente con empleadores y dentro del grupo se implementan técnicas de búsqueda de empleo como networking, asesoramiento, debates, juegos e implementación de proyectos laborales. Los integrantes del grupo pueden recibir información sobre cursos de formación profesional o ser derivados a instituciones especializadas.

Se diferencian los casos que se encuentran con una licencia médica en sus empleos de aquellos que lo han perdido por diferentes causas o no poseen experiencia. Resolviendo la situación de diferentes modos, con una simple reinserción, con una reinserción con adecuación de puesto (7) (reducción de horas de trabajo, reorganización de las tareas asignadas en empresas familiares, responsabilidad, contraindicaciones de realización de tareas peligrosas.).

Para Harvey Jacobs (8), encontrar un trabajo no es garantía de mantenerlo, con frecuencia la competencia técnica es un problema menor para el mantenimiento del empleo comparado con los problemas mencionados anteriormente.

Cuando el puesto pueda reagrar su cuadro se indica una reubicación; en el caso de una persona con un trastorno bipolar que se desempeñaba como cajera, luego de la externación fue reubicada como repositora en el mismo minimercado para evitar un nuevo efecto disparador que pudiera afectar su estabilidad laboral. Si existiera una

relación entre el tipo de tarea ejercida y el desencadenante (9) de la crisis es aconsejable una recalificación, es decir un cambio total de oficio o profesión mediado por un curso de formación profesional, tal fue el caso de una bioquímica con diagnóstico de paranoia que desconfiaba de sus compañeros de trabajo en el análisis de muestras durante la cadena de trabajo.

Conclusiones:

Esta exposición, que da cuenta de un proyecto pre - experimental, demuestra la factibilidad de ejecutar un programa de rehabilitación profesional en el área de salud mental adaptándolo a las necesidades del grupo poblacional y los recursos existentes.

Se considera, asimismo la necesidad de encaminar esta investigación para poder evaluar numéricamente su eficacia.

Bibliografía

(1) TROMBLY, Catherine: "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente". Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 1990.

- (México). Traducción: Dr Roberto Carrasco Ruiz. Parte nueve: Enfoque Rehabilitativo.
- (2) ROJAS, Eduardo: "Formación por competencias". Exposición. Primer Seminario de Formación Laboral, empleo y Discapacidad. Hacia la construcción de criterios comunes. Organizado por El Puente Verde, Cospe y el Grupo Integrándonos para Integrar. Noviembre del 2002.(Bs.As.)
- (3) MOLINARI, Adelma: "Modelo Latinoamericano de Formación Profesional aplicado a las personas con discapacidad". Exposición. Primer Seminario de formación Laboral, Empleo y Discapacidad. Hacia la construcción de criterios comunes. Organizado por El Puente Verde, Cospe y el Grupo Integrándonos para Integrar. Noviembre del 2002.-(Bs. As.)
- (4) BULACIO, B., CALABRESSE, A., CATANI, O, GONZALEZ, J., JULIO, S, RAPOPORT, C., RIVERA L., VALLEJO, N. "El problema de la drogadicción" Enfoque interdisciplinario. Cap. VII, JULIO SILVIA "La orientación laboral: un modelo de abordaje clínico". Ed. Paidós 1ra. Edición 1995 P. 169-176 (Bs. As.)
- (.5) LEY 448 DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Publicación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sancionada el 27 de julio de 2000. Título I. Art 13. Inc e) y Art 14 Inc i).
- (6) SUTER M., ARQUEROS, A., ARIAS, E., GONZALEZ, A. Análisis de las prestaciones de Terapia Ocupacional en Talleres Nacionales Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, publicado en el Libro del 2do. Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er. Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Octubre 1988. (Bs. As.). P. 111-114.
- (7) SBRIILLER, Liliana: "Definiciones de las etapas de rehabilitación profesional". Ficha de Cátedra. Terapia Ocupacional V (Habilitación y Rehabilitación Profesional).Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Buenos Aires. 2000. Publicada en Apuntes FUBA 2001
- (8) JACOBS, Harvey E: "Rehabilitación Ocupacional". Cap VII. P. 201-229, publicado en Apuntes para una Facultad mejor, CEP. UBA. Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional IV de la carrera de Terapia Ocupacional, Coord. Docente Lic. A.M. Papiermeister.
- (9) SBRIILLER, Liliana: "Trabajo y esquizofrenia". Capítulo I Qué es el trabajo. Tesis Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de (Mar del Plata). 1995. Inédito.

TITULO:

“INFORMÁTICA: APLICACIONES EN LA CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS”

AUTORA: LIC. T.O MARCELA CAPOZZO

E-mail: marcelacapozzo@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario

José T. Borda (G.C.B.A)

Avda. Ramón Carrillo 375 Ciudad de Buenos Aires

Servicio n° 48 de Terapia Ocupacional

Tel: 4305-5083

Resumen:

En este trabajo se expone acerca de las aplicaciones de la informática en la atención de pacientes con trastornos psíquicos,

El objetivo del mismo es promover el intercambio y la reflexión sobre su implementación en la atención de terapia ocupacional en salud mental.

El punto de partida es la experiencia clínica, que se desarrolla en el Servicio de Terapia Ocupacional en el Hospital Dr. José T. Borda (G.C.B.A). Desde esta base se reseñan brevemente algunas de las aplicaciones afines ligadas al ámbito específico.

Se exponen sintéticamente el modo de implementación de esta actividad, las demandas de la misma; y las condiciones de realización más relevantes de la clínica.

Finalmente se plantea en las conclusiones, en forma sintética en un análisis preliminar, algunas reflexiones teóricas acerca de sus posibilidades de implementación, desde el eje de la clínica centrada en el usuario.

Introducción:

El propósito de este trabajo es presentar algunas reflexiones acerca del uso de la

informática en la atención de personas con trastornos psíquicos. Esta experiencia clínica se lleva a cabo en el Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional del Hospital Dr. José T. Borda del G.C.B.A., y comprende tanto a población de pacientes internados como ambulatorios.

Mi intención, a través de esta presentación, es compartir las observaciones que habitualmente constituyen una charla con colegas del servicio, con otros que también estén empleando la informática y aproximarnos a esbozar algunas de sus aplicaciones en la atención de terapia ocupacional en salud mental.

Sobre las aplicaciones de la informática en la atención en salud mental:

A fin de recabar información sobre otras experiencias similares, realicé una búsqueda en internet de la misma rescato la siguiente información:

*en el ámbito de la educación especial se la emplea como un instrumento de información y comunicación, partiendo de considerar que los ordenadores se han convertido en un instrumento fundamental en distintos ámbitos de nuestra vida. Se plantea también las diferencias entre el uso que de ella hacen los usuarios con y sin discapacidad o necesidades especiales, enfatizando la importancia de su uso como ayuda técnica para los primeros. (1)

*la informática se ha convertido además en un área de trabajo desde el campo de la rehabilitación, existiendo varios programas que abordan el tratamiento del deterioro cognitivo, que afecta a grupos variados de población (deficientes mentales, traumatismos craneoencefálicos, ancianos con demencia, esquizofrénicos crónicos).

Desde la perspectiva de considerarla en su uso corriente y dada la preeminencia de sus aplicaciones en la cotidianeidad en los últimos años en nuestro país y sobretodo en la ciudad de Bs.As. ; es que esta actividad se comenzó a incluir en el tratamiento. En principio, a partir de la propuesta conjunta de profesionales y pacientes y fue cobrando relevancia ,dentro de la oferta de actividades en el tiempo, debido a la demanda de los consultantes, la disposición de más equipos de computación, a la par de su avance en el ámbito cotidiano y sociocultural.

Características del modo de implementación de la actividad:

La propuesta es amplia, ya que comprende tanto a quienes conocen y manejan algunos

de los programas o realizaron y/o realizan algún curso y también a aquellos que no han tenido acceso al manejo de una computadora, convirtiéndose en este caso en una experiencia inaugural con relación a la informática.

Las sesiones son individuales y cada paciente tiene la posibilidad de disponer por una hora de una computadora para él.

Al momento de acordar con cada uno el inicio de la actividad se establecen el encuadre y las condiciones de realización de la misma, especificando que no se trata de un curso de computación, como suelen decir, sino que la propuesta es un aprendizaje básico del manejo de la computadora, a modo de un primer acercamiento a la informática. Claro está que esto varía en cada caso particular, ya que en la entrevista previa además de acordar respecto del encuadre, se indaga sobre el interés particular en la actividad que cada uno detenta.

Con respecto al mismo hay quienes se manifiestan interesados porque lo consideran importante para una salida laboral, otros que básicamente quieren empezar a conocer sobre el manejo, otros tienen un interés específico de aplicación (por ejemplo manejar Internet para conectarse con equipos de fútbol europeos, o para confeccionar un guión de cine, o para hacer su curriculum, etc.).

Sobre las demandas de la actividad:

La actividad de manejo de la computadora implica varios requerimientos básicos: coordinación óculo manual, que implica un cierto nivel de destreza manual y visión, disposición a mantener un cierto nivel de atención y concentración, además permite la ejercitación de la memoria, la capacidad para comprender y ejecutar secuencias de pasos y acciones y desde ya la motivación para el sostenimiento del proceso de aprendizaje o práctica.

El interés que cada uno trae es el punto de partida y desde allí acordamos una forma de trabajo en conjunto, que se modifica de acuerdo a los alcances de la actividad para cada uno.

Esto implica que algunos sólo lleguen a familiarizarse con el manejo de algún programa, por ejemplo el Word, para luego pasar por una etapa de afianzamiento a través de la práctica, mientras que otros pueden avanzar en menor tiempo sobre otros programas también para luego acceder a realizar un curso formal de informática fuera de la institución.

En el inicio las sesiones de transmisión de los conocimientos necesarios para operar la computadora se efectúan paso a paso, siguiendo las consignas del terapeuta ocupacional

sobre las indicaciones de la técnica. Cada uno se organiza frente a la computadora con su tiempo y sus posibilidades, y va avanzando en ese sentido según ello y en función de su propio interés.

Como ya señale antes la intencionalidad frente a la propuesta determina el modo inicial de contacto con esta actividad, que se confronta con las posibilidades y limitaciones que el equipo y el software plantean como a las acciones que se pueden realizar operándola.

Conclusiones:

Esta actividad propone múltiples alternativas de implementación. Desde mi experiencia en la clínica centrada en el usuario, al utilizarla rescato la posibilidad de que cada uno delimite la dimensión que le dará a la misma, la que también puede variar durante su desarrollo.

En esta etapa de reflexión sobre las observaciones clínicas, he encontrado que las dimensiones simultáneas que plantean las actividades (personal-singular, grupal - convivencial, y cultural-social) (2) se evidencian en la realización de esta actividad.

Así entonces para algunos el manejo de la computadora, se acerca a la dimensión subjetiva, casi de uso cotidiano, con una valoración personal signada por su historia ocupacional y/o laboral.

Otros la ubican en la dimensión social, ya que piensan en utilizarla como una herramienta para la comunicación con otros, o adquiere un valor para su entorno personal particular a la cual adhiere, por lo cual su conocimiento adquiere un sentido que trasciende el meramente personal.

Finalmente, estas dimensiones, personal y social, se encuentran subsumidas en la cultural, ya que la informática ocupa hoy un lugar de preeminencia en la cotidianeidad, determinado por sus diferentes usos en el campo laboral, en la comunicación, en la educación, y es en relación con este desarrollo que su conocimiento y manejo influye en forma directa en las posibilidades de acceso a distintos ámbitos sociales, laborales y culturales.

Desde esta perspectiva su aplicación en la clínica de pacientes con trastornos psíquicos permite abordar diferentes y variadas problemáticas, constituyendo además una actividad donde la dimensión y significación que ella adquiere para cada uno es en principio el eje desde el cual su inclusión se ha tornado relevante, siendo también importante continuar realizando observaciones sobre su aplicación a la clínica.

Bibliografía:

1-*Journal of the American Medical Association -Artículo"Los computadores invaden el mundo de la psiquiatría"- Septiembre 17,1997- Publicado on line- Buscador Yahoo

* Colis, José Augusto -Artículo"Internet, leyes virtuales"- 2000-Publicado on line- Buscador Yahoo.

*Martínez, Monés, Alejandra-Artículo”Desarrollo de una aplicación multimedia para la rehabilitación neuropsicológica-Programa AIRE” Centro de Tecnologías Informáticas-2001

Publicado on line- Buscador Yahoo.

* Prendes Espinoza, Ma.Paz-Artículo”Nuevas tecnologías aplicada a la educación especial”-Universidad de Murcia-España 2001- Publicado on line- Buscador Yahoo.

2-* Paganizzi, Liliana y otros -”Terapia Ocupacional del hecho al dicho”-Psicoterapias asociadas editores- 1º Edición Bs.As. 1991.

* Paganizzi, Liliana-”Actividad -Lenguaje particular”-Edición de la autora-1º Edición .Bs.As. Septiembre 1997.

MESA 2

MESA DE COMUNICACIONES

CIENTÍFICAS

SALUD MENTAL

**TITULO: “INSTITUCIONES PARA ADOLESCENTES:
OTRO MODO DE SEGREGACIÓN?”**

AUTORA:

T.O MARCELA SILVINA D’ ÁNGELO

E-mail: marceladangelo@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito aportar a la reflexión con relación a las actitudes de quienes conforman las instituciones que se abocan a la promoción y/o readaptación de los adolescentes en situación de vulnerabilidad social.

Considera que estos niños desde el momento de nacer hasta que alcanzan la adolescencia realizan un recorrido por instituciones de salud, educación y de asistencia social que en la primera infancia procuran aportar al desarrollo integral de los mismos, y en la segunda infancia a la contención y sostenimiento en el sistema educativo. Estas propuestas de pronto hacen vacío y muestran al adolescente por fuera de las instituciones y el modo de retornar a ellas es desde el

lugar de segregado, garantizando la vulnerabilidad: está en conflicto con la ley penal, no va a la escuela, no trabaja, anda en drogas.

El adolescente se acerca y necesita espacios donde encontrarse con sus pares, experimentar satisfacción de vida, desarrollar sus habilidades, sentirse “capaz de”, y comienza a modificar su mirada en la medida en que participa de ambientes significativos que procuran estos objetivos; y en consonancia con el modo en que cada adulto se sitúa ante ellos.

Los profesionales que se abocan al trabajo con los adolescentes construyen y sustentan sus prácticas de acuerdo a un entramado ético, filosófico, epistemológico- conceptual; cada uno desde la profesión que lo sustenta deviene de un desarrollo histórico y de las diversas prácticas que le otorgan significación a la intervención profesional. Este INSTITUIDO, el que reforzamos o alejamos en cada acto que ejercemos se suma al de los otros integrantes del equipo.

Revisar las actitudes de cada uno de los que conforman la institución y sostener espacios que permitan reflexionar acerca de las intervenciones profesionales pueden resultar un aporte real al proceso de promoción de los adolescentes.

Desarrollo:

A partir de la experiencia profesional realizada en distintos marcos institucionales que trabajan con adolescentes, sean éstos organismos públicos o privados, de carácter religioso o no, proteccional o correccional, que persigan la readaptación social, la promoción o la inclusión, resulta interesante poder reflexionar acerca de las actitudes de quienes forman parte de los mismos, personas con diversos niveles de jerarquía, de formaciones, de responsabilidades; quienes en cada acto, por acción y omisión van dejando su impronta en la vida de los adolescentes. El presente trabajo plantea dos líneas de análisis siendo la primera la siguiente: *¿Puede una institución promocionar desde el discurso y segregarse con la acción?*

En respuesta a este interrogante me permito acercarme a escenas de la vida cotidiana que resultan de la interrelación de los adultos con los adolescentes y que repercuten significativamente en el proceso de promoción:

La mirada de los adultos que descalifica la producción de un adolescente que en el marco de un proceso terapéutico donde se intenta favorecer la expresión y se valora la iniciativa, escribe poesías con errores de ortografía y de sintaxis o realiza dibujos con rasgos elementales que remontan a la infancia. El adulto que no puede ver en la producción del adolescente la emoción, el sentimiento, el deseo, que se pone en marcha cuando se anima a expresar.

Los contrasentidos, cuando desde el discurso se invita al adolescente a ser parte de la institución, a que todo lo que hay puede ser usado por ellos, por lo cual debe ser cuidado, y en la práctica se restringe, desde la desconfianza -a que rompa, a que ensucie, a que robe- ,el acceso y el uso de los espacios, elementos y materiales. Estas actitudes dificultan precisamente la posibilidad de generar pertenencia, a la vez, que limitan la exploración, el intento, y los aprendizajes de cada adolescente.

El gesto del adulto que solo piensa que el adolescente necesita orden y disciplina porque de lo contrario, “no te respeta”. Desconociendo que el respeto se construye con los adolescentes a través de un vínculo significativo, que incluye el afecto, el abrazo, la palabra, la risa, la escucha y el límite. Ya no es el niño que se calla y acepta, los adolescentes construyen su mirada acerca de la institución y cada uno de sus miembros, discernen acerca de los modos de intervención ante ellos y sus pares, pueden evaluar-nos, y formular juicios de valor en relación a la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.

La intolerancia del adulto ante el SER adolescente: de sus arrebatos, de su torpeza, de sus transgresiones, de sus códigos, de su energía, de sus tiempos- vertiginosos y lentos- de sus contradicciones, de sus cambios anímicos, de su abulia, de su intrepidez.

El fatal determinismo con que los adultos sentencian en expresiones que invalidan sus intentos, que bloquean el entusiasmo y que vuelven a aplastar dando espacio a la indefensión: “para qué si no sabe, si no puede”, nunca hizo nada, de chiquito ya era así”, “pobrecito, con la familia que tiene, que va a esperar de él”.

Cuando hablo de adulto, me refiero a una autoridad de la institución, al cocinero, al guardiacárcel, al celador, al profesional, a la docente. Estas miradas, palabras y gestos no son propiedades de una institución en particular, ni de un nivel de formación sino que significan el modo de situarse ante el adolescente y de actuar en concordancia con esta postura.

Del modo que las personas e instituciones se sitúan ante ellos, de acuerdo al entramado ético, filosófico, epistemológico- conceptual que construyen y sustenta sus prácticas, son los aportes reales al proceso de promoción de los mismos.

En segundo lugar el interrogante es: ¿Pueden intervenciones profesionales, ahondar esta segregación?

En este punto quisiera narrar una pequeña historia, la de un adolescente de veintitantos años, que participa en una institución dedicada a la promoción de estos chicos de barrios humildes. Al hablar de promoción me refiero a la posibilidad de participar protagónicamente de espacios significativos -laborales, educativos, recreativos- que les permitan situarse con mejores posibilidades ante ellos mismos y los demás.

Es importante notar que se trata de un recorte de su historia ya que se concentra en los dos últimos años en los que él asiste a este espacio, luego de que su vida transitó por un sinnúmero de instituciones asistenciales debido a su situación de vulnerabilidad social ; y proteccionales, ya sea, por haberse encontrado en situación de abandono – de niño, o por haberlo encontrado en situaciones en conflicto con la ley penal – de adolescente. Lo cierto es que cuando se acerca a este lugar, “a ver qué pinta”, impresiona desde su metro noventa, delgado, desdentado, desprolijo, maloliente, ruidoso, movedizo, avasallante.

Desde el momento en que ingresa da señales de estar de vuelta de todo, nada le interesa, todo lo puede, nadie le dice que hacer, es mejor no esperar demasiado de él. Llega desde un sobrenombre, su documento de identidad se le perdió, ¿”para qué lo quieren?. La

importancia de estos espacios de promoción es que justamente le devuelven al adolescente, algo que quizá él ya olvidó, la mirada de que existe, de que importa, de que es un sujeto. Se lo llama por su nombre, se le pregunta como está, qué siente, se le dan propuestas, se espera sus tiempos y se le señalan límites necesarios en el marco de la convivencia con los otros, con sus pares, con los profesionales, con las autoridades. Diez meses después en la vida de él pasaron cosas: su aspecto personal da muestra que se higieniza, se arregla el cabello, se alimenta mejor. Ha tramitado su documento de identidad, se ha incorporado a los espacios primero de juego y deporte, luego literarios y periodísticos, de capacitación en panadería, en electrónica. Se acercó a la escuela del barrio y se destaca en el voley. Podría pensarse que él ya cambió y que en los otros cambió la mirada y el lugar que dentro de su comunidad le daban hasta el momento.

A la par que los adolescentes se incorporan a un sistema institucional desde quienes conforman la institución se va construyendo con acuerdos y discensos la manera de situarse ante ellos y de resolver las complejas y diversas situaciones que seguramente se presentan en el trabajo cotidiano. Cada uno de los que conformamos la institución tenemos concepciones ideológicas y epistemológicas que pueden o no coincidir con el resto con relación a lo que es el mundo de los adolescentes y a partir de la lectura de sus actos, lo que estimamos como metodología adecuada para intervenir.

Volviendo al caso narrado, en un momento su modo de moverse por los ambientes hace pensar en una involución, retoma algunos comportamientos que desorientan a quienes veían los avances y confirma a quienes creen que la persona en un punto ya está determinada a ser.

Para muchos era posible entender el comportamiento de él remitiéndolo a su historia, al pasado, pero para otros nos llenaba de dudas, que es lo que con sus actos estaba intentando expresar. En este sentido va la reflexión, el equipo de profesionales se reunía un día en dos horas a evaluar lo que ocurría en la semana, y cada uno en días diferentes instrumentaba su espacio de acuerdo a lo que desde su concepción era el deber ser. Lo que no podíamos ver es que en este deber ser le estábamos mostrando a los adolescentes puntos de vistas que lejos de potenciarse en un punto se obturaban, y precisamente era en el que establecía cual era la ley.

Es necesario ante lo que pasa revisar las intervenciones profesionales a fin de discriminar en los actos de los adolescentes qué es propio y que tiene que ver con la institución. Dar cuenta de la intervención profesional exige un esfuerzo de elucidación,

que a decir de Castoriadis es "...el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan..."ⁱⁱ

Sin embargo en este caso, además de la elucidación invoca a la capacidad de autocrítica individual y grupal, entendiendo que en este proceso el aprendizaje se construye entre todos, y que de no hacerlo nos constituimos en otro eslabón más de segregación con los que se encuentra el adolescente en la vida... y van... ?

¹ S. Cazzaniga. Año 2001 "El abordaje desde la singularidad". Desde el Fondo. Facultad de Trabajo social. U.N.E.R .nro. 22.

Referencias Bibliográficas

- A.Minujin,G.Kessler, 1995. "La nueva pobreza en Argentina", Planeta, (Argentina), 280-281.
- A.Minujin, E.Bustelo, 1998. "Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes" UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Santillana, (Colombia), 6-7,276-275.
- N. Céspedes Rossel. E.León Zamora, 1997. "La participación infantil:En la escuela trabajamos por nuestros derechos", Tarea, (Lima), 1-56.

- G. Montes, 2000. "De qué hablamos cuando hablamos de derechos" UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (Argentina), 4.46-47.
- D. Winnicott, 1990 "Deprivación y delincuencia" Paidós. (Argentina).
- C.G. De las Heras de Pablo, 1995. "Rehabilitación y vida: Modelo de ocupación humana", M.S.O.T.R. Chile, 1, 430-431.
- F. Doltó. 1987. "La causa de los adolescentes", Paidós, (Argentina).
- M.P. Pintos y M.A. Luciani. 2001. "Una experiencia de trabajo terapéutico con niños y adolescentes: Hijos participes de un ambiente familiar violento". Desde el fondo. nro. 21, 73-74.

TITULO:

“PRÁCTICAS DISCURSIVAS Y DISPOSITIVOS DE INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. LA PROBLEMÁTICA DE LA CRONICIDAD”

AUTORAS:

T.O JULIA BENASSI

E-mail: julia@fcb.unl.edu.ar

T.O PATRICIA SILVINA ROSCIANI

T.O JORGELINA GLADYS GÓMEZ

INSTITUCIÓN:

**Escuela Superior de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo
Universidad Nacional del Litoral” Carrera: Lic. en Terapia
Ocupacional.**

**Cdad. Santa Fe Capital, Prov. Santa Fe. Tel – Fax: 0342 –
4575222**

Resumen:

Actualmente la cronicidad de la locura se encuentra socialmente identificada, por una suerte de “lazo natural”, al sistema asilar manicomial. Éste, en tanto constructo social conformado por una serie de elementos, relaciones, sujetos, leyes internas y /o externas, determina para el loco ciertas posibilidades y obtura otras.

Este anteproyecto de trabajo final presenta una propuesta de abordaje, desde algunas herramientas conceptuales foucaultianas, de la cuestión de la cronicidad al interior del dispositivo de internación de salud mental en nuestro presente. El planteo contempla

una doble aproximación, simultáneamente, longitudinal y transversal. A través de una búsqueda arqueológica pretende analizar, desde una mirada posible, el discurso en el terreno de lo existente, a fin de establecer el sistema general del que depende, las formaciones discursivas que lo abarcan, las reglas que lo organizan y hacen posible.

La selección de un ámbito público y un ámbito privado, como escenarios de dicha exploración, persigue la intención de comparar las diferentes maneras de construir y gestionar la cronicidad originados en los diferentes tipos de espacios.

Algunos de los interrogantes que orientaron la génesis y el desarrollo de esta propuesta son:

¿Cómo se ubica la terapia ocupacional como práctica discursiva con relación a otras prácticas que conforman este dispositivo?

¿Cuál es el origen de esta disciplina en las instituciones seleccionadas? ¿Qué desplazamientos se han producido en este sentido? (¿quiénes desempeñaban esta función anteriormente?)

El planteo de este trabajo es realizar un rodeo para entender y discutir la cuestión de la cronicidad en su 'actualidad'. Articular «lo actual» de este dispositivo de internación con sus contingencias históricas, en la ciudad de Santa Fe, teniendo en cuenta los elementos que se jugaron en su conformación, como surgen – se posicionan y vinculan y especialmente, los modos de participación de la Terapia Ocupacional en la definición de la cronicidad.

Desarrollo:

- Introducción:

El anteproyecto de trabajo final que aquí se presenta es una propuesta de abordaje, desde algunas herramientas conceptuales foucaultianas, de la cuestión de la cronicidad en las prácticas de internamiento al interior del dispositivo psiquiátrico en nuestro presente. (1)

El planteo es realizar un rodeo para entender y discutir este dispositivo en su actualidad y en articulación con sus contingencias históricas, en la ciudad de Santa Fe. teniendo en

cuenta los elementos que se jugaron en su conformación, surgimiento, posicionamiento y vinculación y especialmente, los modos de participación de la T.O. en la definición y gestión de la cronicidad.

Fundamentación:

Actualmente la cronicidad de la locura se encuentra socialmente identificada, por una suerte de “lazo natural”, al sistema asilar manicomial. Éste, en tanto constructo social conformado por una serie de elementos, relaciones, sujetos, leyes internas y /o externas, determina para el loco ciertas posibilidades y obtura otras. *Tratamientos estratificados, cronicidad de los recursos* (habituados al sistema, pasivamente instalados) *abordajes indefinidos en su destino y meta* sobre los cuales habría que preguntarse si apuntan a la cura o a la instalación de la locura, ‘*entretenimientos*’ como acción legitimada del dispositivo. Se “tiene” al loco ¿entre qué y qué?. En este tiempo que transcurre indiferenciado entre el hoy de la internación y el incierto mañana: ¿qué se espera?

Los lugares de saber- poder que construyen y sostienen la actualidad e historia de esta trama, junto a las disciplinas que la fueron conformando, nutren hoy cierta sospecha de que “la cura” de la locura –finalidad del encierro en otra época - ya no se piensa como posible. Sin embargo en el dispositivo de internación hoy encontramos signos de aquellas ideas fundantes del asilo en Europa hace más de tres siglos. Estas ideas: ¿son sólo restos arqueológicos en los que se presentifica el pasado? o ¿encarnan resignificaciones que los constituyen hoy en estrategias de abordaje?

Quien visite este dispositivo, se encontrará en su recorrido con ciertos recursos dispersos que permiten suponer la existencia de un “orden” que agrupa y avala su presencia: espacios verdes, huertas, talleres de producción, recreación, disposición de los ambientes, de las camas, de las rejas, de las puertas que permiten el acceso a algunos lugares y marcan el límite del ingreso o salida de otros. Rutinas diarias, salidas terapéuticas, disciplinas, medicación y otros métodos mecánicos. ¿Qué legaliza esta multiplicidad de prácticas? ¿Cómo se define ese orden?

En el asilo de Pinel, la “ley de un trabajo mecánico, rigurosamente ejecutado” (2) procuraba eliminar todo lo amenazante para el triunfo de “las virtudes esenciales de la sociedad”, haciendo desaparecer diferencias, vicios e irregularidades.

Esta concepción del trabajo guarda una fuerte relación con la Terapia Ocupacional cuya práctica en el campo de lo asilar se inicia a fines del siglo XIX. Se encuentra fuertemente vinculada con los llamados “métodos morales” y, dentro de estos, con el

uso del “trabajo” como herramienta efectiva para el logro de una conducta del interno: responsable, ordenada y socialmente legitimada. Este sentido normativo del trabajo ¿podría permitirnos suponer que los orígenes de la disciplina, en este terreno, se hallan ligados más a una función coercitiva que posibilitadora de una producción subjetiva?

La propuesta de este trabajo es realizar una lectura arqueológica del archivo correspondiente al dispositivo de internación en salud mental de la ciudad de Santa Fe. “Hacer la historia de una práctica racional o más bien de la racionalidad de una práctica” (3) , racionalidad no ligada únicamente a formas de conocimiento sino a los diferentes modos en que los elementos del archivo surgen – se posicionan y se vinculan. A través de esta búsqueda arqueológica no pretendemos implicarnos en “un sondeo o excavación geológica” , sino analizar el discurso en el terreno de “lo ya dicho” (4) , de lo existente, a fin de establecer cuál es el sistema general del que depende, las formaciones discursivas que lo abarcan, las reglas que lo organizan y hacen posible.

Objetivos:

- Investigar la problemática actual de la cronicidad analizando prácticas discursivas en el dispositivo de internación en salud mental en las instituciones seleccionadas en el año 2003
- Identificar en el campo de muestreo definido los discursos existentes acerca de la cronicidad: como concepto /enunciado y las estrategias desde las cuales se la aborda como objeto en salud mental.
- Rastrear posibles relaciones entre estos discursos y su incidencia en la conformación del dispositivo de internación en salud mental en las instituciones seleccionadas.
- Localizar dentro de las prácticas discursivas que regulan la cronicidad en el dispositivo de internación en salud mental: transformaciones, desplazamientos y estabilizaciones; series de enunciados y relaciones poder- saber.
- Indagar acerca de la ubicación de la Terapia Ocupacional como práctica discursiva en estas instituciones y su intervención en relación a la cronicidad.
- Realizar un análisis del dispositivo de internación en relación al abordaje de la cronicidad, comparando las instituciones seleccionadas según la categoría: público – privado.

Metodología:

En el desarrollo de este trabajo se consideran las siguientes categorías metodológicas:

-Rastreo arqueológico del archivo para un análisis comparativo de los discursos sobre la cronicidad y de las condiciones/situaciones que determinan la conservación/transformación de sus enunciados y /o problematizaciones.

-Construcción de una cartografía del dispositivo seleccionado.

-Construcción de series discursivas.

Conclusiones:

Actualmente nos encontramos en la etapa de realización del trabajo de campo de la investigación presentada, por lo tanto no sería posible elaborar conclusiones respecto de los objetivos propuestos. No obstante el camino transitado permite vislumbrar que hacia el final del trabajo encontraremos nuevos interrogantes que resignifiquen, indefinidamente, el ejercicio de la problematización. En este sentido la pregunta por nuestro rol en relación a la construcción y abordaje de la cronicidad en el campo de la salud mental pretende indagar y cuestionarse el propio hacer como terapeutas ocupacionales. Quizás de este modo sea posible rastrear lo establecido, detectar transformaciones aventurarse a descubrir desplazamientos generando un espacio de reflexión que nos permita evitar, creativamente, la sedimentación del propio hacer – saber.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Sozzo, Máximo. 2003. Dictamen de evaluación del anteproyecto de trabajo final de grado de la Licenciatura en Terapia ocupacional de las alumnas: Benassi – Gómez – Rosciani.
- (2) FOUCAULT, Michel 1998. “*Historia de la locura en la época clásica*” Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. de C.V. (IEPSA). (México) **I, II y III** D.F.
- (3) BRITOS, María del Pilar 1998. *Informe de avance del Proyecto “Construcciones, paradigmas, problematizaciones...”* Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de Entre Ríos..
- (4) FOUCAULT, Michel 1997.. “*La arqueología del saber*”. Traducción de Aurelio Garzón del Camino. Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V.. (Madrid), España,
- (5) DIAZ, Esther 1995, “*La filosofía de Michel Foucault*”. Ed. Biblios. (Bs. As).
- (6) Idem anterior
- (7) Idem anterior

Bibliografía Consultada (Se consigna sólo la principal):

- BASAGLIA, Franco 1970. “*La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*”. (Con Nino Vascon, Lucio Schittar Barral y otros). Barral editores. (Barcelona).
- *Biblioteca Salvat de grandes temas* 1973.. “*Psiquiatría y antipsiquiatría*”. Salvat editores. Barcelona,
- BRITOS, María del Pilar. *Asociación Argentina de investigaciones éticas. Consejo regional de Santa Fe* 1994. “Michel Foucault: La constitución del sujeto”. Tekhne impresión. (Rosario), Santa Fe
- DELEUZE, Gilles 1990.. *V.V.A.A. “Michel Foucault filósofo”* Gedisa (Barcelona),
- FOUCAULT, Michel 1992.. “*El orden del discurso*. “Lección inaugural en el Collège d France pronunciada el 2 de diciembre de 1970”. Traducción Alberto González Troyano. Imprenta de los Buenos Aires, S.A. (Buenos Aires), Argentina,
- FOUCAULT, Michel 1999. “*Historia de la sexualidad*” .27ª Edición siglo XXI. Editores (Madrid). España,
- FOUCAULT, Michel 1991. “*Saber y verdad*” Traducción Julia Varela y Fernando Alvarez- Uría. Las Ediciones de La Piqueta. (Madrid), España,
- FOUCAULT, “Michel. *Vigilar y Castigar*” España.
- FRANK, Manfred 1990.. *V.V. A. A. Michel Foucault filósofo*. “Sobre el concepto de discurso en Foucault”. (Barcelona), Gedisa.

- GARCÍA DEL POZO, Rosario 1988.. *Michel Foucault: un arqueólogo del humanismo*. Editorial MAD, S.L. (Madrid) España,
- GOFFMAN, Erving 1989.. “*Estigma. La identidad deteriorada*” 1972 “*Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*” Amorrortu editores, (Buenos Aires)
- HOCHMANN, Jacques. 1971. “*Hacia una psiquiatría comunitaria. Tesis para una psiquiatría de los conjuntos*”. Amorrortu editores, (Buenos Aires),
- *Informaciones psiquiátricas*. 1992. Ponencias presentadas en las Jornadas internacionales de rehabilitación psiquiátrica y estructuras intermedias. Oviedo N° 131/ 1.
- MALACHEVSKY, Jorge. 2001 *Sobre los impactos discursivos en la subjetividad*. Apunte de uso interno de la Cátedra *Psicología*. Fac. de Humanidades y Ciencias U.N.L., (Santa Fe)
- PAGANIZZI, Liliana. *Intervenciones en rehabilitación psicosocial*. Jornadas de Terapia Ocupacional. Hospital José T. Borda. Buenos Aires, 1998.
- QUIVY, “Manual de Investigación en Ciencias Sociales”, Limusa. Noriega Editores
- SARACENO, Benedetto 1998. *La concepción de rehabilitación psicosocial como referencia para las intervenciones terapéuticas en salud mental*. Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo, v, 9, n, 1, p 26-31, Traducción al castellano por T.O. Elizabeth Mengelberg.
- WILLIARD / SPACKMAN. 1993 *Terapia Ocupacional*. Editorial Panamericana, 8° edición. Madrid,

TITULO:

**“ORIENTACION PROFESIONAL EN SALUD MENTAL
APLICACIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL”**

AUTORAS:

LIC. T. O. LILIANA SBRILLER

E-mail: rosalila1@arnet.com.ar

T.O. MÓNICA SCHWARTZ

E-mail: moschwartz@hotmail.com

INSTITUCION:

Hospital General de Agudos Parmenio Piñero

Servicio de Psicopatología y Salud Mental

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Varela 1307- Ciudad de BuenosAires

Teléfono: 4631-1352

Resumen:

El objetivo de esta comunicación libre es describir la implementación de un proyecto pre - experimental de orientación laboral llevada a cabo en un Servicio de Psicopatología dentro de un Hospital General de Agudos.

Considerando las diferentes barreras para la reinserción laboral como la situación socio económica actual, la discriminación y la demanda hospitalaria, se presenta la modalidad de trabajo utilizada.

Introducción:

El objetivo de esta comunicación libre es describir la implementación de un proyecto pre - experimental de orientación laboral llevado a cabo en un Servicio de Psicopatología y Salud Mental de un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2002.

Utilizada con adultos de ambos sexos asistidos en internación breve y seguimiento por consultorio externo por haber padecido, en primera instancia peligrosidad para sí o para terceros, presentando algunos de los casos patología orgánica asociada y entorno social, familiar y económico adverso.

Desarrollo:

La rehabilitación profesional, tradicionalmente está centrada en descubrir y reafirmar capacidades y recursos e investigar los puntos que determinan la desventaja para poder “adiestrar”, según Catherine Trombly (1), enseñar y aprender hábitos de trabajo y habilidades relacionadas con el empleo, para lograr un autoabastecimiento económico. En esta definición, con un sesgo parcial, excluye el medio externo y sus barreras, que consideramos se presenta como adverso a toda rehabilitación profesional.

Este enfoque se emparenta con el “Sistema de Formación por Competencias”, implementada en Gran Bretaña a partir de la década del 80 o el clásico conductismo americano.

Eduardo Rojas (2) afirma que nuestro país emplea para la formación profesional la combinación de aspectos del Sistema Funcionalista (en función de los objetivos de la Empresa) con el Sistema Constructivista canadiense, que toma en cuenta el saber de la experiencia para poder relevarla, organizarla y evaluarla. En este marco, el mediador debe escuchar para poder leer y trabajar sobre las compatibilidades y no sólo sobre las competencias como en los modelos enunciados anteriormente.

En esta perspectiva, el rehabilitador tomaría el papel de mediador, o facilitador, según Adelma Molinari (3), es decir, facilita la integración al mercado competitivo o a alguna modalidad alternativa.

Se utilizan técnicas habituales de terapia ocupacional como el relevamiento de los datos laborales en dos planos, el histórico y el corte en su situación actual, el entorno socio - económico, geográfico y familiar, para destacar los puntos más importantes como causas de despido o abandono del empleo, relación con el desencadenante, tiempo de permanencia, referentes ocupacionales familiares, intereses, habilidades, nivel educacional. Se suman entrevistas familiares, eventualmente con empleadores y en el

grupo se implementan técnicas de búsqueda de empleo como networking, asesoramiento, debates y juegos, implementación de proyectos laborales.

Específicamente la orientación profesional consiste en evaluar las capacidades actuales, los intereses y la factibilidad de concretarlos, encausando la información que se recabó en la etapa de evaluación. Tomando en cuenta los aportes de Silvia Julio (4), se realizan ajustes entre:

- Lo que quiere hacer y las limitaciones y oportunidades del medio, es decir: lo que le dejan hacer.
- Lo que logra y el nivel de exigencia del medio, es decir, lo que esperan de él.
- Lo que elige o rechaza y la coacción, es decir, lo que le obligan a hacer.

Se toma la etapa de orientación como eje del proceso, en tanto se comprobó su utilidad de aplicación dentro de un servicio de internación breve para casos agudos y subagudos dentro de un hospital general, (5) con la mirada puesta en la externación y el tratamiento ambulatorio.

Por otra parte, ni los recursos humanos ni los edificios están preparados para el entrenamiento de hábitos como ocurre en otras instituciones especializadas (6).

Se utilizan técnicos como la entrevista familiar, eventualmente con empleadores y dentro del grupo se implementan técnicas de búsqueda de empleo como networking, asesoramiento, debates, juegos e implementación de proyectos laborales. Los integrantes del grupo pueden recibir información sobre cursos de formación profesional o ser derivados a instituciones especializadas.

Se diferencian los casos que se encuentran con una licencia médica en sus empleos de aquellos que lo han perdido por diferentes causas o no poseen experiencia. Resolviendo la situación de diferentes modos, con una simple reinscripción, con una reinscripción con adecuación de puesto (7) (reducción de horas de trabajo, reorganización de las tareas asignadas en empresas familiares, responsabilidad, contraindicaciones de realización de tareas peligrosas.).

Para Harvey Jacobs (8), encontrar un trabajo no es garantía de mantenerlo, con frecuencia la competencia técnica es un problema menor para el mantenimiento del empleo comparado con los problemas mencionados anteriormente.

Cuando el puesto pueda reagrar su cuadro se indica una reubicación; en el caso de una persona con un trastorno bipolar que se desempeñaba como cajera, luego de la externación fue reubicada como repositora en el mismo minimercado para evitar un nuevo efecto disparador que pudiera afectar su estabilidad laboral. Si existiera una

relación entre el tipo de tarea ejercida y el desencadenante (9) de la crisis es aconsejable una recalificación, es decir un cambio total de oficio o profesión mediado por un curso de formación profesional, tal fue el caso de una bioquímica con diagnóstico de paranoia que desconfiaba de sus compañeros de trabajo en el análisis de muestras durante la cadena de trabajo.

Conclusiones:

Esta exposición, que da cuenta de un proyecto pre - experimental, demuestra la factibilidad de ejecutar un programa de rehabilitación profesional en el área de salud mental adaptándolo a las necesidades del grupo poblacional y los recursos existentes.

Se considera, asimismo la necesidad de encaminar esta investigación para poder evaluar numéricamente su eficacia.

Bibliografía

(1) TROMBLY, Catherine: "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente". Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 1990.

- (México). Traducción: Dr Roberto Carrasco Ruiz. Parte nueve: Enfoque Rehabilitativo.
- (2) ROJAS, Eduardo: "Formación por competencias". Exposición. Primer Seminario de Formación Laboral, empleo y Discapacidad. Hacia la construcción de criterios comunes. Organizado por El Puente Verde, Cospe y el Grupo Integrándonos para Integrar. Noviembre del 2002.(Bs.As.)
- (3) MOLINARI, Adelma: "Modelo Latinoamericano de Formación Profesional aplicado a las personas con discapacidad". Exposición. Primer Seminario de formación Laboral, Empleo y Discapacidad. Hacia la construcción de criterios comunes. Organizado por El Puente Verde, Cospe y el Grupo Integrándonos para Integrar. Noviembre del 2002.-(Bs. As.)
- (4) BULACIO, B., CALABRESSE, A., CATANI, O, GONZALEZ, J., JULIO, S, RAPOPORT, C., RIVERA L., VALLEJO, N. "El problema de la drogadicción" Enfoque interdisciplinario. Cap. VII, JULIO SILVIA "La orientación laboral: un modelo de abordaje clínico". Ed. Paidós 1ra. Edición 1995 P. 169-176 (Bs. As.)
- (.5) LEY 448 DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Publicación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sancionada el 27 de julio de 2000. Título I. Art 13. Inc e) y Art 14 Inc i).
- (6) SUTER M., ARQUEROS, A., ARIAS, E., GONZALEZ, A. Análisis de las prestaciones de Terapia Ocupacional en Talleres Nacionales Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, publicado en el Libro del 2do. Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er. Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Octubre 1988. (Bs. As.). P. 111-114.
- (7) SBRIILLER, Liliana: "Definiciones de las etapas de rehabilitación profesional". Ficha de Cátedra. Terapia Ocupacional V (Habilitación y Rehabilitación Profesional).Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Buenos Aires. 2000. Publicada en Apuntes FUBA 2001
- (8) JACOBS, Harvey E: "Rehabilitación Ocupacional". Cap VII. P. 201-229, publicado en Apuntes para una Facultad mejor, CEP. UBA. Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional IV de la carrera de Terapia Ocupacional, Coord. Docente Lic. A.M. Papiermeister.
- (9) SBRIILLER, Liliana: "Trabajo y esquizofrenia". Capítulo I Qué es el trabajo. Tesis Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de (Mar del Plata). 1995. Inédito.

TITULO:

“INFORMÁTICA: APLICACIONES EN LA CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS”

AUTORA: LIC. T.O MARCELA CAPOZZO

E-mail: marcelacapozzo@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario

José T. Borda (G.C.B.A)

Avda. Ramón Carrillo 375 Ciudad de Buenos Aires

Servicio n° 48 de Terapia Ocupacional

Tel: 4305-5083

Resumen:

En este trabajo se expone acerca de las aplicaciones de la informática en la atención de pacientes con trastornos psíquicos,

El objetivo del mismo es promover el intercambio y la reflexión sobre su implementación en la atención de terapia ocupacional en salud mental.

El punto de partida es la experiencia clínica, que se desarrolla en el Servicio de Terapia Ocupacional en el Hospital Dr. José T. Borda (G.C.B.A). Desde esta base se reseñan brevemente algunas de las aplicaciones afines ligadas al ámbito específico.

Se exponen sintéticamente el modo de implementación de esta actividad, las demandas de la misma; y las condiciones de realización más relevantes de la clínica.

Finalmente se plantea en las conclusiones, en forma sintética en un análisis preliminar, algunas reflexiones teóricas acerca de sus posibilidades de implementación, desde el eje de la clínica centrada en el usuario.

Introducción:

El propósito de este trabajo es presentar algunas reflexiones acerca del uso de la

informática en la atención de personas con trastornos psíquicos. Esta experiencia clínica se lleva a cabo en el Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional del Hospital Dr. José T. Borda del G.C.B.A., y comprende tanto a población de pacientes internados como ambulatorios.

Mi intención, a través de esta presentación, es compartir las observaciones que habitualmente constituyen una charla con colegas del servicio, con otros que también estén empleando la informática y aproximarnos a esbozar algunas de sus aplicaciones en la atención de terapia ocupacional en salud mental.

Sobre las aplicaciones de la informática en la atención en salud mental:

A fin de recabar información sobre otras experiencias similares, realicé una búsqueda en internet de la misma rescato la siguiente información:

*en el ámbito de la educación especial se la emplea como un instrumento de información y comunicación, partiendo de considerar que los ordenadores se han convertido en un instrumento fundamental en distintos ámbitos de nuestra vida. Se plantea también las diferencias entre el uso que de ella hacen los usuarios con y sin discapacidad o necesidades especiales, enfatizando la importancia de su uso como ayuda técnica para los primeros. (1)

*la informática se ha convertido además en un área de trabajo desde el campo de la rehabilitación, existiendo varios programas que abordan el tratamiento del deterioro cognitivo, que afecta a grupos variados de población (deficientes mentales, traumatismos craneoencefálicos, ancianos con demencia, esquizofrénicos crónicos).

Desde la perspectiva de considerarla en su uso corriente y dada la preeminencia de sus aplicaciones en la cotidianeidad en los últimos años en nuestro país y sobretodo en la ciudad de Bs.As. ; es que esta actividad se comenzó a incluir en el tratamiento. En principio, a partir de la propuesta conjunta de profesionales y pacientes y fue cobrando relevancia ,dentro de la oferta de actividades en el tiempo, debido a la demanda de los consultantes, la disposición de más equipos de computación, a la par de su avance en el ámbito cotidiano y sociocultural.

Características del modo de implementación de la actividad:

La propuesta es amplia, ya que comprende tanto a quienes conocen y manejan algunos

de los programas o realizaron y/o realizan algún curso y también a aquellos que no han tenido acceso al manejo de una computadora, convirtiéndose en este caso en una experiencia inaugural con relación a la informática.

Las sesiones son individuales y cada paciente tiene la posibilidad de disponer por una hora de una computadora para él.

Al momento de acordar con cada uno el inicio de la actividad se establecen el encuadre y las condiciones de realización de la misma, especificando que no se trata de un curso de computación, como suelen decir, sino que la propuesta es un aprendizaje básico del manejo de la computadora, a modo de un primer acercamiento a la informática. Claro está que esto varía en cada caso particular, ya que en la entrevista previa además de acordar respecto del encuadre, se indaga sobre el interés particular en la actividad que cada uno detenta.

Con respecto al mismo hay quienes se manifiestan interesados porque lo consideran importante para una salida laboral, otros que básicamente quieren empezar a conocer sobre el manejo, otros tienen un interés específico de aplicación (por ejemplo manejar Internet para conectarse con equipos de fútbol europeos, o para confeccionar un guión de cine, o para hacer su curriculum, etc.).

Sobre las demandas de la actividad:

La actividad de manejo de la computadora implica varios requerimientos básicos: coordinación óculo manual, que implica un cierto nivel de destreza manual y visión, disposición a mantener un cierto nivel de atención y concentración, además permite la ejercitación de la memoria, la capacidad para comprender y ejecutar secuencias de pasos y acciones y desde ya la motivación para el sostenimiento del proceso de aprendizaje o práctica.

El interés que cada uno trae es el punto de partida y desde allí acordamos una forma de trabajo en conjunto, que se modifica de acuerdo a los alcances de la actividad para cada uno.

Esto implica que algunos sólo lleguen a familiarizarse con el manejo de algún programa, por ejemplo el Word, para luego pasar por una etapa de afianzamiento a través de la práctica, mientras que otros pueden avanzar en menor tiempo sobre otros programas también para luego acceder a realizar un curso formal de informática fuera de la institución.

En el inicio las sesiones de transmisión de los conocimientos necesarios para operar la computadora se efectúan paso a paso, siguiendo las consignas del terapeuta ocupacional

sobre las indicaciones de la técnica. Cada uno se organiza frente a la computadora con su tiempo y sus posibilidades, y va avanzando en ese sentido según ello y en función de su propio interés.

Como ya señale antes la intencionalidad frente a la propuesta determina el modo inicial de contacto con esta actividad, que se confronta con las posibilidades y limitaciones que el equipo y el software plantean como a las acciones que se pueden realizar operándola.

Conclusiones:

Esta actividad propone múltiples alternativas de implementación. Desde mi experiencia en la clínica centrada en el usuario, al utilizarla rescato la posibilidad de que cada uno delimite la dimensión que le dará a la misma, la que también puede variar durante su desarrollo.

En esta etapa de reflexión sobre las observaciones clínicas, he encontrado que las dimensiones simultáneas que plantean las actividades (personal-singular, grupal - convivencial, y cultural-social) (2) se evidencian en la realización de esta actividad.

Así entonces para algunos el manejo de la computadora, se acerca a la dimensión subjetiva, casi de uso cotidiano, con una valoración personal signada por su historia ocupacional y/o laboral.

Otros la ubican en la dimensión social, ya que piensan en utilizarla como una herramienta para la comunicación con otros, o adquiere un valor para su entorno personal particular a la cual adhiere, por lo cual su conocimiento adquiere un sentido que trasciende el meramente personal.

Finalmente, estas dimensiones, personal y social, se encuentran subsumidas en la cultural, ya que la informática ocupa hoy un lugar de preeminencia en la cotidianeidad, determinado por sus diferentes usos en el campo laboral, en la comunicación, en la educación, y es en relación con este desarrollo que su conocimiento y manejo influye en forma directa en las posibilidades de acceso a distintos ámbitos sociales, laborales y culturales.

Desde esta perspectiva su aplicación en la clínica de pacientes con trastornos psíquicos permite abordar diferentes y variadas problemáticas, constituyendo además una actividad donde la dimensión y significación que ella adquiere para cada uno es en principio el eje desde el cual su inclusión se ha tornado relevante, siendo también importante continuar realizando observaciones sobre su aplicación a la clínica.

Bibliografía:

1-*Journal of the American Medical Association -Artículo”Los computadores invaden el mundo de la psiquiatría”- Septiembre 17,1997- Publicado on line- Buscador Yahoo

* Colis, José Augusto -Artículo”Internet, leyes virtuales”- 2000-Publicado on line- Buscador Yahoo.

*Martínez, Monés, Alejandra-Artículo”Desarrollo de una aplicación multimedia para la rehabilitación neuropsicológica-Programa AIRE” Centro de Tecnologías Informáticas-2001

Publicado on line- Buscador Yahoo.

* Prendes Espinoza, Ma.Paz-Artículo”Nuevas tecnologías aplicada a la educación especial”-Universidad de Murcia-España 2001- Publicado on line- Buscador Yahoo.

2-* Paganizzi, Liliana y otros -”Terapia Ocupacional del hecho al dicho”-Psicoterapias asociadas editores- 1º Edición Bs.As. 1991.

* Paganizzi, Liliana-”Actividad -Lenguaje particular”-Edición de la autora-1º Edición .Bs.As. Septiembre 1997.

MESA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN CON OPCIÓN A PREMIO

MESA 1

TITULO:

**“TRABAJO PROFESIONAL DE TERAPISTAS
OCUPACIONALES. ANTECEDENTES Y ESTADO
ACTUAL”**

AUTORA: LIC. T.O LILIANA PAGANIZZI

E-mail: Paganizzi@uol.com.ar

INSTITUCIÓN:

Curaduría General de Alienados

Calle 45 N940 Ciudad La Plata Provincia de Bs. As.

E-mail: curofimp@infovia.com.ar

Resumen:

Este trabajo se organiza según una suerte de premisa que escucháramos del Dr. Enrico Montovio (2002) “Aprender un trabajo es relativamente fácil, lo que resulta verdaderamente complejo, es trabajar”.

Reconocemos ineludible la formación académica universitaria, habilitante para el ejercicio profesional pero aquí tomaremos aspectos del desarrollo profesional, como una construcción que deviene de la dinámica entre contribuciones y retribuciones que varían según distintos momentos históricos.

Desde una apretada síntesis se retoman y recortan características inaugurales de nuestra profesión ligadas básicamente al *saber hacer* y a los medios para el logro de reconocimiento.

Por último se muestra un análisis de datos que conforman un perfil de desarrollo profesional posible de Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Buenos Aires, egresados de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional entre los años 1964 y 1996.

SINTESIS PARA LA EXPOSICIÓN

Introducción.

Este trabajo se organiza según una suerte de premisa que escucháramos del Dr. Enrico Montovio (2002) “Aprender un trabajo es relativamente fácil, lo que resulta verdaderamente complejo, es trabajar”.

Reconocemos ineludible la formación académica universitaria, habilitante para el **ejercicio profesional** pero aquí tomaremos aspectos **del desarrollo profesional**, como una construcción que deviene de la dinámica entre contribuciones y retribuciones que varían según distintos momentos históricos.

Desde una apretada síntesis se retoman y recortan características inaugurales de nuestra profesión ligadas básicamente al *saber hacer* y a los medios para el logro de reconocimiento.

Por último se muestra un análisis de datos que conforman un perfil de desarrollo profesional posible de Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Buenos Aires, egresados de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional entre los años 1964 y 1996.

1. Notas sobre los inicios. El escenario, las administradoras y sus mentores.

Los antecedentes de la utilización de actividades para paliar el sufrimiento de hombres y mujeres recorren la historia misma de nuestra cultura, el conocimiento sobre la utilización de actividades viene superando el estudio de aquellos que las proponen.

Es recién a principios del siglo XX que en E.E .U.U. las personas que utilizaban actividades en los hospitales de larga estadía comienzan a tener nombre y apellido en tanto se constituían en administradoras de cursos cortos, demostraban la eficacia en el campo mismo, eventualmente ensayaban publicaciones generadoras de opiniones y algunas adhesiones a la propuesta terapéutica que se construía.

Podemos decir que el trabajo arduo de mujeres como Susan Tracy, Eleonor Clarke Slagle (inicialmente enfermera una y Asistente social otra) con el apoyo de psiquiatras como Meyer, Hall y Dunton inician el trabajo de profesionalización de la Terapia Ocupacional que por cierto logra sortear el límite de los hospitales de larga estadía y asilos en ocasión de la participación de EE.UU. en la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Se consolidará luego con la participación en la Segunda (1938-1944).

Esta situación de diferenciación de las actividades auxiliares de la medicina con capacitación específica no se verá en Argentina hasta la creación del Ministerio de Salud. en el período 1943-1949.

El hospital se profesionaliza y su objetivo muda de proveer albergue a la oferta gratuita de tratamiento de la enfermedad (Arce, 1997).

Los hospitales generales complejizan su administración y las antiguas auxiliares casi indiferenciadas adquieren perfiles propios y capacitación específica.

En el año 1956, la denominada Revolución Libertadora había derrocado a Perón.

En uno de los edificios construido por la Fundación Eva Perón en la calle Ramsay, ya habían finalizado con una gran quema de todo aquello que llevara sello "Fundación" cuando el brote de Poliomiélitis promueve su re apertura inaugurando así el local de la Rehabilitación en Argentina.

El Ministro de Relaciones Exteriores Nicanor Costa Méndez conocía la Terapia Ocupacional por método directo, había sido paciente de Terapistas Ocupacionales en Inglaterra. Por su sugerencia es que arriban las T.O inglesas a nuestro país. A la calle Ramsay precisamente.

Nace la profesión en la Argentina. En la ENTO (Escuela Nacional de Terapia Ocupacional) entre el año 1962 y el 2001 se sucederán 4 Terapistas Ocupacionales como Directoras, que asumirían el cargo por Jubilación de la anterior, tal es el movimiento que permite la dependencia administrativa dependiente de Salud.

En el 2003 la dependencia académica es universitaria y la administrativa continúa siendo a cargo de Salud. A partir de 1996 hasta la fecha se crean 3 carreras de T.O, dos dependientes de Universidades privadas y una Estatal. La provincia de Buenos Aires concentra 6 de las 8 carreras existentes en el país, 4 funcionan en Capital.

De esta apretada e incompleta síntesis subrayo la vigencia actual de considerar que el crecimiento profesional se constituye por el esfuerzo y la habilidad de los terapeutas para involucrarse en los escenarios políticos y sociales, cambiantes y aparentemente adversos pero que el desarrollo profesional se constituye por la vía del reconocimiento.

El reconocimiento parece devenir de la eficacia de los métodos que se transmiten por la experiencia misma, del reconocimiento al saber hacer de parte de pacientes, clientes. y/o por el impulso que le impriman profesiones tradicionales, en esta historia Médicos y militares o similares con funciones varias (ministros, secretarios, directores, jefes de servicio.)

Para confirmar la sospecha de algunos y la certeza de otros, este tipo de reconocimiento resulta ya merecedor de una doble adjetivación: Indispensable e insuficiente.

Porque en este tipo de reconocimiento, de vital importancia por cierto, los juicios devienen por vía jerárquica, su eje es vertical pero, parece ser que se sostiene en tanto podamos trazar un eje transversal, de reconocimiento que se constituye por el juicio de los pares, de colegas que se reconozcan como un cuerpo profesional, tolerando las diferencias. Supongo que en nuestro medio este eje transversal está en construcción y las vicisitudes no son menores.

2. Trabajo profesional y reconocimiento.

Los planteos actuales acerca de la Psicodinámica del Trabajo (Dessors y Molinier,

1998) consideran que el trabajar es beneficiarse con un lugar para hacer y hacerse con otros. Conlleva una dimensión de carácter subjetivo⁷ que se despliega, recrea y sólo sobrevive en el campo (Dejours, 1998) El trabajo complejiza al empleo y supone esfuerzos de inteligencia y esfuerzos para generar opinión y debate.

Esta movilización es extremadamente frágil, costosa y depende de la dinámica entre **contribución y retribución** por la vía del **reconocimiento**.

El esfuerzo de inteligencia parece hasta el momento ligado al “*saber hacer*” práctico, el saber empírico de los conocimientos informales, de la experiencia vivida.

Según Dejours (1998) la inteligencia práctica es una inteligencia que parte del cuerpo, su motor es la astucia, se aplica a todas las actividades incluyendo las teóricas.

La justificación, la explicación, la elucidación, la legitimidad intervienen después del acontecimiento, en suma la experiencia precede al saber.

Pero es preciso que el saber que deviene de la práctica se constituya en relato o se convierte en texto como contribución a la construcción de opiniones.

En cuanto al **reconocimiento**, se trata de una de las formas en que se manifiesta la retribución, no es por cierto una simple búsqueda de reivindicación sino que constituye una pieza maestra de todo trabajo.

El reconocimiento pasa por la construcción rigurosa de *juicios* que se refieren al *trabajo realizado*. Entre los diferentes tipos de juicios que componen el reconocimiento Dejours (1998) identifica el **juicio de utilidad** y el **juicio de belleza**.

⁸El **juicio de utilidad** es una de las formas de retribución a las contribuciones singulares o colectivas. Se trata del reconocimiento que deviene por vía jerárquica que habilita espacios de acción y/o decisión y por la vía de los clientes, pacientes, asistidos, alumnos. El Juicio de utilidad por vía Jerárquica inaugura la historia de antaño y pareciera que aún hoy es el factor determinante del reconocimiento.

El **juicio de belleza** en cambio proviene de los propios pares, de los colegas que conocen el trabajo, las reglas, las dificultades y contradicciones del trabajo práctico o del aporte teórico, de aquellos que comparten el *saber hacer*. Es por medio de este reconocimiento que se integra un colectivo o una comunidad de referencia.

⁷Subjetividad caracterizada por ser un proceso interno de producción, pero como producto de las relaciones sociales, culturales familiares por la que pasa el individuo. (Rocha Medeiros, 2001)

El trabajo profesional entonces se construye a partir de la dinámica de las contribuciones y las retribuciones por su doble vía.

Veamos entonces algunos aspectos del desempeño profesional de colegas partir de las **contribuciones** en el terreno de la docencia, de la realización de trabajos y sus publicaciones, de su inversión en cursos y Jornadas.

En cuanto a lo que a **reconocimiento** se refiere tomaremos sólo un aspecto del juicio de **utilidad** a través de un indicador: el del desempeño en cargos de coordinación o Jefaturas, los que no se obtienen sin la anuencia de las jerarquías institucionales.

Se trata de Terapistas Ocupacionales que egresadas entre 1964 y 1996 inauguran el desempeño profesional en la Ciudad de Buenos Aires.

3 Los datos y sus fuentes.

Fuente: 100 currículums de Terapistas Ocupacionales.1

Los datos: Están agrupados en 6 ítems 1) años de desempeño docente.2) número de Jornadas y Congresos.3) número de cursos realizados 4) trabajos presentados.5) trabajos publicados. 6) Jefaturas y/o coordinación de áreas.

Valor del ítem: mediana de ítems1, 2, y 3. Modo de ítem 4 y5

El período 1964-1996 expresa un universo que tiene entre 36 y 4 años de antigüedad en la profesión y da cuenta de datos globales. (2)

Hemos realizados luego dos cortes que provocan tres grupos

1. **1964-1974** de 29 años de profesión
2. **1975-1984** de 18 años de profesión
3. **1985-1996** de 9 años.

(1) constituyen el 100% del alumnado del Ciclo de Complementación Curricular, Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nac. de San Martín del año 2000 y que representan aproximadamente el 10% de todas las egresadas entre 1964 y 1996. (933 egresados al año 1996) según registro egresados de ENTO. 1964-1996.

(2)El trabajo de análisis de los datos obtenidos fue parcialmente presentado en el I Foro Nacional de Terapia Ocupacional (Buenos Aires, 2000) que impulsado por la Revista Materia Prima propuso un espacio para pensarnos como cuerpo profesional con memoria histórica, revisión crítica. (Monzón, 2001).

Datos Globales

Analizados los datos de la población mencionada podemos decir que el terapeuta medio accedía en el año 2000 a su título universitario con el siguiente bagaje:

5 años de docencia 14 Jornadas y Congresos 9 Cursos realizados

4 Trabajos presentados 2 Trabajos publicados 43% en jefaturas y/o coordinación
Datos por grupos. Ver tabla 1.

Grupo 1964-1974 .Se trata de Terapistas que cuentan entre 36 y 26 años de desempeño profesional, el 80% cumplen funciones de jefaturas y/o coordinaciones de área, mayoritariamente en la administración pública y no exclusivamente.

El 90% ha realizado actividades docentes sistemáticas dentro de la profesión, unos 18 años, en ninguno de los casos ha constituido una actividad exclusiva

El 75% ha publicado trabajos (moda) 9 trabajos, se encuentran valores considerablemente más altos en las T.O que se desempeñan en campo psiquiátrico.

Publicaciones: El 30% de lo que presentan.

En cuanto a Jornadas y Congresos: uno por año en la mediana 29 años de profesión y casi un curso por año.

Grupo 1975-1985. Se trata de colegas de 25 a 15 años de antigüedad.

El 50 % se desempeña como Jefa y/o coordinadora de Área.

El 75% ha realizado y realiza actividad docente con una mediana de 7 años.

El mismo porcentaje (75%) ha presentado trabajos (5), la mitad de este valor han sido publicados.

Realizan más de un Congreso y /o Jornada por año, y más de la mitad de un curso en el mismo lapso.

Grupo 1986-1996 El 34% desempeña actividades de Jefaturas o Coordinaciones de área. Con 14 a 4 años de desempeño, con una mediana de tres años de docencia. Casi un curso por año 2 trabajos presentados, la mitad publicados.

Comparativos Ver gráfico 1.

Docencia: El primer grupo presenta la frecuencia más alta en Docencia, duplicando al tercero, sin embargo señalamos que este estudio no ha valorado el año de inicio de las actividades mencionadas de las primeras ni los factores históricos de la profesión que pueden haber llevado a las primeras a realizar rápidamente actividades docentes por la escasez de recurso profesional que recién se formaba.

Jornadas y Congresos: llamativamente se mantiene una frecuencia muy similar en los tres grupos, levemente más alta en el Grupo 18 años. Seguramente por motivos diferentes esta actividad aparece como un rasgo común de la población, sostenida a lo largo de los años de desempeño. (29, 18 y 9 años)

Cursos realizados: Levemente más alta en el grupo 9 años. Del análisis de los

curriculum se desprende la participación en los programas de Residencias que comenzaron a funcionar por los años '88-'90, así como los postgrados en Gerontología y cursos organizados desde el ámbito estatal hospitalario.

Trabajos presentados: Mantiene la frecuencia levemente más alta el Grupo 29 años, señalamos al igual que en Docencia que este estudio no ha valorado el año de inicio de esta actividad por lo que estimamos que el grupo 9 años viene con una frecuencia muy interesante.

Trabajos publicados: Levemente más alta en el Grupo 18 años, señalamos que este grupo así como el de 9 años ha publicado al menos el 50% de lo presentado mientras que el de 29 años lo ha hecho con la tercera parte de sus producciones.

En síntesis.

Los datos aquí planteados muestran como mínimo un trabajo profesional que trasciende con holgura el desempeño intra institucional y la formación inicial de pre grado. Sin duda los distintos grupos se encaminan en la educación continuada.

Mostramos un perfil de desarrollo que permite suponer un trabajo arduo y sostenido con el que pretendemos movilizar el Juicio que emana de los pares porque mal se puede reconocer una comunidad cuando la historia y los recorridos se desvanecen.

Bibliografía.

Arce, Hugo. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en Argentina. Serie Financiamiento del Desarrollo. Naciones Unidas. Santiago de Chile. 1997.

Asociación Trabajo y Sociedad. CONICET. Ed. Lumen. Bs. As. 1998.

Daneri, Mengelberg y Capozzo. *Terapia Ocupacional*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol.VIII. Marzo-Abril-Mayo. Bs. As, 1997.

Dejours, C *De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* en Organización del Trabajo y Salud.

Dessors, D y Molinier, P. *La psicodinámica del trabajo* en Organización del Trabajo y Salud.

Hopkins, Helen. *Una perspectiva histórica en Terapia Ocupacional*. En Willard y Spackman. Occupational Therapy. 6ed. Philadelphia: J.B Lippincot Co. 1984.

Magalhaes, Lilian. Os Terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradicão. Dissertação do Maestrado. UNICAMP. Campinas. Brasil 1989. (S/ed.)

Monzón, Andrea. *I Foro Nacional de Terapia Ocupacional. Apertura.* Revista Materia Prima. Año 5. Nro.18. Buenos Aires. Marzo-Junio 2001

Rocha Medeiros. H. Orígenes, caminos y nuevas perspectivas en Terapia Ocupacional.

Tabla 1.

DATOS COMPARATIVOS

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Al realizar el análisis de los datos por grupos incluimos la relación entre los años de desempeño y el valor del ítem para establecer una aproximación a la frecuencia con la que se vienen realizando las actividades profesionales que se mencionan, esta frecuencia se expresa como “razón” (r: valoración del ítem)

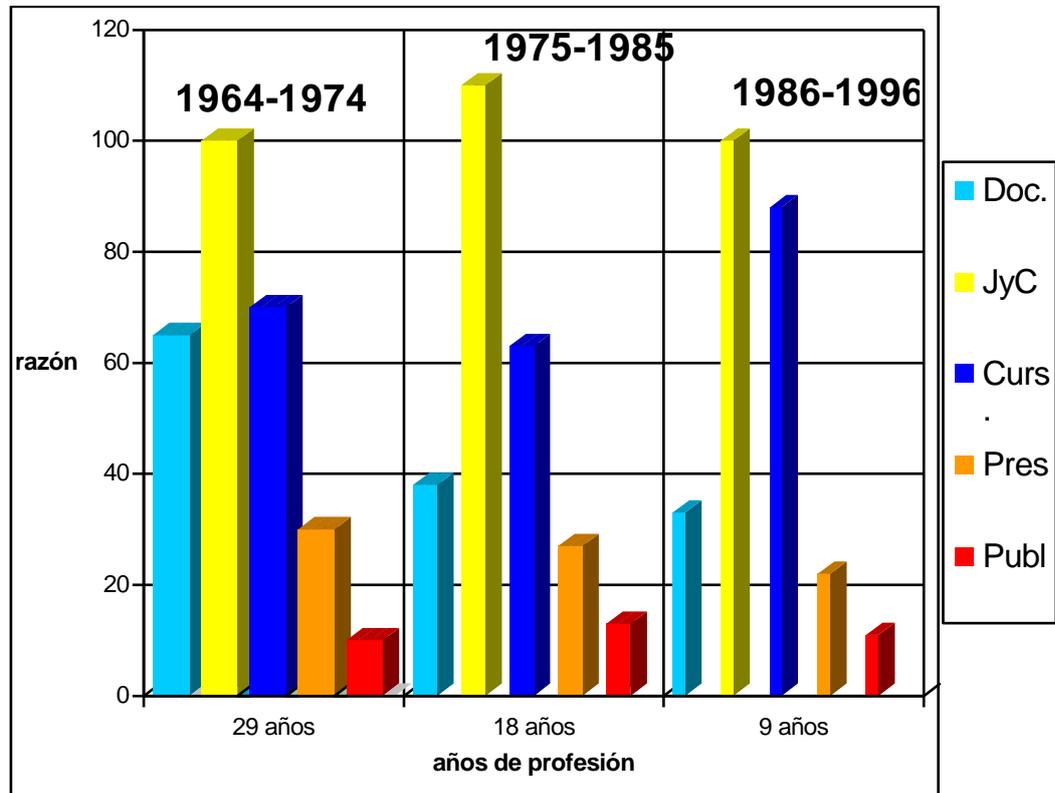
Años de desempeño

Con resultados de este proceso construimos la tabla1 (comparativo de los tres grupos)

Rangos	Docencia	Jor. y Cong	Cursos	Trab.pres.	Trab. Publ.	Coord./jefaturas
--------	----------	----------------	--------	------------	----------------	------------------

1964-1974	0.65	1	0.70	0.30	0.10	80%
1975-1985	0.38	1.1	0.63	0.27	0.13	50%
1986-1996	0.33	1.	0.88	0.22	0.11	34%

Grafico 1. Comparativos.



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN COMPLETO

Trabajo Profesional de Terapistas Ocupacionales en la Ciudad de Buenos Aires.

1964-1996

Introducción.

Este trabajo se organiza según una suerte de premisa que escucháramos del Dr. Enrico Montobbio (2002) “Aprender un trabajo es relativamente fácil, lo que resulta verdaderamente complejo, es trabajar”.’

Reconocemos ineludible la formación académica universitaria, habilitante para el **ejercicio profesional** pero aquí tomaremos aspectos **del desarrollo profesional**, como una construcción que deviene de la dinámica entre contribuciones y retribuciones que varían según distintos momentos históricos.

Tomaremos los aspectos del desarrollo profesional que hacen al trabajo efectivo del Terapeuta Ocupacional que trasciende el campo específico de la clínica.

Se trata del trabajo cuya dinámica no se encuentra prescrita en las incumbencias profesionales ni en las leyes vigentes sino que se elabora y teje en una apretada trama entre la tradición, la innovación y la transmisión.

En la primera parte se retoman y recortan características inaugurales de nuestra profesión ligadas básicamente al *saber hacer* y a los medios para el logro de reconocimiento.

La segunda parte está referida a algunos conceptos teóricos actuales sobre las contribuciones y retribuciones que conforman la dinámica del trabajo que superan y complejizan el empleo.

Por último se muestra un análisis de datos que conforman un perfil de desarrollo profesional posible de Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Buenos Aires, egresados de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) entre los años 1964 y 1996.

Objetivo general.

- Conocer el desarrollo profesional de Terapistas Ocupacionales de la ciudad de Buenos Aires egresados de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) entre 1964 y 1996.

Objetivos específicos.

- Identificar similitudes y diferencias del desarrollo profesional según años de egreso.
- Conocer las áreas de interés de futuros trabajos de investigación.

Metodología:

- Búsqueda, análisis y registro de bibliografía específica para notas históricas y notas teóricas respectivamente.
- Procesamiento, análisis, registro de los datos y expresión gráfica del tema desarrollo profesional.
- Ordenamiento, recolección de datos, análisis, registro y expresión gráfica del tema Áreas de interés para trabajos de investigación.

Fuente de los datos.

- Archivos del Ciclo de Complementación Curricular Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Terapia Ocupacional: Grilla de Ingreso 2000, archivo de Diseños Preliminares de Investigación años 2001 y 2002.
- notas históricas y teóricas, ver en Bibliografía.

Antecedentes.

1985.

El primer trabajo que toma al Terapeuta Ocupacional y su desempeño como protagonista de la investigación misma lo hallamos en el cuadernillo del Primer Congreso Nacional de Terapia Ocupacional en la Ciudad de La Rioja en el año 1985. Se trata de “Campo Ocupacional de los terapeutas ocupacionales en Argentina” de Villarroel de Naess y Casteleti, en la biblioteca de la ENTO se encuentra el trabajo original con el formato de ficha. Sin editar.

1989.

Lilian Magalhaes, Terapeuta Ocupacional brasileña realiza su tesis de maestrado sobre “Los Terapeutas Ocupacionales en Brasil; bajo el signo de la contradicción”.

1996.

La revista Materia Prima realiza un relevamiento acerca del número de Terapistas

Ocupacionales y su distribución a nivel nacional.

1997.

La Dra. Carmen Teresa Costa Souza, Terapeuta Ocupacional brasileña presenta un estudio sobre características socio demográficas del T.O brasileño en el V Congreso Brasileño y IV Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Minas Gerais. 1997. Brasil.

1998.

La publicación mencionada continúa su relevamiento ajustando los datos que obtiene a través de la convocatoria a distintas provincias. (Construyen un registro de 1033 terapistas ocupacionales, el 40% en Capital) Revista Materia Prima. Año 2. Nro.6. Dic-Feb 1998.

2000.

Con la colaboración de Marta Doermer (T.O argentina e integrante de la Comisión de Egresadas de la ENTO para la Homologación de Título) procesamos parte de los datos que aquí se presentan. Los datos a nivel global período 1964-1996 (sin categorizar) formaron parte de la presentación “Terapia Ocupacional en la ciudad Buenos Aires” en el Foro Nacional de Terapia Ocupacional organizado por la Revista Materia Prima en Buenos Aires.

2002.

En co autoría con Marta Doermer presentamos con la modalidad de Poster “Perfil del Terapeuta Ocupacional en Buenos Aires” en el 13º Congreso Mundial de Terapia Ocupacional. Estocolmo. Suecia.

En síntesis este trabajo pretende aportar datos actuales del trabajo profesional desarrollado por Terapistas Ocupacionales en la Ciudad de Buenos Aires en el período 1964-1996 egresados de la ENTO cuando ésta se constituía la única oferta académica de este territorio geográfico.

1. Notas históricas sobre el desarrollo profesional.

1.1 El escenario.

Los antecedentes de la utilización de actividades para paliar el sufrimiento de hombres y mujeres recorren la historia misma de nuestra cultura, el conocimiento sobre la utilización de actividades viene superando el estudio de aquellos que las proponen.

El escenario institucional de los inicios lo constituyen en Argentina los hospitales que dependientes del estado o de comunidades extranjeras están dirigidos a las personas con menos recursos. Denominados por Arce (1997) como Hospitales de **Primera Generación**, sostienen como objetivos programáticos el **aislamiento** (entre pacientes entre sí y con la comunidad) y la **beneficencia**, iniciativas filantrópicas de las clases pudientes hacia los pobres.

Psiquiatras americanos, argentinos, brasileños, entre muchos otros, traen a estas latitudes las experiencias observadas en los hospitales europeos de larga estadía, preconizan el trabajo como forma de mantener el orden en los asilos y eventualmente por el efecto curativo - tranquilizador que parece provocar en los participantes.

A principios de siglo se encuentra el Dr. Cabred en la dirección del Hospital de las Mercedes (Daneri y otros, 1997) organizando nuevos sistemas de recuperación de los alienados a través de talleres con producciones varias (pan, objetos de cuero, hortalizas, prendas de vestir, etc.).

En Brasil por 1929 el Dr. Henrique de Oliveira Matos toma como referencia la terapéutica por el trabajo que se había implementado en el Hospital de Juquerí (a 40km. de San Pablo) y presenta su tesis de Doctorado con el tema “La laborterapia en las afecciones mentales” (Texeira Soares, 1991)

En EE .UU, psiquiatras como Adolf Meyer o Herbert Hall parecen estar aplicando la misma filosofía, sin embargo algunos hechos particulares se recortan como singulares y se constituirán en inaugurales de la profesión: algunas mujeres que por filantropía o empleo propiamente dicho adhieren a las propuestas de los mencionados, u otros, y toman por su cuenta la capacitación de personal para la utilización de actividades, además del trabajo que ellas mismas llevan adelante.

Es recién a principios del siglo XX que (en EE .UU.) las personas que utilizaban actividades en los hospitales de larga estadía comienzan a tener nombre y apellido en tanto se constituían en administradoras de cursos cortos, demostraban la eficacia en el campo mismo, eventualmente ensayaban publicaciones generadoras de opiniones y algunas adhesiones a la propuesta terapéutica que se construía.

1.2. Las administradoras y sus mentores.

Es el año 1905, Susan Tracy se encuentra realizando un curso de enfermería, conoce el alivio que produce en sus pacientes postrados la propuesta de alguna ocupación posible,

también la realización de actividades sencillas de auto cuidado, un año después (1906) sistematiza su experiencia y organiza el primer curso para “instructores” que enseñaran actividades a pacientes. Hasta entonces los artesanos aparecían como los profesores más idóneos, ahora se incrementa el requerimiento para tal tarea, deben conocer elementos básicos de medicina para percibir señales de fatiga, tensión y/o las limitaciones que le imponen los distintos sufrimientos, las enfermeras parecían ser entonces las persona más idóneas para tal propuesta.

En 1910 (Tracy) logra una primera publicación “Estudios en Ocupaciones para Inválidos. Un manual para enfermeros y asistentes” (Hopkins, 1984) Allí aparece por primera vez la propuesta y el método de enseñanza de actividades según diagnóstico médico y ambiente de residencia (hospital, hogar.)

Durante el mismo período la Escuela Civil Filantrópica de Chicago realiza varios cursos (también a cargo de mujeres) que pretenden sustituir la idea custodial que imperaba en los asilos para insanos por propuestas educacionales a través de la promoción de juegos, artesanías. Los candidatos para realizar tales propuestas se llamarían “trabajadores ocupacionales” y se calificaban según tres categorías: asistentes sociales, enfermeras, maestras de Jardín de infantes o artesanos. Las enfermeras sostenían que tenían más calificación por sus conocimientos acerca de la medicina y esta controversia (entre lo social y lo médico) continuó por muchos años a la vez que la primera instructora, Julia Lanthrop sostenía que “el tratamiento ocupacional tendría un gran futuro en los hospitales y que este servicio debería ser asumido por persona educadas específicamente para eso”. (Hopkins, 1986).

Una alumna de Lanthrop, estudiante de Servicio social, Eleanor Clark Slagle finaliza el curso y al año siguiente, 1911, coordina uno similar en Michigan. Con la supervisión de Meyer regresa a Chicago y en 1915 organiza la primera escuela profesional “Escuela de Ocupación Henry Favill” de la que será Directora entre 1918 y 1922.

Entre tanto el Dr. Willam Dunton estudia el libro de Tracy y asume la responsabilidad de conducir las clases para enfermeras en el Asilo Sheppard, en 1915 se encuentra en condiciones de presentar su publicación “Terapia Ocupacional- Un manual para enfermeros”.

Un arquitecto inquieto, George Burton, se suma a la promoción de estas nuevas técnicas, habiendo sido directamente beneficiado por estas propuestas al recibir

tratamiento por padecer los efectos de la Tuberculosis. A él se le adjudicará la denominación de Terapia Ocupacional y resultará junto a Slagle, Dunton y otros uno de los fundadores de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional que marca el inicio de la organización profesional.

1.3. Los avatares políticos.

La participación de EE.UU. en la Primera Guerra Mundial (1914-1918) provoca, entre otros muchos efectos, un cambio en la propuesta hospitalaria y especialmente en el tratamiento de las personas con discapacidad. La necesidad imperiosa de dar respuesta a las consecuencias físicas y psíquicas de los que participan en la guerra europea llevan a las autoridades políticas y sanitarias a re programar los objetivos hospitalarios. Ahora serán “Hospitales de Reconstrucción”.

Esta etapa marca la ampliación de las que hoy podríamos llamar las “incumbencias” profesionales. Ya no se trata de atenuar los efectos de las largas estadías hospitalarias ni de procurar una vida un poco más digna a los alienados que vivirían de por vida en los asilos. Los terapeutas ocupacionales serán ahora “auxiliares de Reconstrucción” clase 2, los fisioterapeutas, serán clase 1.

Acerca de esta ampliación de incumbencias Hopkins (1986) relata brevemente que Slagle se acerca a autoridades del Ejército para hacer una propuesta de participación y que luego de una oposición inicial logra la inclusión en Hospitales Militares. Magalhaes (1989) en cambio nos cuenta “... cuando el Dr. Frankwoord Williams solicitó que Washington liberase terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de heridos de guerra en territorio europeo encontró una gran desaprobación de parte de los militares. A través de un disfraz de las categorías profesionales el médico insistió en sus propósitos y envió “algunas amigas” inscritas en la categoría “personal de limpieza”

Según la autora citada, el Coronel Salman, Jefe de la División Psiquiátrica en Francia le ordena luego “enviar más de 1000 de esas auxiliares en cuanto pueda capacitarlas,... esas mujeres valen su peso en oro.”

Entre 1918 y 1921unas 25 escuelas habían graduado más 1600 “auxiliares de reconstrucción”. Superado el tiempo de capacitación de emergencia en la década siguiente se pautarán los requisitos para acceder al título de Terapeuta Ocupacional, resultan sólo 318 matriculadas en el Registro Nacional de 1931. Sólo en la Escuela de St. Lois se aceptaban varones, las demás continuaban con exclusividad para mujeres.

El crecimiento de la profesión decae hasta la demanda que nuevamente deviene a partir de las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial (1938-1944). En 1947 se realiza el primer Examen Nacional de Registro, más de 2000 terapeutas revalidan su título, unos 50 de sexo masculino.

En Argentina entre tanto, los hospitales albergues perduran para el alojamiento de los alienados mientras que en el campo de los problemas clínicos los hospitales generales avanzan en una organización más compleja destinada a la población enferma y no sólo careciente de recursos. Los hospitales de **Segunda Generación** (Arce, 1997) internaban pacientes para su estudio y tratamiento, las hospitalizaciones eran prolongadas, aún para las parturientas.

Entre 1943 y 1946 se crea el Ministerio de Salud Pública, el Dr. Ramón Carrillo será su Ministro durante la década 1944-1954 período en que se duplica la dotación de camas a nivel nacional. Es en esta década que junto a la complejización de la administración (servicios intermedios, de apoyo, consultorios externos, archivos centrales, mantenimiento, etc.) que las profesiones auxiliares de la medicina casi indiferenciadas comienzan a recibir capacitación específica y perfiles propios.

En el año 1956, la denominada Revolución Libertadora había derrocado a Perón.

En uno de los edificios construido por la Fundación Eva Perón en la calle Ramsay, ya habían finalizado con una gran quema de todo aquello que llevara sello "Fundación" cuando el brote de Poliomiélitis promueve su re apertura inaugurando así el local de la Rehabilitación en Argentina.

El Ministro de Relaciones Exteriores Nicanor Costa Méndez conocía la Terapia Ocupacional por método directo, había sido paciente de Terapeutas Ocupacionales en Inglaterra. Por su sugerencia es que arriban las T.O inglesas a nuestro país. A la calle Ramsay precisamente.

Luego de un curso intensivo de capacitación en 1959 se crea la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO , al mismo tiempo en Brasil la T.O Neyde Hauck, financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) estructura el primer curso teórico técnico para Terapeutas Ocupacionales en el recién creado Instituto de Rehabilitación en la ciudad de Río de Janeiro.

Al igual que en Argentina (en Brasil) las dos primeras promociones de terapeutas cursarán dos años y a partir de 1964 la formación se ampliaría a tres.

Al inicio de la década del 60 Brasil cuenta con cursos en San Pablo, Minas Gerais y Bahía. En Argentina se crea la carrera en la ciudad de Mar del Plata y en 1978 en La Rioja, vendrán luego las carreras en Santa Fe y Quilmes, (Pcia. de Buenos Aires.

En la ciudad de Buenos Aires la ENTO (Escuela Nacional de Terapia Ocupacional) conservará su carácter terciario dependiente de Ministerio de Salud durante más de treinta años, en 1999 se logra la dependencia académica de la Universidad Nacional de Gral. San Martín y hasta la fecha unas 240 Terapistas Ocupacionales realizan el curso de complementación curricular para acceder al título universitario de Licenciados.

En la ENTO entre el año 1962 y el 2001 se sucederán 4 Terapistas Ocupacionales como Directoras, que asumirían el cargo por Jubilación de la anterior, tal es el movimiento que permite la dependencia administrativa dependiente de Salud.

En el 2003 la dependencia académica es universitaria y la administrativa continúa siendo a cargo de Salud. A partir de 1996 hasta la fecha en la ciudad de Buenos Aires se crean 3 carreras de T.O, dos dependientes de Universidades privadas y una Estatal. La provincia de Buenos Aires concentra 6 de las 8 carreras existentes en el país, 4 funcionan en Capital.

De estas incompletas notas históricas señalamos que el crecimiento profesional está íntimamente ligado a los avatares políticos, sociales e históricos de la región. Las políticas de salud en general y para con la discapacidad en particular determinan las oportunidades para ese crecimiento.

El desarrollo profesional en cambio parece devenir de la eficacia d los métodos que se transmiten por la experiencia misma, del reconocimiento al saber hacer de parte de pacientes, clientes. y/o por el impulso que le impriman profesiones tradicionales, en esta historia Médicos y militares o similares con funciones varias (ministros, secretarios, directores, jefes de servicio.)

2. Notas teóricas sobre el desarrollo profesional.

Tomaremos aquí los aspectos del desarrollo profesional que hacen al trabajo efectivo del Terapeuta Ocupacional que trasciende el campo específico de la clínica.

Se trata del trabajo cuya dinámica no se encuentra prescrita en las incumbencias profesionales ni en las leyes vigentes sino que se elabora y teje en una apretada trama entre la tradición, la innovación y la transmisión.

Tomaremos **el desarrollo profesional**, como una construcción que deviene de la dinámica entre contribuciones y retribuciones, que con frecuencia se constituyen en la fuente de mayor sufrimiento, individual y colectivo.

Los planteos actuales acerca de la Psicodinámica del Trabajo (Dessors y Molinier, 1998) consideran que el trabajar es beneficiarse con un lugar para hacer y hacerse con otros. Conlleva una dimensión de carácter subjetivo que se despliega, recrea y sólo sobrevive en el campo social (Dejours, 1998).

El trabajo complejiza al empleo y supone contribuciones que conllevan:

- esfuerzos de inteligencia
- esfuerzos de elaboración para construir opiniones
- esfuerzo para debatir ideas y posiciones.

El esfuerzo de inteligencia parece en principio ligado al “*saber hacer*” práctico, al saber empírico de los conocimientos informales, de la experiencia vivida.

Nuestra profesión conserva desde sus inicios el carácter y las expectativas propias del trabajo femenino basado básicamente en el mito del “sentido común” o el “instinto”, quizás materno.

Innegable, la profesión nace del campo de la praxis y es recién a partir de los años 50 que se elaboran las primeras conceptualizaciones teóricas que trascienden el “aprender a hacer” o bien el “entrenar para” que superan la evaluación de lo observable, incluyéndolo. Como una modalidad de intervención en el campo de la clínica los terapistas construimos una disciplina a partir de la producción conocimiento. La justificación, la explicación, la elucidación, la legitimidad intervienen después del acontecimiento, la experiencia precede al saber.

Según Dejours (1998) estas construcciones devienen de la denominada inteligencia práctica. Es una inteligencia que parte del cuerpo, su motor es la astucia, se aplica a todas las actividades incluyendo las teóricas.

Pero es preciso que el saber que deviene de la práctica se constituya en relato o se convierte en texto como contribución a la construcción de opiniones.

Relatos o textos, grupos de estudio, presentaciones empíricas o científicas, publicaciones y participación gremial forman parte de las actividades no prescritas que indudablemente hacen al desarrollo profesional. Implican a su vez una movilización

extremadamente frágil, costosa y depende de la dinámica entre estas **contribuciones** y las **retribuciones** por la vía del **reconocimiento**.

En cuanto al **reconocimiento**, se trata de una de las formas en que se manifiesta la retribución, no es por cierto una simple búsqueda de reivindicación sino que constituye una pieza maestra de todo trabajo.

El reconocimiento pasa por la construcción rigurosa de *juicios* que se refieren al *trabajo realizado*. Entre los diferentes tipos de juicios que componen el reconocimiento Dejours (1998) identifica el **juicio de utilidad** y el **juicio de belleza**.

El **juicio de utilidad** es una de las formas de retribución a las contribuciones singulares o colectivas. Se trata del reconocimiento que deviene por vía jerárquica que habilita espacios de acción y/o decisión (cargos, jefaturas, coordinaciones, salario) y por la vía de los clientes, pacientes, asistidos, alumnos.

El Juicio de utilidad por vía Jerárquica inaugura la historia de antaño y pareciera que aún hoy es el factor determinante del reconocimiento.

A esta altura del desarrollo profesional este Juicio es tan necesario como insuficiente.

El **juicio de belleza** en cambio proviene de los propios pares, de los colegas que conocen el trabajo, las reglas, las dificultades y contradicciones del trabajo práctico o del aporte teórico, de aquellos que comparten el *saber hacer*.

Es por medio de este reconocimiento que se integra un colectivo o una comunidad de referencia. Comunidad profesional que entreteje, decimos, la tradición con la innovación e indispensable, la transmisión.

Esfuerzos de inteligencia para la elaborar o difundir ideas, convocar, generar y debatir opiniones constituyen gran parte del desarrollo profesional que no se haya prescrito, para lo cual no hay capacitación específica salvo, la participación activa.

Veamos entonces algunos aspectos del desempeño profesional de colegas partir de las **contribuciones** en el terreno de la docencia, de la realización de trabajos y sus publicaciones, de su inversión en cursos y Jornadas.

En cuanto a lo que a **reconocimiento** se refiere tomaremos sólo un aspecto del juicio de **utilidad** a través de un indicador: el del desempeño en cargos de coordinación o Jefaturas, los que no se obtienen sin la anuencia de las jerarquías institucionales.

Tal como consignamos anteriormente se trata de Terapistas Ocupacionales que egresadas entre 1964 y 1996 inauguran el desempeño profesional en la Ciudad de

Buenos Aires.

3 Desarrollo profesional.

3.1. Actividades.

El período 1964-1996 expresa un universo de Terapistas Ocupacionales que tiene entre 36 y 4 años de antigüedad en la profesión y da cuenta de datos globales.

El trabajo de análisis de los datos obtenidos fue parcialmente presentado en el I Foro Nacional de Terapia Ocupacional (Buenos Aires, 2000) que impulsado por la Revista Materia Prima propuso un espacio para pensarnos como cuerpo profesional con memoria histórica, revisión crítica. (Monzón, 2001).

Universo: 100 currículum de Terapistas Ocupacionales.

El 100% del alumnado del Ciclo de Complementación Curricular (C.C.C.), Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín del año 2000.

Representa aproximadamente el 10% de todas las egresadas entre 1964 y 1996. (933 egresados al año 1996) según registro egresados de ENTO. 1964-1996.

Fuente:

Baremo construido ad hoc para evaluar los currículums de los aspirantes a cursar el ciclo de complementación antes mencionado.

Los datos: Están agrupados en 6 ítems

- 1) **Docencia:** actividad docente en carreras de Terapia Ocupacional. Profesor titular, adjunto o ayudante de materias teóricas o Prácticas Clínicas. Expresado en años
- 2) **Jornadas y Congresos:** Asistencia a eventos científicos sin discriminar modalidad de participación. Expresado en números.
- 3) **Cursos realizados:** actividades de capacitación con concurrencia sistemática. Expresado en números.
- 4) **Trabajos presentados:** presentación de trabajos realizados en Ateneos, Jornadas o Congresos. Expresado en números.
- 5) **Trabajos publicados:** Publicación en revistas, libros. Expresado en números.
- 6) **Jefaturas y/o coordinación de áreas:** Actividades de responsabilidad con personal técnico o profesional a cargo.

Valor del ítem: mediana de ítems 1, 2, y 3. Modo de ítem 4 y 5 a partir de valor "sí"

Valor de ítem 6: sí o no. Se expresa en porcentaje

Hemos realizados dos cortes que provocan tres grupos

1. **Grupo 1: 1964-1974** de 29 años de profesión
2. **Grupo 2: 1975-1984** de 18 años de profesión

4. **Grupo 3: 1985-1996** de 9 años.

Datos Globales

Analizados los datos de la población mencionada podemos decir que el terapeuta medio presenta un bagaje conformado por:

5 años de docencia

14 Jornadas y Congresos

9 Cursos realizados

4 Trabajos presentados

2 Trabajos publicados

43% en jefaturas y/o coordinación

Resultados por grupos. Ver tabla 1.

Grupo 1. 1964-1974.

Se trata de Terapeutas que cuentan entre 36 y 26 años de desempeño profesional, el 80% cumplen funciones de jefaturas y/o coordinaciones de área, mayoritariamente en la administración pública y no exclusivamente.

El 90% ha realizado actividades docentes sistemáticas dentro de la profesión, unos 18 años, en ninguno de los casos ha constituido una actividad exclusiva

El 75% ha publicado trabajos una mediana de 9 trabajos, se encuentran valores considerablemente más altos en las T.O que se desempeñan en campo psiquiátrico.

Publicaciones: El 30% de lo que presentan.

En cuanto a Jornadas y Congresos: uno por año en la mediana 29 años de profesión y casi un curso por año.

Grupo 2. 1975-1985.

Se trata de colegas de 25 a 15 años de antigüedad.

El 50 % se desempeña como Jefa y/o coordinadora de Área.

El 75% ha realizado y realiza actividad docente con una mediana de 7 años.

El mismo porcentaje (75%) ha presentado trabajos (5), la mitad de este valor han sido publicados.

Realizan más de un Congreso y /o Jornada por año, y más de la mitad de un curso en el mismo lapso.

Grupo 3. 1986-1996.

El 34% desempeña actividades de Jefaturas o Coordinaciones de área.
Con 14 a 4 años de desempeño, con una mediana de tres años de docencia.
Casi un curso por año 2 trabajos presentados, la mitad publicados.

Comparativos *Ver gráfico 1.*

Docencia.

El **grupo 1** presenta la frecuencia más alta en Docencia, duplicando al grupo 3, sin embargo señalamos que este estudio no ha valorado el año de inicio de las actividades mencionadas de las primeras ni los factores históricos de la profesión que pueden haber llevado a las primeras a realizar rápidamente actividades docentes por la escasez de recurso profesional que recién se formaba.

Jornadas y Congresos.

Llamativamente se mantiene una frecuencia muy similar en los tres grupos, levemente más alta en el Grupo 2. Seguramente por motivos diferentes esta actividad aparece como un rasgo común de la población, sostenida a lo largo de los años de desempeño. (29, 18 y 9 años)

Cursos realizados.

Levemente más alta en el grupo 3. Del análisis de los curriculum se desprende la participación en los programas de Residencias que comenzaron a funcionar por los años '88-'90, así como los postgrados en Gerontología y cursos organizados desde el ámbito estatal hospitalario.

Trabajos presentados.

Mantiene la frecuencia levemente más alta el Grupo 1, señalamos al igual que en Docencia que este estudio no ha valorado el año de inicio de esta actividad por lo que estimamos que el grupo 3 años viene con una frecuencia muy interesante.

Trabajos publicados.

Levemente más alta en el Grupo 2, señalamos que este grupo así como el de 3 años ha publicado al menos el 50% de lo presentado mientras que el primero lo ha hecho con la tercera parte de sus producciones.

3.2. Áreas de interés para futuros trabajos de investigación.

En este punto analizaremos la tendencia de los proyectos actuales de investigación según áreas que suponemos de interés de sus autores.

La presentación de un Trabajo Final de investigación o tesis es un requisito de la Currícula de la Licenciatura en T.O. en cuatro de las actuales carreras a nivel nacional

(Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional de La Rioja, Universidad Nacional del Litoral, incluye la Universidad Nacional de Gral. San Martín). Aquí analizaremos los escenarios elegidos por los autores para tales investigaciones a través de sus diseños preliminares. Daremos cuenta de áreas y no de resultados.

Universo: Diseños para trabajos preliminares de investigación presentados por 82 T.O. durante el período 2002-2003 en ciclo de Complementación (C.C.C.) antes mencionado. N: 82

Fuente: Archivo de Diseños Preliminares. (C.C.C).

Categorías.

El campo de interés de los Terapistas Ocupacionales se presenta con tal riqueza y amplitud que establecer una clasificación posible ha sido una tarea ardua que por ignorancia (de la que esto escribe) parecía imposible. Durante el año 2001 había intentado realizar una grilla que me facilitara el volcado de los datos de los Diseños pero la diversidad de los trabajos presentados desbordaba cada vez los casilleros provisorios.

¿Cómo clasificar? ¿Por campos de desempeño? Actualmente los dos campos inaugurales: los tradicionales Motor y Físico resultan tan obsoletos como incompletos.

¿Campos de desempeño y grupos etéreos? Las propuestas de los terapeutas que aportan conceptos de Rehabilitación Integral complejizan felizmente las clasificaciones tradicionales.

Así la propuesta de categorización que realizara el Comité organizador del 13° Congreso Mundial de Terapia Ocupacional siguiendo el reciente Clasificador Internacional de Funciones, Discapacidad y Salud (CIF) ahora tomado como referencia en la organización misma de este Congreso dieron una pista posible.

El CIF trata de la revisión y la reconceptualización de los conceptos claves de Rehabilitación que aparecieran en el Clasificador Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), es así como (el CIF) es denominado también como CIDDM 2.

Como toda clasificación, resulta un ordenamiento relativo y de ninguna manera logra incluir con claridad todas las variables posibles, muchos interrogantes no podrán ser contestados y al evaluar los temas encontramos que algunos de ellos se encuentran al borde entre una y otra categoría.

Presentamos entonces una clasificación según categorías del CIF que pretende conocer las tendencias de los actuales trabajos, preliminares de investigación.

Cada categoría de abre entre 2 y 4 subcategorías.

1. **Funciones:** implica las intervenciones (de evaluación, tratamiento y/o investigación) en el funcionamiento de estructuras corporales, fisiológicas, cognitivas o psicológicas.
2. **Actividad:** implica intervenciones (de evaluación, tratamiento y/o investigación) en la realización de tareas sencillas o complejas para el propio cuidado y la vida de relación. Implica actividades de comunicación
3. **Participación.** Implica intervenciones destinadas al desarrollo de acciones y tareas necesarias para participar de la vida comunitaria, social y cívica.
4. **Factores Contextuales.** Trata de las intervenciones en el entorno natural, físico, humano. Valores culturales, servicios, sistemas y políticas

Valor: si. Se Expresa en porcentajes

Resultados globales. Ver gráfico 2. Categorías. Resultados globales

El mayor porcentaje de Terapistas (38%) se encuentran trabajando en la categoría **Funciones.**

En segundo lugar con 24% se encuentra en la categoría **Factores Contextuales.**

Un 20% en **Participación** y por último un 18% en la categoría **Actividad.**

Observaciones según categorías.

1. **Funciones.** Ver gráfico 3: sub categorías funciones

La categoría funciones se abre a 4 sub categorías:

- 1.1 Funciones músculo esqueléticas y del movimiento (movilidad, prensión, etc.)
- 1.2 Funciones cognitivas (atención, memoria, etc.)
- 1.3 Funciones sensoriales (visión, audición, etc.)
- 1.4 Funciones integrales (relaciona varias funciones y estructuras: movilidad, fatiga, atención, etc.)

El mayor porcentaje (45%) de T.O incluidos en esta categoría se concentran en funciones músculo esqueléticas y del movimiento, para adultos y niños.

Se distribuyen por igual en las sub categorías cognitiva (25%) e integral. (25 %). Apenas perceptible funciones sensoriales.

2. **Actividades.** Ver gráfico 4. Sub categorías actividades.

La categoría actividades se abre a 4 sub categorías:

- 2.1 Actividades de movilidad y traslado (cambiar de lugar o posición, manipular).
- 2.2 Actividades de tiempo libre (juegos, recreación)

2.3 Actividades ocupacionales (artesanales, educativas, pre laborales)

2.4 Actividades de la vida diaria (cuidado personal y del hogar)

Se distribuye por el igual el interés por las sub categorías ocupacionales y de la vida diaria. (34 % cada una). Luego por las intervenciones en actividades de movilidad y traslado (26%) Tiempo libre apenas perceptible.

Jóvenes y adultos con Discapacidad Intelectual y psíquica se encuentran como población destinataria mayoritaria.

3. Participación. Ver gráfico 5. Participación

2 sub categorías:

3.1 Participación en interacciones y relaciones interpersonales (acciones y conductas para relacionarse con otros en contexto familiar, social y comunitario, institucional)

3.2 Participación en actividades comunitarias (educacionales, laborales, recreativas).

El 90% de las terapistas concentra el interés por el área de participación en actividades comunitarias, destinadas las intervenciones básicamente a adultos con problemas psíquicos y con consecuencias de accidentes de Trabajo. Apenas perceptible en población de niños.

4. Factores contextuales. Ver gráfico 6. Sub categorías factores contextuales.

La categoría factores contextuales se abre a 2 sub categorías:

4.1 Factores contextuales institucionales. (factores de riesgo en las prácticas, normas, valores, equipo interdisciplinario, antecedentes históricos, etc.)

4.2 Factores contextuales comunitarios y sociales (factores de riesgo, intervenciones comunitarias).

El área de interés se concentra en factores contextuales institucionales (70%) destinada básicamente a la población de profesionales (formación de equipos, representaciones de la profesión y factores de riesgo).

Conclusiones

Los datos aquí planteados muestran como mínimo un trabajo profesional que trasciende con holgura el desempeño intra institucional y la formación inicial de pre grado. Sin duda los distintos grupos se encaminan en la educación continuada.

En cuanto a las áreas de interés, en los proyectos preliminares se observa la mayor concentración en las intervenciones sobre funciones músculo esqueléticas en población de adultos.

En segundo término resulta llamativo el interés por las temáticas relacionadas con los factores contextuales y que los destinatarios del mismo sean básicamente los profesionales mismos. Los escenarios se conforman por una gama muy amplia, tal como hospitales generales, monovalentes y centros de Rehabilitación.

En las áreas actividad y participación se concentran los Terapistas relacionados con Jóvenes y adultos con discapacidad mental y psíquica y personas con consecuencias de accidentes de trabajo.

A través del análisis de los datos aparece un perfil de desarrollo que permite suponer un trabajo arduo y sostenido con el que pretendemos movilizar el Juicio que emana de los pares, bien podemos trabajar para construir una comunidad profesional si logramos que la historia y los recorridos no se desvanezcan.

Bibliografía.

- Arce, Hugo. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en Argentina. Serie Financiamiento del Desarrollo. Naciones Unidas. Santiago de Chile. 1997.
- Daneri, Mengelberg y Capozzo. *Terapia Ocupacional*. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol.VIII. Marzo-Abril-Mayo. Bs. As, 1997.
- Dejours, C *De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* en Organización del Trabajo y Salud. Asociación Trabajo y Sociedad. CONICET. Ed. Lumen. Bs. As. 1998.
- Dessors, D y Molinier, P *La psicodinámica del trabajo* en Organización del Trabajo y Salud. Asociación Trabajo y Sociedad. CONICET. ED. Lumen. Bs. As. 1998.
- Hopkins, Helen. *Una perspectiva histórica en Terapia Ocupacional*. En Willard y Spackman. Occupational Therapy. 6ed. Philadelphia: J.B Lippincot Co. 1984.
- Magalhaês, L. Os Terapeutas Ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradicão. Tesis de Maestrado. UNICAMP. Campinas. 1989. (sin editar).
- Martínez Antón, M.R. LOS ORÍGENES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL .Carrera de T.O. U.B.A. Publicación electrónica.ver pagina web.
- Montobbio, E. “Autónomos pero no solos. Residencias especiales” Conferencia. Universidad Kennedy. Bs. As. Noviembre. 2002.
- Monzón, Andrea. *I Foro Nacional de Terapia Ocupacional. Apertura*. Revista Materia Prima. Año 5. Nro.18. Buenos Aires. Marzo-Junio 2001
- Texeira Soares. L.B. Terapia Ocupacional. ¿Lógica do Capital ou do Trabalho? Editora HUCITEC. San Pablo.1991
- Rocha Medeiros. H.Orígenes, caminos y nuevas perspectivas en Terapia Ocupacional. Curso. 1er. Encuentro de T.O del Litoral. Santa Fe. Mayo de 2001.
- Stark, S. Use of International Classification of Function, Disability and Health by O.T: A critique. Trabajo presentado en el 13º Congreso Mundial de T.O. Estocolmo. Suecia. Resumen publicado en libro del Congreso mencionado.
- Stewart, D. The New ICF and Occupational Therapy: Potential Uses in Practice, Research, Education and Mangement. Trabajo presentado en el 13º Congreso Mundial de T.O. Junio de 2002. Estocolmo. Suecia. Resumen publicado en libro del Congreso mencionado.

World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning and Disablement: ICIDH-2: The International Classification of Impairments, Activities and Participation. Génova. 1997.

ANEXOS:

Tabla 1.

DATOS COMPARATIVOS

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Al realizar el análisis de los datos por grupos incluimos la relación entre los años de desempeño y el valor del ítem para establecer una aproximación a la frecuencia con la que se vienen realizando las actividades profesionales que se mencionan, esta frecuencia se expresa como “razón”:

(r: valoración del ítem)

Años de desempeño

Con resultados de este proceso construimos la tabla1 (comparativo de los tres grupos)

Rangos	Docencia	Jor. y Cong	Cursos	Trab.pres.	Trab. Publ.	Coord./jefaturas
1964-1974	0.65	1	0.70	0.30	0.10	80%
1975-1985	0.38	1.1	0.63	0.27	0.13	50%
1986-1996	0.33	1.	0.88	0.22	0.11	34%

Gráfico 1. Comparativos

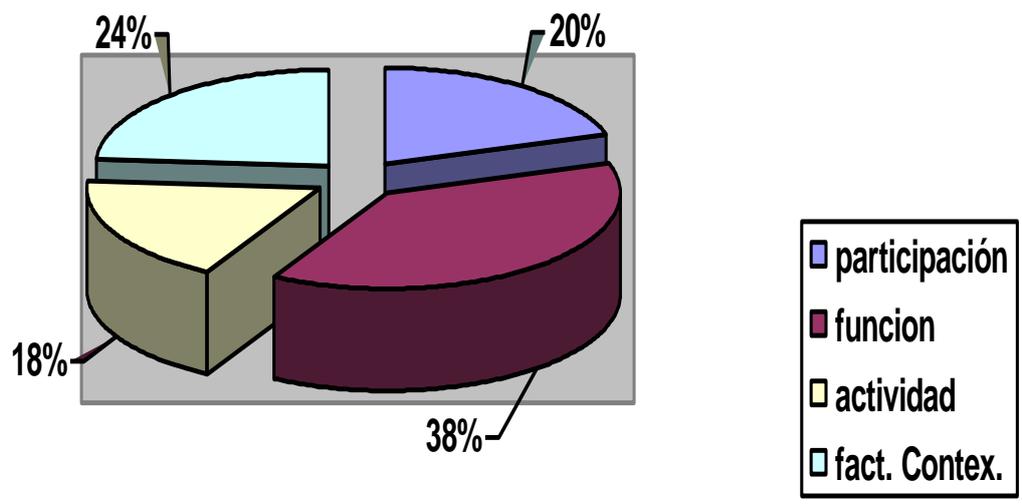


Gráfico 2. Categorías. Resultados Globales.

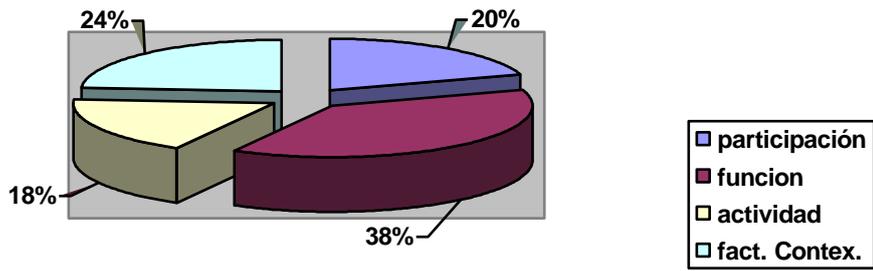


Gráfico 3. Subcategorías funciones

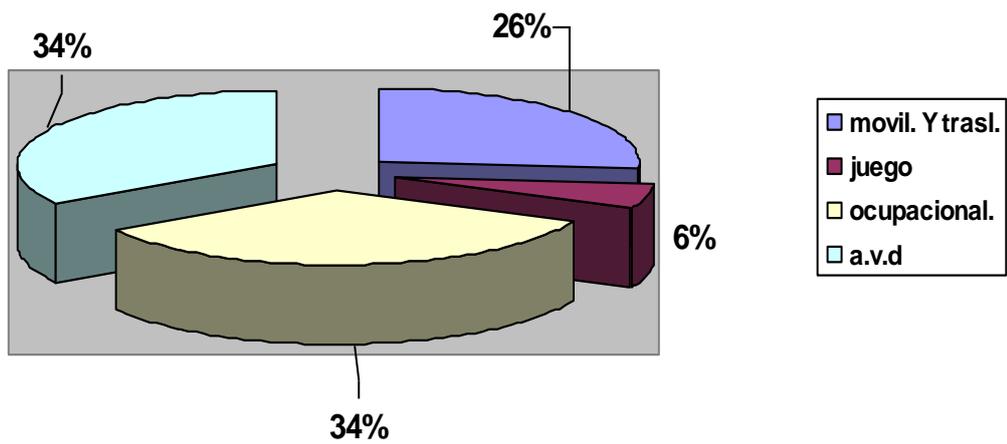


Gráfico 4. Sub categoría actividad

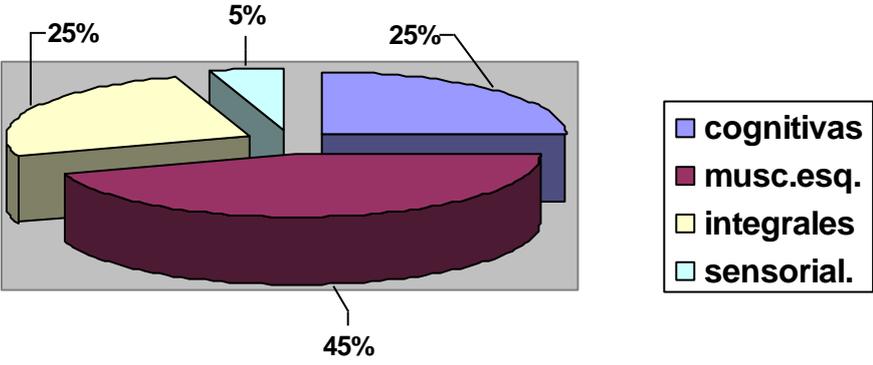


Gráfico 5. Participación.

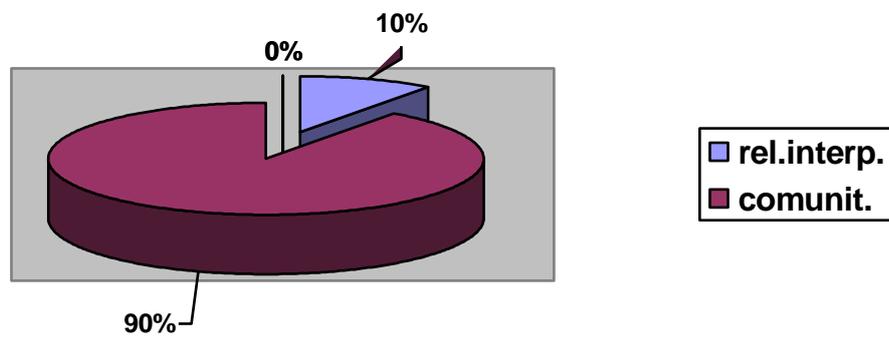
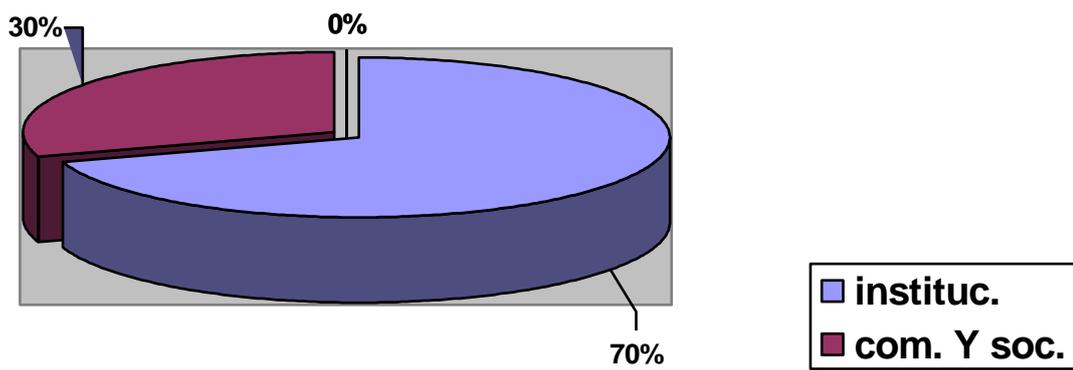


Gráfico 6. Sub categorías factores contextuales.



TITULO:

“TERAPIA OCUPACIONAL. ROL EN EL SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO INFANTIL DE NIÑOS DE FAMILIAS POBRES”

AUTORAS:

T.O MARÍA CARLOTA VEGA

E-mail: mcvega@copetel.com.ar

LIC. T.O MARÍA ALEJANDRA CAMPISI

LIC. T.O INGRID VERENA BOSENBERG

LIC. T.O SANDRA PORRO

INSTITUCIÓN:

**PREMIO “AATO 2003” TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN**

SINTESIS PARA LA EXPOSICIÓN

Desde hace varios años los terapeutas ocupacionales, profesionales de la salud, educación y de trabajo socio - comunitario enfrentan el creciente fenómeno de la pobreza que afecta a nuevos sectores de la sociedad y agrava los problemas de los sectores conocidos de pobreza estructural. Nuestro trabajo pretende realizar un aporte desde nuestra experiencia a la profundización del problema de la pobreza en relación a la salud y el desarrollo de los niños en sus primeros años de vida.

Evaluar, reconocer problemas en el desarrollo infantil, diagnosticar, planificar e intervenir en este campo de alto riesgo socio - ambiental requiere hoy, nuevas y más eficaces estrategias basadas en el conocimiento de las características y peculiaridades de dichas problemáticas en nuestras comunidades, más su contraste con los soportes teóricos en el marco de la rigurosidad de la metodología científica.

La pobreza afecta el desarrollo físico, mental, emocional y social del niño, afecta su calidad de vida actual y futura.

Nuestro propósito de investigación es el de contribuir al desarrollo de estrategias de promoción de la salud que favorezcan el desarrollo y el bienestar de los niños, previniendo el retraso y los problemas del desarrollo de origen social desde la atención primaria, en estrecha relación con el desarrollo de y en sus familias.

Aspectos metodológicos. Consideraciones acerca de la experiencia en el campo.

Esta investigación responde a los siguientes criterios de análisis metodológico:

- ✓ El diseño es no experimental, de tipo exploratorio descriptivo, correlacional y longitudinal. Es un seguimiento desde el año 1995, nacimiento de los niños, hasta sus siete años de vida.

Se seleccionó una muestra no aleatoria por conveniencia, conformada por 80 niños y sus familias en dos unidades sanitarias. A los dos años de vida de los niños, culminado el Plan Materno Infantil, los investigadores concurren al hogar de los niños.

Para el control de los cinco y seis años del total de niños hallados, se recolectó datos por parte del área social en sus domicilios con actualización de las familias y, en las instituciones educativas, en conjunto con terapia ocupacional.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos:

- ❖ **Test de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 2 años (EEDP)**, de Rodríguez S. y otros.
- ❖ **Test de desarrollo psicomotor de 2 a 5 años” (TEPSI)**, de Haeussler Isabel y Marchant Teresa.

- ❖ Un **cuestionario**, con datos acerca de la salud materna y neonatal.
- ❖ **Encuesta semi- estructurada** de seguimiento de población infantil: guía para las entrevistas tomadas los docentes en nivel inicial, sala de cinco años, y EGB. Más **recopilación documental**

Se deja constancia que en virtud de la extensión y objetivos de este trabajo no se desarrollan los instrumentos utilizados por el área socioantropológica y el área de psicología considerados imprescindibles para un estudio integral de la problemática.

Los primeros años de vida del niño y el ambiente.

Las experiencias de movimiento y las emociones desde el nacimiento, se viven a partir de los estímulos que el niño recibe, y constituyen el origen de su capacidad de aprendizaje, de adaptación y capacidad para enfrentarse al mundo. Pensando en la escasez de estímulos, en la falta de posibilidades para instrumentar sus capacidades, y en las dificultades para encontrar en el medio que lo rodea los elementos necesarios para desarrollarse, el niño pobre sufre de una gran carencia de experiencias de vida necesarias para la adquisición de habilidades básicas, que le permitan una adaptación exitosa frente a futuras experiencias y diferentes situaciones.

A medida que el niño crece estos factores se van expandiendo, y es así como durante el proceso de desarrollo se espera que el niño logre algunas tareas, destrezas, interacciones, que a su vez constituirán la base sobre la cual se desarrollarán comportamientos más maduros. Jean Ayres⁹ compara la secuencia del desarrollo con la actividad de construcción en bloques, donde cada respuesta adaptativa es un bloque. Si los logros y cambios se van produciendo satisfactoriamente producirán bienestar y éxito en las futuras tareas, sino producen fracaso. En los niños se observa un impulso natural para desarrollarse siempre que no exista ningún factor que lo perturbe.

Resultados: los datos, del nacimiento a los 7 años.

Primer trimestre.

En el primer trimestre se detectan niños en riesgo y retraso, especialmente de sexo masculino. Al mes el 21% de las niñas y 23% de los niños se encuentran en riesgo, a los dos meses el 7 y 9% respectivamente y el 13% de niños en retraso. A los tres meses el 15% de las niñas y 30% de los niños presentan riesgo. Es decir que a los tres meses del total del grupo evaluado el 55% se encuentra por debajo del nivel de normalidad. Se observa a través de las diferentes reacciones evaluadas, como fijar la mirada, reaccionar a sonidos, balbuceos como respuesta a la conversación, vocalización de algunos

⁹ Ayres, J. La Integración Sensorial y el Niño 1998. Pag. 25.

sonidos, sonreír etc., dificultades en porcentajes importantes de los niños del grupo estudiado; ya en el primer trimestre de vida se observan deficiencias, y es en esta base en que se apoyará el resto del desarrollo psicomotor, base no de todo firme.

Destacamos que las condiciones que actuaron sobre la gestación y nacimiento de estos niños y que resultaron en un alto porcentaje de bajo peso, retraso de crecimiento intrauterino, días de internación neonatal, continúan actuando y posiblemente expliquen las dificultades en alcanzar estos primeros hitos del desarrollo.

Segundo trimestre.

En el segundo trimestre continúan siendo los niños de sexo masculino los que con mayor frecuencia se encuentran en retraso, en cuanto al riesgo, aumenta la frecuencia de niñas, en los meses 5 y 6, no así en el 4° mes, en el que el 40% de los varones evaluados se encuentra en riesgo. A los cuatro meses el 60% del total de los niños estudiados se encuentra por debajo del nivel de rendimiento esperado para su edad; porcentaje que se incrementa con respecto al del trimestre anterior.

Si una respuesta adaptativa rica y bien organizada deja al sistema nervioso en un estado de mayor organización ¿cuántas respuestas desorganizadas, pobres y durante cuánto tiempo la plasticidad del cerebro puede generar el cambio, reorganizar, compensar?

Tercer trimestre.

En el tercer trimestre la frecuencia de niños en riesgo es mayor que la de las niñas (salvo en 7° mes en que el 50% de las niñas se encuentra en riesgo). No se detectaron en éste período niños en retraso. Sin embargo los porcentajes de riesgo son preocupantes, a los 7 meses el 50% de las mujeres evaluadas y el 33% de los varones, a los 8 meses el 36% de las mujeres y 54% de los varones y a los 9 meses el 11% de los varones. En los meses 7 y 8 de edad los porcentajes de niños y niñas cuyo rendimiento es inferior al esperado oscilan entre el 82 y 83%, que continúan aumentando con respecto a los trimestres anteriores.

Cuarto Trimestre.

En el cuarto trimestre se observa que a los 10 meses las mujeres presentan mayor porcentaje de riesgo, situación que se invierte a los 12 meses. No se detectaron casos de retraso. El 42% del total del grupo estudiado se encuentra a los diez meses por debajo del rendimiento esperado.

El niño explora mucho más su cuerpo, y la relación con las personas que lo rodean y con su entorno es más fluida. Esto sirve como retroalimentación para continuar enriqueciendo su lenguaje y desarrollo psicomotor en general. Es un período de cambios

importantes de relación con el espacio que rodea su cuerpo"...se arrastra mayores distancias y explora más lugares en su ambiente, estimulando su sistema nervioso con muchas sensaciones provenientes de los músculos que mantienen erguidos su cabeza y su cuerpo, de los huesos que soportan su peso y también de la atracción gravitacional. Estas sensaciones le ayudan a coordinar los dos lados del cuerpo, a aprender a planear sus movimientos y a desarrollar una percepción visual".¹⁰ Son frecuentes los comentarios de las mamás a los terapeutas con respecto a restricciones o dificultades que el ambiente físico de sus viviendas: ausencia de pisos, ambientes únicos y/o estrechos , peligros, carencia de otros espacios en el barrio, donde los niños podrían explorar, jugar, interaccionar con el medio y deben limitarse a pocas y similares experiencias en los lugares disponibles y seguros.

15 a 24 meses.

Resulta notable como a los 15 meses el 29% de los varones y 8% de las mujeres se encuentran en retraso; siendo el porcentaje de riesgo también alarmante (69% mujeres y 47% varones). A los 18 meses el 82% del total de niños estudiados se encuentra en riesgo.

Resulta notable como en los 24 meses los porcentajes de niños en normalidad aumentan, lo que resulta contrastante con lo que ocurre en los meses anteriores y posteriores. Sin embargo esto no significa que los niños hayan elevado su rendimiento, y encuentra su explicación en el procedimiento de interpretación de promedios y desviaciones en nivel socioeconómico medio- alto y bajo, de la escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.

Tres años

A los tres años más de la mitad de los niños presenta un desarrollo psicomotor por debajo del nivel que se espera para su edad. Las áreas se encuentran comprometidas en siguiente orden: motricidad (22% en riesgo y 26% en retraso), lenguaje (26% en riesgo y 11% en retraso), el área con menor grado de compromiso es coordinación (7% en riesgo y 19% en retraso). Son llamativas las dificultades en el área motora ya que los antecedentes refieren casi exclusivamente a retrasos en el lenguaje y coordinación; nos interrogan y preocupan estos datos, sumados a la escasa o nula oferta educativa o recreacional para estos sectores de la población entre los 2 a 5 años a excepción de la que la familia con sus recursos pueda brindarle.

¹⁰ Ayres. J. Op. Cit. Pag.33.

Desarrollo Psicomotor y Peso al Nacer.

Se halló correlación entre peso - coeficiente de desarrollo y madres adolescentes, primaria incompleta y 2 o más niños con la probabilidad de concentrar más de dos controles en retraso y numerosos en riesgo¹¹; los niños con sobrepeso presentaron desarrollo normal. La mayoría de los niños tiene un peso normal, y en ellos también son frecuentes el riesgo y retraso, por lo que se puede pensar en otras variables de tipo socioambiental que afecten el desarrollo psicomotor de los niños estudiados.

Recapitulación.

A lo largo de los dos primeros años de vida el desarrollo psicomotor de los niños fluctuó entre la normalidad y el riesgo y la normalidad el riesgo y el retraso, ambos grupos constituyen el 77% del grupo estudiado. La "norma", lo "esperable" en el desarrollo de estos niños hasta los 3 años parece ser la fluctuación¹², la oscilación con particulares diferencias entre niños y niñas con edades y requerimientos diferentes frente a planes, indicaciones, cartillas homogéneos y masivos.

5 años. Los niños en nivel inicial.

En general en el grupo estudiado los docentes refieren algunos niños con dificultades, especialmente en la organización espacial y en la iniciación a la lectoescritura, pero esto no hace imposible pasar a primer año, esperan que estas cuestiones se resuelvan en la escuela, que el niño se afiance, que el niño madure. El problema se plantea cuando al pasar a escuela, esos logros no están adquiridos, y los niños son definidos como lentos.

7 años. Los niños en 1° año de EGB.

Los docentes consideran como normal en esta población, un rendimiento más bajo, en relación a alumnos de otros contextos socioeconómicos. Destacan los maestros a los niños muy inhibidos o con conductas sobresalientes en cuanto al manejo de su cuerpo o de adaptación social.

En los niños del grupo estudiado el área social comienza a verse afectada, se detectan mayor cantidad de niños definidos por los maestros como "muy inquieto", "no se queda quieto", "juega a las patadas", "no puede con su cuerpo".(12% de los niños)

Y de niños y niñas tímidos (el 20% del total del grupo estudiado). La timidez los conduce a restringir las relaciones con otros, a "pasar desapercibida", "hay que pedirle que ayude".

¹¹ Vega, M.C. y cols." Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata" En "La Salud en Crisis" Editorial Dunken. Pag.108-110. 2000.

¹² Vega, M.C. y cols. Materia Prima.1997.98. N° 8 y 9.

lectoescritura: 30% de los niños con dificultades para adquirir el nivel esperado, en general consideran que se encuentran en un nivel presilábico.

Son los mismos niños y niñas que ya comenzaron a manifestar dificultades en el área social, por timidez excesiva, o por el contrario niños muy inquietos. **Organización**

espacial gráfica: 25% con dificultades. La más frecuentes son el mal uso del espacio, déficit en la organización de secuencias espaciales, no anticipar, discriminar, se desorganizan en el espacio del cuaderno. **Dificultades para adquirir conocimientos**

nuevos: 30% de los niños presentan dificultades en esta área. En general son definidos como “lento”, “le cuesta pero lo logra”, “la familia esperaba que fuera mejor”, “le lleva más tiempo pero lo logra”, “para escribir una palabra tarda dos horas”, “parece que entiende pero no puede aplicarlos”, “es más lento que los demás pero aprende”.

Coordinación fina y gruesa: 25% de los niños, con dificultades, caracterizados por los docentes como "torpes". **Lenguaje:** 35% de los niños presenta algún déficit en el área del lenguaje calificado como "escaso", poca comunicación.

"La desigualdad de oportunidades es exactamente esto: no hay un punto de partida común para los competidores. Se comienza la carrera a la vida desde posiciones arbitrarias, carentes de toda racionalidad. Y la búsqueda, la construcción de igualdad de oportunidades, es la búsqueda de estrategias que permiten compensar el punto de partida desigual. Otorgar una oportunidad de competir en condiciones razonablemente parecidas."¹³

Conclusiones y discusión

- El perfil del desarrollo del desarrollo psicomotor de los niños vulnerables está caracterizado por la fluctuación entre los controles categorizados en normalidad, riesgo y retraso, en la mayoría de la muestra y de sus controles hasta los tres años. Con diferencias de género en cuanto a las edades y a las pautas con presentan dificultad.
- Se halla relación entre el bajo peso, el RCIU, las características maternas y los niños que presentaron mayor cantidad de controles en retraso.
- Entre los 2 y 3 años se evidencian las dificultades en la función simbólica, lenguaje y coordinaciones.

¹³ Delich, F. La Crisis en la Crisis. Pag 225.

- Ausencia de cobertura educativa, de estimulación, de recreación entre los 3 y 5 años. La casi totalidad de los niños se acerca al jardín a los 5 años, se registran casos que no concurrieron.
- En la etapa escolar los docentes desde sus manifestaciones consideran esperable el desempeño de los niños, destacando los casos extremos de inhibición, torpeza o desadaptación.
- Terapia Ocupacional en un grupo interdisciplinario coordinó y desarrolló un proceso de seguimiento de los niños y de acompañamiento de las familias durante 7 años.

Se considera necesaria la implementación de acciones concretas integrales, que otorguen a los niños y a sus familias, oportunidades para desarrollarse, para satisfacer necesidades, para mejorar la calidad de vida, es decir promover la salud y por lo tanto la equidad de los niños y familias que viven en la pobreza. Diseñar estrategias para favorecer su armónico desarrollo. El terapeuta ocupacional como integrante de los equipos de salud y educación, puede detectar y reconocer el nivel de funcionamiento de los niños, con el objeto de intervenir para promover actividades apropiadas y desafiantes, que lleven a facilitar el desarrollo.

Bibliografía:

La pobreza en América Latina, Estudio e informe CEPAL n° 54.

Feijoó, M. citado por Delich, F. 2002. En "La crisis en la crisis". Eudeba. Buenos Aires, Argentina.

Ayres, Jean. 1998. "La Integración Sensorial y el Niño". Editorial Trillas. México.

Tamotsu Shibutani. 1971. Sociedad y personalidad. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Willard - Spackman. 1998. Terapia Ocupacional. 8° edición. Editorial Médica Panamericana. España.

Vega, María Carlota; Sanchez, C. Aiello, C. 1998. Trabajo presentado en 1ras. Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología y Fac. de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata

Vega, María Carlota. y cols. 2000. " Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata" capítulo en "La Salud en Crisis" Editorial Dunken. Buenos Aires, Argentina.

Vega, María Carlota. y cols. 1997-1998. Materia Prima. 1ra. revista Argentina de Terapia Ocupacional. N° 8 y 9. Buenos Aires. Argentina.

Rosbaco, María Inés. 2000. El desnutrido escolar. Dificultades de aprendizaje en los niños de contextos de pobreza urbana. Homo Sapiens Ediciones. Rosario, Argentina.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN COMPLETO

Terapia Ocupacional. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres.

Desde hace varios años los terapeutas ocupacionales, profesionales de la salud, educación y de trabajo socio - comunitario enfrentan el creciente fenómeno de la pobreza que afecta a nuevos sectores de la sociedad y agrava los problemas de los sectores conocidos de pobreza estructural. Nuestro trabajo pretende realizar un aporte desde nuestra experiencia a la profundización del problema de la pobreza en relación a la salud y el desarrollo de numerosos sujetos de derecho de nuestro país, más precisamente, de los niños en sus primeros años de vida.

Evaluar, reconocer problemas en el desarrollo infantil, diagnosticar, planificar e intervenir en este campo de alto riesgo socio - ambiental requiere hoy, nuevas y más eficaces estrategias basadas en el conocimiento de las características y peculiaridades de dichas problemáticas en nuestras comunidades más su contraste con los soportes teóricos en el marco de la rigurosidad de la metodología científica.

Ser pobre implica la falta de cosas necesarias o de valor reconocido dentro de una cultura; la pobreza se define en función de la escala de valores, y cambia a medida que la sociedad cambia. La pobreza es un estado comparativo, y su esencia es la desigualdad; desigualdad relacionada a la riqueza material. "Es indudable que una definición amplia de la pobreza no debería tener como único punto de partida la insatisfacción de ciertas necesidades básicas materiales, sino que debería incluir también otras necesidades igualmente básicas aunque de naturaleza no material. Entre los aspectos no materiales de la pobreza que se señalan más frecuentemente en los estudios, cabe mencionar la autorrealización personal, la participación en la sociedad, la calidad del medio ambiente, la libertad, los derechos humanos, etc."¹⁴

La pobreza afecta el desarrollo físico, mental, emocional y social del niño, afecta su calidad de vida actual y futura.

Nos ocuparemos del desarrollo psicomotor de los niños que se encuentran en alto riesgo social, entendiendo que éste se logra a través de una interacción activa del niño con su ambiente, objetos, símbolos y personas. En condiciones ideales debe ser el medio ambiente el que ofrezca variedad de actividades que propicien el desarrollo. Es así como nuestro propósito de investigación es el de **contribuir al desarrollo de estrategias de promoción de la salud que favorezcan el desarrollo y el bienestar de**

¹⁴ La pobreza en América Latina, Estudio e informe CEPAL n° 54

los niños, previniendo el retraso y los problemas del desarrollo de origen social desde la atención primaria, en estrecha relación con el desarrollo de y en sus familias. Pero, para poder cumplir con este amplio objetivo, como terapeutas ocupacionales, debemos conocer en primer término cómo es el desarrollo de los niños que se encuentran en riesgo social, para así en función de los resultados aportar estrategias de acción concretas y adecuadas a la problemática; por ello nos propusimos los siguientes objetivos:

- ✓ Estudiar las características del desarrollo integral del niño en riesgo social.
- ✓ Analizar el desarrollo psicomotor de los niños.
- ✓ Determinar las áreas del desarrollo psicomotor más afectadas.
- ✓ Determinar los períodos en los que el desarrollo se encuentra más afectado.
- ✓ Estudiar la relación que existe entre el desarrollo psicomotor de los niños y las características socioeconómicas, sanitarias y culturales de sus núcleos familiares.

Este trabajo forma parte de un proyecto mayor de investigación interdisciplinario que incluye miradas desde la antropología social, medicina, trabajo social y psicología además de la de terapia ocupacional, nos limitaremos en este trabajo a los hallazgos del rol principal de nuestra disciplina en esta experiencia.

La forma de producir conocimiento en nuestro caso, de sistematizar y describir el desarrollo psicomotor de los niños desde el nacimiento, y a su vez de indagar y estudiar acerca de la problemática de sus núcleos familiares.

Aspectos metodológicos.

Consideraciones acerca de la experiencia en el campo.

Esta investigación responde a los siguientes criterios de análisis metodológico:

- ✓ El diseño es no experimental dado que no se efectúa manipulación de variable/s independiente.
- ✓ Según su profundidad: comenzó como un estudio de tipo exploratorio descriptivo, ya que se indagó acerca del estado de este problema en nuestra ciudad y a su vez se midieron variables como desarrollo psicomotor, nivel socioeconómico etc. Sin embargo también este estudio es correlacional ya que se comenzaron a relacionar los datos del desarrollo psicomotor con otras variables como nivel socioeconómico, salud materna, nivel de educación de la madre etc.

- ✓ Es longitudinal, se estudia el comportamiento de las variables a lo largo del tiempo, esta investigación comenzó en el año 1995, con el nacimiento de los niños y hasta sus siete años de vida.

La investigación se desarrolló en dos Unidades Sanitarias de la ciudad de Mar del Plata, ubicados en barrios de la periferia de la ciudad, las mismas son: U.S. Barrio Las Américas y U.S. Barrio Libertad. En las Unidades Sanitarias los investigadores recibieron la colaboración necesaria del personal, el cual manifestó interés por la investigación y sus resultados y el consentimiento informado de las familias.

Se seleccionó una muestra no aleatoria por conveniencia, conformada por 80 niños y sus madres, al momento de concurrir al primer control pediátrico.

A los dos años de vida de los niños culminaba el Plan Materno Infantil, los niños ya no eran citados y concurrían a la unidad sanitaria espontáneamente en caso de enfermedad. Aquí se planteó un problema. ¿Cómo hacer para poder continuar con nuestro trabajo de campo, evaluando a los niños luego de los 2 años? Las unidades sanitarias ofrecieron espacio físico, y horarios, para que los investigadores citemos a las madres; esto a su vez ocasionó dos nuevos problemas, un alto (altísimo) porcentaje de las madres citadas no concurrían (no constituía para ellas una obligación el concurrir, como lo sería asistir a la unidad para vacunar a su niño, suponemos), y el otro problema, consistió en que la evaluación de los niños entre 2 y 3 años no podía desarrollarse normalmente; por lo que se dedujimos que el contexto de la unidad sanitaria, no favorecía la colaboración y participación del niño en la evaluación; los niños reconocen a la unidad sanitaria como el lugar al cual concurren cuando están enfermos, o deben ser vacunados. El niño se sentía sometido a un estrés y se mostraba inhibido lo que le impedía responder a los requerimientos de la evaluación. Por lo tanto se cambió la estrategia; los investigadores acordaban con las madres un día y un horario, y el investigador concurría al hogar de los niños. Los resultados cambiaron notablemente; era la familia la que esperaba al investigador, y los niños se disponían a trabajar en un ambiente familiar, el tiempo no apremiaba, el investigador podía quedarse en el hogar el tiempo necesario, para trabajar más tranquilamente. A pesar de esto los resultados de las evaluaciones, no cambiaron demasiado, pero se pudo comprobar que el niño no cumplía con las conductas esperadas, no porque el contexto no era el apropiado, sino porque no había desarrollado la capacidad suficiente para hacerlo. Los niños en su hogar trabajaban más cómodamente con la terapeuta ocupacional, mientras la madre, o madre y padre, eran entrevistados por otro integrante del equipo de investigadores. Esto también otorgó la

ventaja de conocer mejor y más directamente la familia de los niños, y el ambiente en que se desarrollan.

Para el control de los cinco y seis años el total de niños de los cuales pudo realizarse la recolección de datos del área social en sus domicilios con una actualización de las familias y en las instituciones educativas y, de terapia ocupacional en los jardines y escuelas con directivos y equipos docentes.

En los comienzos del estudio, en el año 1995, el grupo estaba conformado por 80 niños, hasta los dos años se incluyó para el análisis el 51%, descartando los que no poseían suficientes datos de las evaluaciones psicomotoras como para reunir los requisitos de un seguimiento; de éstos a los tres años se registran datos de un 40 % y entre los 5 a 7 años la muestra ubicada en los establecimientos educativos es de un 20 % de la muestra original.

Una de las dificultades de los estudios de tipo longitudinal de panel, es la posibilidad perder unidades de análisis a lo largo del tiempo. Esto trató de compensarse en el estudio, complementando el enfoque de la investigación, de interesarse por los datos puramente cuantitativos y centrarse en lo cualitativo, y analizar la riqueza y el significado que dentro del contexto sociocultural tienen los datos obtenidos.

La drástica reducción del grupo se da a partir de los dos años, cuando termina el Plan de lactantes, hasta ese momento el seguimiento se realizó en las Unidades sanitarias respectivas aunque ya registraban un importante ausentismo en sus controles integrales de crecimiento y desarrollo y, algunos habían abandonado a pesar de los esfuerzos de los equipos de salud más el trabajo de búsqueda del equipo de investigación. De los dos a los tres años, los niños parecería que son sólo responsabilidad de las familias ya que no hay planes que los incluyan, (con escasas excepciones) y el nivel inicial de educación comienza a los tres años (con escasa oferta, por no decir nula en este medio). A partir de esta edad, se inició la búsqueda intensiva de los niños por parte del grupo de investigación, se trató de ubicar a las familias en sus domicilios, y de renovar la autorización de las madres y padres para informarnos en los jardines y escuelas sobre el desempeño de su hijo.

En esta instancia comenzó a disminuir el grupo, ya que algunas familias, por diferentes motivos (mudanzas, traslados a otras ciudades, migración a zonas rurales, características propias de esta población en la ciudad de Mar del Plata) no pudieron ser encontradas.

El segundo momento en que se redujo el grupo por iguales circunstancias fue con el pase de nivel inicial a EGB.

En general se destaca la buena disposición de directivos y docentes en el momento de las entrevistas.

Los datos fueron obtenidos de entrevistas a los maestros de los niños, por lo que constituyen sus apreciaciones particulares acerca de la situación en la escuela de cada niño.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos:

Del análisis de la extensa disponibilidad de instrumentos de evaluación se eligieron los descriptos por haber sido diseñados y probados en población americana en situación de pobreza, por su utilización en otros trabajos reconocidos de investigación en Argentina, por su metodología, su batería accesible y adecuadas para su utilización en las condiciones reales de los centros de salud y por su posibilidad de ser reproducida la experiencia en otros trabajos de investigación pero, sobre todo en programas y proyectos en la comunidad.

Las encuestas y fichas de seguimiento fueron construidas por el equipo de investigación de acuerdo a los objetivos previstos.

- ❖ **Test de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 2 años (EEDP)**, de Rodriguez S. y otros. La escala permite evaluar el rendimiento de niño frente a diferentes situaciones que requieren cierto grado de desarrollo psimotor. Evalúa cuatro áreas: Motora, Lenguaje, Social y Coordinación. Por cada mes que se evalúa se toman cinco items que responden a las cuatro áreas, y según mes, cada item posee un valor determinado. Deben sumarse los valores, el total obtenido se transforma a puntaje estandar en la tabla correspondiente, esto permite obtener el coeficiente de desarrollo categorizado como: Normal- Riesgo - Retraso)
- ❖ **Test de desarrollo psicomotor de 2 a 5 años” (TEPSI)**, de Haeussler Isabel y Marchant Teresa. El objetivo fundamental de este test consiste en obtener un conocimiento preciso acerca del desarrollo del niño entre 2 y 5 años de edad en tres áreas básicas como lo son la coordinación, motricidad y lenguaje; de manera tal que puedan establecerse riesgos o retrasos en el desarrollo psicomotor.
- ❖ Un **cuestionario** con preguntas cerradas y algunas con alternativas, con el objetivo de obtener datos acerca de la salud materno infantil (datos de la madre, edad, enfermedades, características del embarazo, parto; datos de los niños, peso al nacer, amamantamiento, datos acerca de las enfermedades familiares etc.). Tomado a las madres al mes de vida de los niños. Asimismo se ha implementado una entrevista socioeconómica, tomada por las Asistentes Sociales en el primer control de los

niños, actualizada al año, a los 3, 5, 6-7 años en los casos que permanecieron en la muestra. La evaluación del desarrollo psicomotor y la encuesta sobre la salud materno infantil estuvo a cargo de Terapeutas Ocupacionales.

- ❖ **Encuesta semi- estructurada** de seguimiento de población infantil: que se constituyó en la guía para las entrevistas tomadas los docentes de los niños cuando se encontraban en nivel inicial, sala de cinco años, y EGB, primer año. Más **recopilación documental** (legajos escolares) que permitió recoger datos acerca de los aspectos sociales del niño en la institución, relación con los pares y docentes, aspectos referidos a su rendimiento escolar y hábitos adquiridos, ausentismo, etc.

Se deja constancia que en virtud de la extensión y objetivos de este trabajo no se desarrolla los instrumentos utilizados por el área socioantropológica y el área de psicología (evaluaciones del lenguaje, juego e inteligencia entre los 2-3 años a una submuestra aleatoria), pero son considerados imprescindibles para un estudio integral de la problemática.

La riqueza de los datos obtenidos, nos permite realizar un análisis cuantitativo, pero también uno cualitativo, sobre la base de las evaluaciones, entrevistas y la observación directa de los hogares.

"Somos doblemente pobres porque el país se empobreció en su conjunto y porque tenemos demasiada pobreza, aun para un país que se empobrece, Pero hay todavía una tercera pobreza: la pobre mirada hacia los pobres. ¿Habría otra forma de mostrar la pobreza? ¿Sin la morbosidad del noticiero, sin la asepsia científica, sin la ingenua mirada humanitaria? Una forma es la de que sus víctimas dejen de ser juguetes del destino para ser protagonistas, en la que sus dolores no sean merecidos escarmientos, en la que simplemente, se les reconozca en su condición de personas y ciudadanos, sin lavandinas ni tintas rojas" escribe y se pregunta Maricarmen Feijoó.¹⁵ Que acertadas estas reflexiones en estos tiempos es por ello que el equipo no sólo ha presentado sus hallazgos en ámbitos científicos sino que ha realizado y continúa realizando una intensa divulgación en todos los medios a su alcance: formación de grado y posgrado interdisciplinaria, ámbitos de salud y educación de distintos niveles, ámbitos políticos y de discusión técnica, medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto.

Esta investigación posee un carácter social y temporal, se lleva a cabo bajo ciertas circunstancias históricas. Nuestro trabajo fue renovándose a lo largo del tiempo,

¹⁵ Feijoó, M. citado por Delich, F. En "La crisis en la crisis". Eudeba. 2002. Pag 231.

incluyendo nuevas dimensiones, acumulando nuevos conocimientos, y esperamos continuar por este camino, en el año 1995 era un desafío y una meta lejana poder seguir controlando al grupo de niños hasta el ingreso a la escuela, hoy podemos decir que este desafío fue superado y que deseamos continuar proponiéndonos nuevas metas.

Esta posibilidad de investigar a lo largo del tiempo, nos a permitido no sólo desarrollar conocimiento, sino también adecuar las estrategias metodológicas, esto junto a la incorporación de nuevos aspectos a estudiar acerca del problema, renovando nuestras expectativas y manteniendo el interés en el proyecto.

Los primeros años de vida del niño y el ambiente.

Las experiencias de movimiento y las emociones desde el nacimiento, se viven a partir de los estímulos que el niño recibe, y constituyen el origen de su capacidad de aprendizaje, de adaptación y capacidad para enfrentarse al mundo. Movimiento y emociones se encuentran relacionados, por ejemplo, el movimiento debe tener su origen en un cuerpo capaz de mantenerse de pie, que brinde la sensación de seguridad para interactuar con el ambiente. Una de las primeras formas de aprendizaje es a través del movimiento.

"Durante los primeros siete años de vida el niño aprende a percibir su cuerpo y el mundo que lo rodea, aprende a pararse y a moverse con eficacia en ese mundo, aprende el significado de diferentes sonidos que oye y a hablar; aprende a mediar con innumerables objetos: muebles, ropas, zapatos, comestibles, juguetes, lápices etc. y lógicamente a relacionarse con las personas".¹⁶ Existen ciertos principios básicos del desarrollo del niño que se repiten de uno a otro, y se objetivan en la organización de las sensaciones en el sistema nervioso central.

A medida que el niño experimenta distintas sensaciones, aprende gradualmente a organizarlas y a encontrarles significado; aprende a enfocar su atención en sensaciones particulares, ignorando otras. Los movimientos torpes e incoordinados se vuelven más dirigidos y precisos; aprende los complicados movimientos del lenguaje.

Pensando en la escasez de estímulos, en la falta de posibilidades para instrumentar sus capacidades, y en las dificultades para encontrar en el medio que lo rodea los elementos necesarios para desarrollarse, el niño pobre sufre de una gran carencia de experiencias de vida previas necesarias para la adquisición de habilidades básicas, que le permitan una adaptación exitosa frente a futuras experiencias y diferentes situaciones.

¹⁶ Ayres, J. "La Integración Sensorial y el Niño". Editorial Trillas. 1998. Pag. 22

Es decir que, el estado motor y socioemocional, se relacionan directamente con el bienestar del niño.

En el desarrollo del niño se pueden identificar aspectos

- ✓ Físicos
- ✓ Sensoriales
- ✓ Perceptivos
- ✓ Cognitivos
- ✓ Emocionales
- ✓ Sociales
- ✓ Culturales

A medida que el niño crece estos factores se van expendiendo, y es así como durante el proceso de desarrollo se espera que el niño logre algunas tareas, destrezas, interacciones, que a su vez constituirán la base sobre la cual se desarrollarán comportamientos más maduros. Jean Ayres¹⁷ compara la secuencia del desarrollo con la actividad de construcción en bloques, donde cada respuesta adaptativa es un bloque que constituye la base de un desarrollo más complejo y maduro. Esto coincide con la teoría piagetiana en cuanto a que, la suma de experiencias previas es necesaria para la organización de funciones más organizadas, así como también es necesaria la repetición de una actividad para la especialización de cada elemento sensoriomotor. A menudo se vuelve un bloque hacia atrás y se practican los pasos del desarrollo, antes de proseguir hacia uno nuevo. Por lo tanto el desarrollo es una equilibración progresiva, es pasar de un estado de equilibrio menor a uno mayor. Sabemos que las estructuras cognoscitivas se desarrollan, generalizan y consolidan en función de las experiencias vividas, es así que lograr éxito en una determinada actividad intelectual depende de que se hallan alcanzado las estructuras cognoscitivas necesarias, y también de que las características de la tarea sean lo suficientemente cercanas a las experiencias anteriores del niño, como para permitirle generalizar sus estructuras cognoscitivas y aplicarlas a situaciones nuevas. Es decir que se van experimentando cambios, que pueden ser:

- ✓ Cuantitativos: talla, peso, cantidad de vocabulario adquirido, etc.
- ✓ Cualitativo: por ejemplo la influencia de la interacción social, es decir aquellos cambios para los cuales no existen escalas o tests para medirlos, y que por lo tanto no pueden expresarse en valores numéricos.

¹⁷ Op.Cit Pag. 25.

Si los logros y cambios se van produciendo satisfactoriamente producirán bienestar y éxito en las futuras tareas, sino producen fracaso, llevan a la desaprobación social y por lo tanto generan malestar. En los niños se observa un impulso natural para desarrollarse, para progresar, siempre que no exista ningún factor que lo perturbe.

El desarrollo es de carácter *progresivo, predecible y acumulativo*, su ritmo es particular en cada niño y se ve afectado por las expectativas que los demás, adultos, tengan sobre él. Es importante el conocimiento teórico unido a la experiencia para poder reconocer aquellas desviaciones o retrasos del desarrollo de las diferencias individuales que los niños neurofisiológicamente, familiarmente y culturalmente presentan al crecer para tomar decisiones acertadas y oportunas con respecto a la intervención que favorezcan la salud con la autonomía y confianza en las capacidades de sus familias.

El niño desarrolla sus diferentes capacidades gracias a la maduración neurológica y a la interacción social. Los recién nacidos actúan según sus impulsos; podría decirse que nacen fisiológicamente subdesarrollados, si se tiene en cuenta que la mielinización de las células nerviosas culmina algunos años después del nacimiento, por esto el medio social que rodea al niño es tan importante para su desarrollo. A través de la socialización el niño va aprendiendo a participar de los grupos, la familia en primera instancia, de la manera más eficaz posible. Así se va dando un proceso de transformación en la medida que tanto el niño como el ambiente, se encuentren en cambio. Cuando el niño adquiere una pauta determinada puede responder a diferentes circunstancias, la atención se relaja, y comienzan a manifestarse las emociones, el desempeño de esa pauta se cumple con menor esfuerzo; entonces el acto se transforma en hábito. Es el contexto social en que se encuentra cada niño el que debe promover este desarrollo, facilitándole todos los estímulos necesarios. Cada uno de los niños que hemos estudiado, ha enfrentando una serie única de problemas, y los resuelve a su modo, de esta manera va construyendo su personalidad, es decir se va transformado progresivamente en el intento de encontrar solución a los diferentes obstáculos, situaciones perturbadoras con que se encuentra.¹⁸

Los factores ambientales consisten en todas las experiencias con que se encuentra el niño, o bien su ausencia, y el aprendizaje fruto de ellas. El ambiente cobra, entonces, un carácter fundamental en el desarrollo del niño, ya que de él adquiere las experiencias de observación y posibilidad de imitación que favorecen el aprendizaje.

¹⁸ Tamotsu Shibutani. Sociedad y personalidad. Editorial Paidós. Buenos aires, 1971.

Es en el ambiente en que el niño vive, que va desarrollando sus aspectos sociales y emocionales, para lo cual el lactante debe ser provisto de sensaciones organizadoras, el niño debe sentirse seguro, tranquilo, recibir paulatinamente un nuevo mundo de imágenes, olores, sabores, sonidos, etc. De manera tal que comience a interesarse en el mundo y a conocerlo; por ejemplo esperamos que el niño de un mes fije la mirada en el rostro de su madre, a los dos meses emita vocalizaciones como respuesta a la sonrisa de otra persona, a los tres meses que busque con la mirada la fuente de un sonido...

Es en el ambiente en que el niño aprende a relacionar patrones particulares de comportamiento y sentimiento con patrones más elaborados, organizadores, complejos, por ejemplo a los 10 meses, entregar un objeto como respuesta a una orden, decir algunas palabras y aumentar su cantidad hacia los 15 meses. Así a partir de los dos años el niño podrá crear objetos mentales, elaborar algunas ideas sencillas y comunicarlas; para luego poder extender su mundo de ideas en diferentes aspectos emocionales como el placer, seguridad, enojo etc. Este proceso de desarrollo se afianza, y sus componentes se estrechan a lo largo de los dos primeros años de vida brindando ventajas para el desarrollo cognitivo. “El crecimiento social y emocional ocurre en una rica unión de influencias innatas y ambientales...”¹⁹

Sameroff y Fiese (1990) definieron la desarrollo como “el proceso de intercambio entre le niño y los contextos o ambientes importantes de la vida...” “Es un producto de interacciones dinámicas continuas del niño y la experiencia que proviene de su familia.”²⁰

Resultados: los datos, del nacimiento a los 7 años.

Primer trimestre.

En el primer trimestre se detectan niños en riesgo y retraso, especialmente de sexo masculino. Al mes el 21% de las niñas y 23% de los niños se encuentran en riesgo, a los dos meses el 7 y 9% respectivamente y el 13% de niños en retraso. A los tres meses el 15% de las niñas y 30% de los niños presentan riesgo. Es decir que a los tres meses del total del grupo evaluado el 55% se encuentra por debajo del nivel de normalidad. (Gráfico N°1).

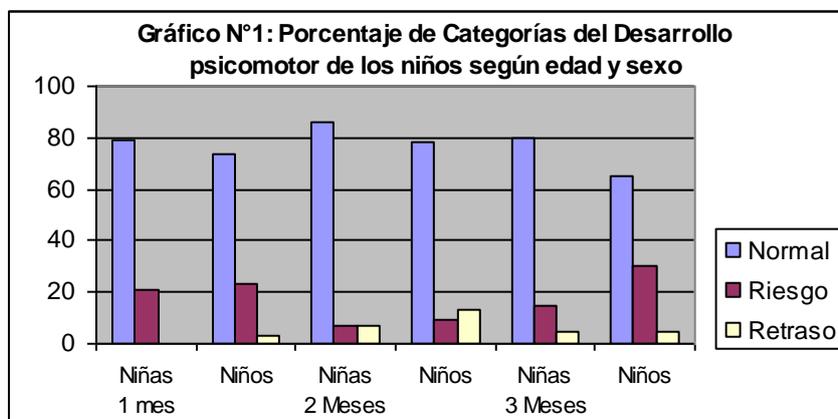
En general este es un período gobernado por las conductas reflejas, el niño comienza a establecer una comunicación visual, auditiva y emocional con las personas que lo

¹⁹ Willard - Spackman. Terapia Ocupacional. 8° edición. Editorial Médica Panamericana. España. 1998. Página 102.

²⁰ Willard - Spackman. Terapia Ocupacional. 8° edición. Editorial Médica Panamericana. España. 1998. Página 459.

rodean; esto se observa a través de las diferentes reacciones evaluadas, como fijar la mirada, reaccionar a sonidos, balbuceos como respuesta a la conversación, vocalización de algunos sonidos, sonreír etc., reacciones que porcentajes importantes de los niños del grupo estudiado no alcanzan; ya en el primer trimestre de vida se observan deficiencias, y es en esta base en que se apoyará el resto del desarrollo psicomotor, base no de todo firme.

Nuevamente Jean Ayres nos señala la importancia de procesos tan naturales como fundamentales "Los ojos y el cuello son las primeras partes de su cuerpo que aprende a controlar. Mantener la cabeza y los ojos estables es una habilidad fundamental...este desarrollo continuará durante varios años y es un bloque de construcción vital para aprender a leer, a tener equilibrio y movimientos que implican todo el cuerpo."²¹ Destacamos que las condiciones que actuaron sobre la gestación y nacimiento de estos niños y que resultaron en un alto porcentaje de bajo peso, retraso de crecimiento intrauterino, días de internación neonatal, continúan actuando y posiblemente expliquen las dificultades en alcanzar estos primeros hitos del desarrollo.



Fuente: Unidades sanitarias de los Barrios Libertad y Las Américas, 1995 – 2002. Mar del Plata.

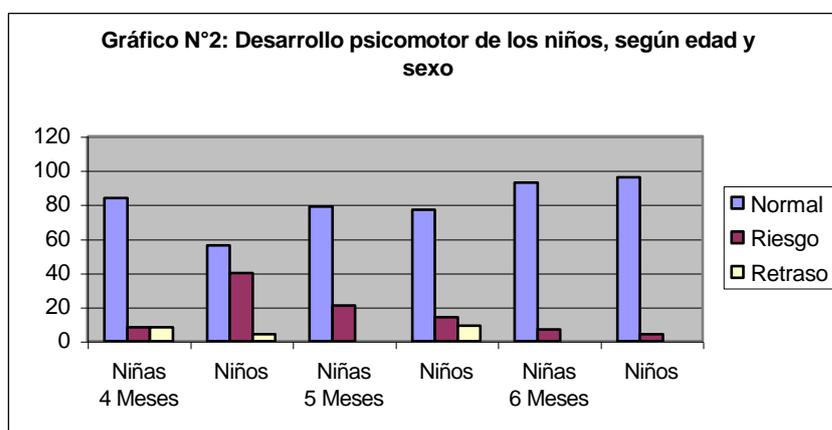
Segundo trimestre.

En el segundo trimestre continúan siendo los niños de sexo masculino los que con mayor frecuencia se encuentran en retraso, en cuanto al riesgo, aumenta la frecuencia de

²¹ Ayres. J. La Integración Sensorial y el Niño. Pag.29.

niñas, en los meses 5 y 6, no así en el 4° mes, en el que el 40% de los varones evaluados se encuentra en riesgo. Gráfico N°2. A los cuatro meses el 60% del total de los niños estudiados se encuentra por debajo del nivel de rendimiento esperado para su edad; porcentaje que se incrementa con respecto al del trimestre anterior.

En esta etapa se continúan afianzando los mecanismos de comunicación con las personas, el niño comienza a tomar conciencia de que existe un medio que lo rodea, y lo manifiesta a través de conductas como reír a carcajadas, mirar a quien le habla, vocalizar cuando se le habla. Pero también en esta época comienza a utilizar a sus manos, aparece lentamente la prensión voluntaria, así es como se evalúa tomar una argolla, tomar un cubo. Incluso comienza a utilizar una mano estando en posición de balcaneo.



Fuente: Unidades sanitarias de los Barrios Libertad y Las Américas, 1995 – 2002. Mar del Plata.

Los estímulos que provienen del medio, de las personas que cuidan al niño, son los que posibilitan que estas conductas comiencen a afianzarse, la continuidad y estabilidad de los cuidados brindados al niño por la familia, las posibilidades que experimentar con nuevos estímulos, favorece que las conductas se establezcan dando lugar a otras más complejas. Si una respuesta adaptativa rica y bien organizada deja al sistema nervioso en un estado de mayor organización ¿cuántas respuestas desorganizadas, pobres y durante cuánto tiempo la plasticidad del cerebro puede generar el cambio, reorganizar, compensar?

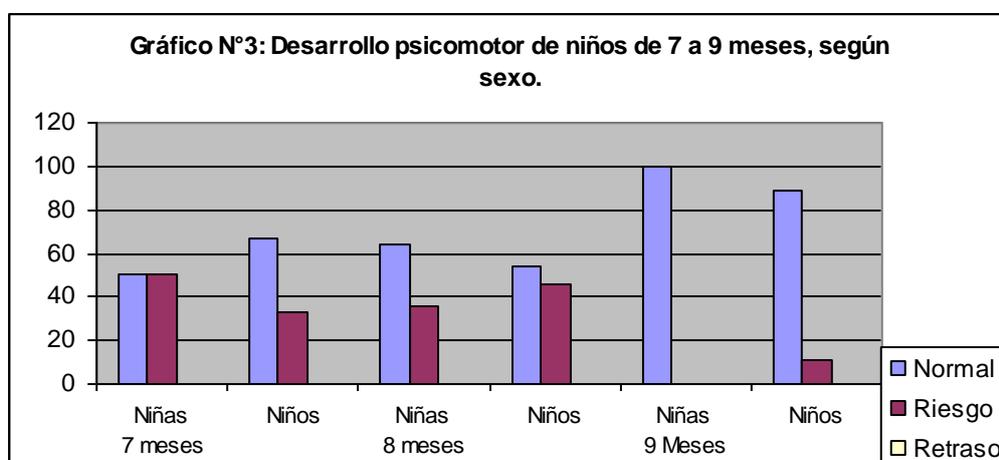
Tercer trimestre.

En el tercer trimestre la frecuencia de niños en riesgo es mayor que la de las niñas

(salvo en 7° mes en que el 50% de las niñas se encuentra en riesgo). No se detectaron en éste período niños en retraso. Sin embargo los porcentajes de riesgo son preocupantes, a los 7 meses el 50% de las mujeres evaluadas y el 33% de los varones, a los 8 meses el 36% de las mujeres y 54% de los varones y a los 9 meses el 11% de los varones. Gráfico N°3.

En los meses 7 y 8 de edad los porcentajes de niños y niñas cuyo rendimiento es inferior al esperado oscilan entre el 82 y 83%, que continúan aumentando con respecto a los trimestres anteriores.

En esta etapa los niños pueden sentarse solos, pararse sostenidos de un mueble, comienzan a conocerse y a explorar su cuerpo. La función se continúa perfeccionando, puede tomar objetos más pequeños, sostener un objeto en cada mano. Reconoce rostros conocidos y reacciona frente a los desconocidos. Puede comunicarse de una forma más “fluida” con su familia, por lo tanto necesita que ella se comunique con él, lo estimule para continuar enriqueciendo su comunicación gestual, corporal y verbal.



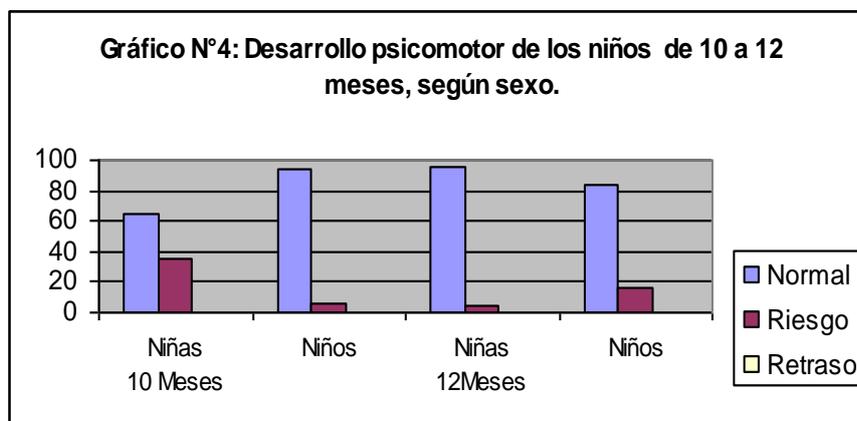
Fuente: Unidades Sanitarias Barrios Libertad y Las Américas, 1995-2002. Mar del Plata.

Cuarto Trimestre.

En el cuarto trimestre se observa que a los 10 meses las mujeres presentan mayor porcentaje de riesgo, situación que se invierte a los 12 meses. (Gráfico N°4). No se detectaron casos de retraso.

El 42% del total del grupo estudiado se encuentra a los diez meses por debajo del rendimiento esperado.

El niño explora mucho más su cuerpo, y la relación con las personas que lo rodean y con su entorno es más fluida. Esto sirve como retroalimentación para continuar enriqueciendo su lenguaje y desarrollo psicomotor en general. El medio ambiente y los estímulos que provea, continúan siendo, y siempre serán, fundamentales. El niño podrá imitar gestos sencillos, entregar un objeto como respuesta a una orden, reaccionar a la negación, decir al menos dos palabras, tomar un objeto pequeño, juntar las manos en la línea media. Es un período de cambios importantes de relación con el espacio que rodea su cuerpo "...se arrastra mayores distancias y explora más lugares en su ambiente, estimulando su sistema nervioso con muchas sensaciones provenientes de los músculos que mantienen erguidos su cabeza y su cuerpo, de los huesos que soportan su peso y también de la atracción gravitacional. Estas sensaciones le ayudan a coordinar los dos lados del cuerpo, a aprender a planear sus movimientos y a desarrollar una percepción visual".²²



Fuente: Unidades Sanitarias Barrios Libertad y Las Américas, 1995-2002. Mar del Plata.

Son frecuentes los comentarios de las mamás a los terapeutas con respecto a restricciones o dificultades que el ambiente físico de sus viviendas: ausencia de pisos, ambientes únicos y/o estrechos, peligros, carencia de otros espacios en el barrio, donde

²² Ayres. J. Op. Cit. Pag.33.

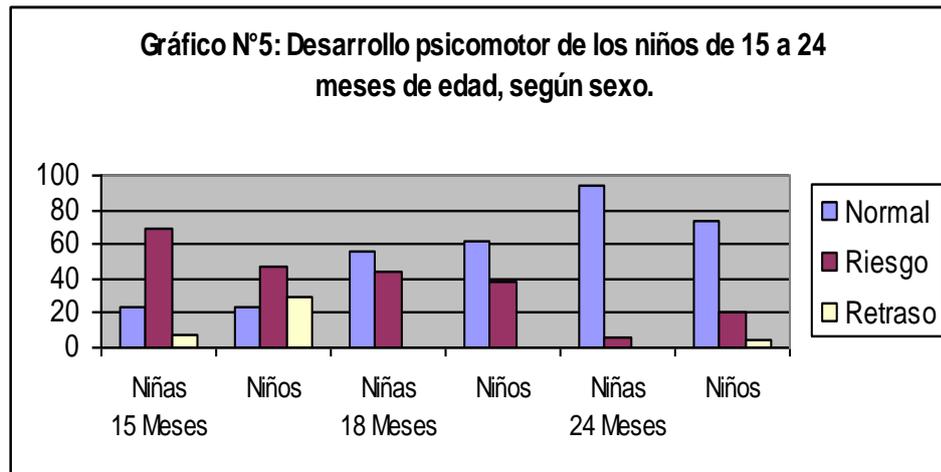
los niños podrían explorar, jugar, interactuar con el medio y deben limitarse a pocas y similares experiencias en los lugares disponibles y seguros.

15 a 24 meses.

Resulta notable como a los 15 meses el 29% de los varones y 8% de las mujeres se encuentran en retraso; siendo el porcentaje de riesgo también alarmante (69% mujeres y 47% varones). A los 18 meses el 82% del total de niños estudiados se encuentra en riesgo. Hacia los 24 meses el niño debe comenzar a manifestarse más independiente, camina solo y puede entretenerse con algunos juegos sencillos, el lenguaje es más rico, puede expresar algunas necesidades y deseos, la función manual y manipulación de objetos se perfecciona aún más. (Gráfico N°5).

Resulta notable como en los 24 meses los porcentajes de niños en normalidad aumentan, lo que resulta contrastante con lo que ocurre en los meses anteriores y posteriores. Sin embargo esto no significa que los niños hayan elevado su rendimiento, y encuentra su explicación en el procedimiento de interpretación de promedios y desviaciones en nivel socioeconómico medio- alto y bajo, de la escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Los autores de la misma pudieron verificar y confirmar, a través de investigaciones que acompañaron el diseño del instrumento, que la curva de desarrollo a partir de los 18 meses se separa en función del nivel socioeconómico, colocando en situación desventajosa a los niños de nivel socioeconómico bajo; es por esto que en las tablas de puntaje a partir de los 18 meses se separan un puntaje estandar para nivel socioeconómico medio alto y puntaje estandar para nivel socioeconómico bajo. A efectos de estudiar el desarrollo psicomotor de los niños desde el nacimiento este procedimiento de interpretación no nos resulta adecuado, ya que se cambian en estos meses los parámetros de comparación. Los investigadores de este estudio, ante la sensible diferencia de los resultados de nuestra observación y evaluación con respecto a las categorías que la Escala les otorga a los niños, dispuso una evaluación de una submuestra aleatoria de los mismos realizada por psicólogas que comprobó y confirmó nuestras conclusiones . su lenguaje, juego y función simbólica en la mayoría de los niños se encontraba en los 18 meses, es decir aún en el período sensoriomotriz.²³

²³ Vega, M.C. Sanchez, C. Aiello, C. 1998.

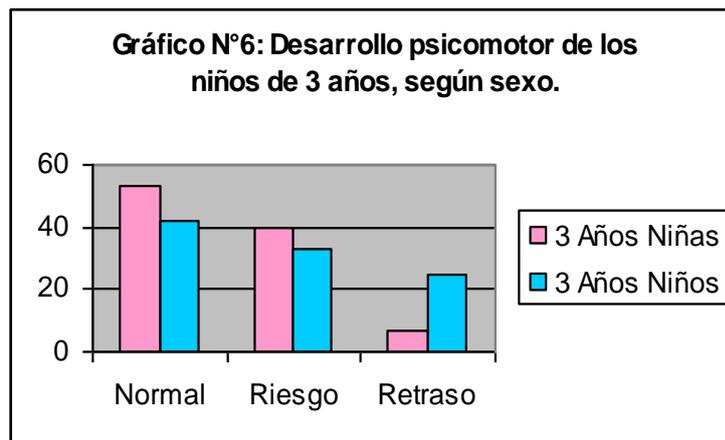


Fuente: Unidad Sanitaria Barrios Libertad y Las Américas, 1995-2002.

Mar del Plata.

Tres años

A los tres años más de la mitad de los niños presenta un desarrollo psicomotor por debajo del nivel que se espera para su edad. Las áreas se encuentran comprometidas en siguiente orden: motricidad (22% en riesgo y 26% en retraso), lenguaje (26% en riesgo y 11% en retraso), el área con menor grado de compromiso es coordinación (7% en riesgo y 19% en retraso). (Gráfico N°6). Es llamativo contrastando con las referencias bibliográficas de trabajos anteriores de características similares y de la experiencia de este grupo de terapeutas ocupacionales, las dificultades en el área motora ya que los antecedentes refieren casi exclusivamente a retrasos en el lenguaje y coordinación, nos interroga y preocupa estos datos, sumados a la escasa o nula oferta educativa o recreacional para estos sectores de la población entre los 2 a 5 años a excepción de la que la familia con sus recursos pueda brindarle.



Fuente: Unidades Sanitarias Barrios libertad y Las Américas, 1995-2002. Mar del Plata.

A esta edad comienza el abandono de la primera infancia, y una etapa de transición hacia un estado superior que prepara al niño para el desarrollo de conductas maduras, necesarias para el desempeño en los primeros niveles de la educación inicial.

Al niño aún le interesa la actividad motriz gruesa y comienza a interesarse por la manipulación fina de los objetos, por ejemplo el lápiz, introducir bolitas en un recipiente. Esto se relaciona directamente con la mayor capacidad de inhibición y control de los movimientos en los planos vertical y horizontal, indicadores del desarrollo neuromotor.

Se debería haber observado una coordinación notablemente superior a la del niño menor. Los niños de tres años juegan espontáneamente, recurren a la imaginación y creatividad. Comienza a adquirir el sentido de las formas, y puede por ejemplo encastrar fácilmente un círculo, un cuadrado y un triángulo en un tablero de formas. Comienzan a tener lugar varias individualizaciones perceptuales. Puede por ejemplo unir las dos mitades de una figura sencilla. Estas nuevas capacidades son indicadores de una organización mental fluida, relacionada también con el mayor perfeccionamiento de las manipulaciones. El niño comprende sobre, debajo, puede realizar tareas más complejas, que impliquen una secuencia de acciones.

El área del lenguaje presenta en el niño de tres años características muy particulares; las palabras son utilizadas todavía para designar ideas, conceptos. Y si bien el vocabulario aumenta notablemente, se debe destacar que algunas palabras son repetidas como prueba experimental, otras porque tienen para el niño un valor cómico o musical agradable, y otras sí son portadoras de significados bien definidos.

En el juego aparece el soliloquio, y comienzan a desarrollarse palabras, frases, sintaxis, comienza a desarrollarse el juego simbólico. La dramatización de escenas cotidianas, como ir al supermercado, al doctor etc., se acompañan de la palabra. El niño comienza a aprender a escuchar al otro. Utiliza las palabras para expresar sentimientos, deseos, dificultades. Se interesa por los juegos de tipo solitario, aunque puede compartir ocasionalmente el juego con un par, o mejor dicho jugar junto a un par.

Alcanza mayor grado de independencia, especialmente en las actividades de alimentación, vestido y comienza a interesarse por cooperar en tareas hogareñas sencillas, como poner la mesa.

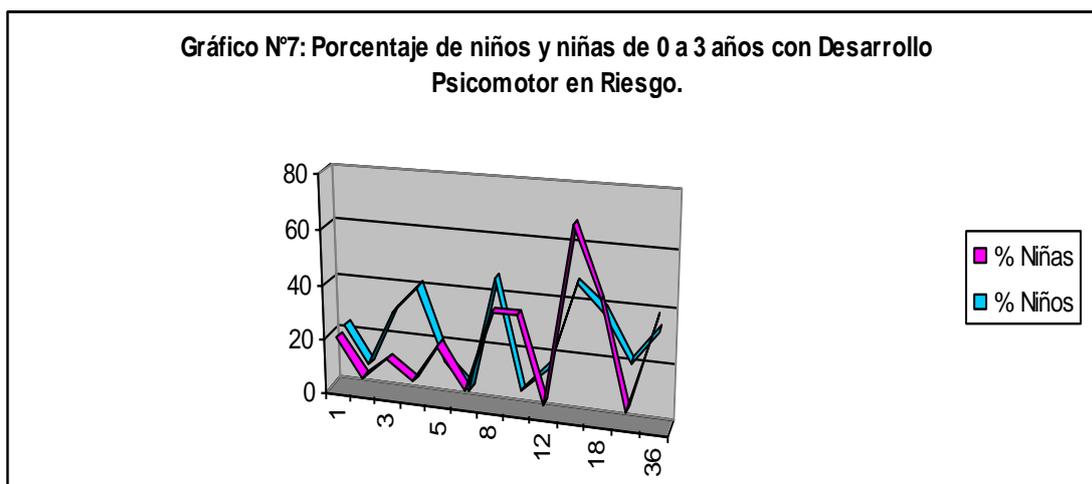
Desarrollo Psicomotor y Peso al Nacer.

El desarrollo psicomotor también ha sido analizado con relación al peso de los niños: La cantidad de niños con bajo peso al nacer grado 1 disminuye hacia los cinco meses, y aumenta nuevamente a partir de los doce, en general el desarrollo psicomotor de estos niños es normal, sin embargo es de destacar una cantidad importante de niños en riesgo y retraso; el bajo peso al nacer grado 2 se detecta entre los 15 días y 4 meses y estos niños presentan en general retraso en el desarrollo psicomotor encontrándose una correlación: a medida que aumenta el peso de los niños disminuyen el número de controles en riesgo y sobre todo en retraso y aumentan los controles categorizados como normales. Los hijos de madres adolescentes con primaria incompleta y 2 o más niños, presentaron mayor probabilidad de concentrar más de dos controles en retraso y numerosos en riesgo²⁴; los niños con sobrepeso presentaron desarrollo normal. Por lo tanto según lo que se observa en el comportamiento de la muestra, se puede inducir que el bajo peso se asocia al riesgo y al retraso, sin embargo la mayoría de los niños tiene un peso normal, y en ellos también son frecuentes el riesgo y retraso, por lo que se puede pensar en otras variables de tipo socioambiental que afecten el desarrollo psicomotor de los niños estudiados.

Recapitulación.

A lo largo de los dos primeros años de vida el desarrollo psicomotor de los niños fluctuó entre la normalidad y el riesgo y la normalidad el riesgo y el retraso, ambos grupos constituyen el 77% del grupo estudiado, los niños que presentaron un único control no fueron incluidos en este análisis dado que no se puede estudiar el comportamiento de la variable a lo largo del tiempo. (Gráfico N°7).

²⁴ Vega, M.C. y cols." Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata" En "La Salud en Crisis" Editorial Dunken. Pag.108-110. 2000.



Fuente: Unidades Sanitarias Barrios Libertad y Las Américas, 1995-2002. Mar del Plata.

Se ha podido observar cómo durante los dos primeros años de vida el área de coordinación fue la más afectada, los niños dadas las carencias del medio no logran adquirir, o adquieren tardíamente, conductas adaptativas y de coordinación fina. Sin embargo a los tres años el área más comprometida resulta ser la motriz, ¿las carencias de estímulos resultan tan intensas como para afectar ésta área?. Que un niño no logre caminar talón punta, implica que su equilibrio no es estable, por lo tanto no puede coordinar un movimiento preciso. Esto puede afectar futuros comportamientos esperados en el niño, sino puede mantener el equilibrio dinámico o bien estático, esto implica que no a logrado una buena integración de sensaciones corporales básicas, lo que a su vez indica una pobre organización del esquema corporal; es decir el niño manifiesta inmadurez de mecanismos básicos, balance, reacciones posturales, y por lo tanto inestabilidad emocional. En estas condiciones, un niño, difícilmente pueda mantener una postura correcta para realizarlas tareas escolares, graduar la fuerza en la presión del lápiz, etc. Por lo tanto también la atención se dispersará hacia aquellos elementos que se suponen automáticos, base de acciones más complejas.

No se observa una armonía en el desarrollo psicomotor, los niños no logran mantener un perfil, parece ser que cuando alcanzan el nivel de desarrollo esperado, caen para entrar en riesgo o retraso, del cual se recuperan lentamente para volver a alcanzar las conductas esperadas. Logran mantenerse en un nivel en el que cumplen ciertas pautas esperadas para su edad, pero mientras estas se afianzan, el tiempo sigue transcurriendo,

y las nuevas conductas, más complejas, que necesitan de las anteriores tardan en aparecer, por lo que el niño vuelve al riesgo o al retraso.

La "norma", lo "esperable" en el desarrollo de estos niños hasta los 3 años parece ser la fluctuación, la oscilación con particulares diferencias entre niños y niñas con edades y requerimientos diferentes frente a planes, indicaciones, cartillas homogéneos y masivos. Así transcurre su desarrollo, así transcurre su vida, la inestabilidad, las deficiencias y carencias "del afuera", se reflejan en el niño, en su desarrollo, que es también inestable y deficiente.

La pobreza condiciona el completo desarrollo del potencial cognitivo, emocional, psicomotor, y social del niño.

5 años. Los niños en nivel inicial.

Si hasta los 5 años las dificultades para realizar el seguimiento fueron muchas, un gran capítulo de reflexión y estudio merece la etapa del ingreso al sistema escolar inicial y EGB en este medio urbano densamente poblado con gran movilidad y migración, sin cumplimiento de la ley que reglamenta la concurrencia de los niños al jardín en su nivel de 5 años, más la burocracia de compartimentos estancos del sistema de salud-educación- programas sociales, que perjudica no sólo un estudio de seguimiento, sino que es la realidad de todos los días, lo "normal" para la población.

En el nivel inicial, los niños pasan desapercibidos, en cuanto a sus posibles problemas y dificultades. Los niños de nuestra muestra se encuentran aquí con otros niños de su barrio y de otros de características socioeconómicas y culturales similares.

Parecería que el jardín es más permisivo en cuanto a si los alumnos alcanzan o no determinados logros; salvo en aquellos casos de serias dificultades, los niños pueden pasar a primer año.

En general en el grupo estudiado los docentes refieren algunos niños con dificultades, especialmente en la organización espacial y en la iniciación a la lectoescritura, pero esto no hace imposible pasar a primer año, esperan que estas cuestiones se resuelvan en la escuela, que el niño se afiance, que el niño madure.

El problema se plantea cuando al pasar a escuela, esos logros no están adquiridos, y los niños son definidos como lentos.

Los docentes detectan algunos casos de niños tímidos, que participan poco, y les cuesta integrarse en las actividades grupales de educación física y música.

Los docentes destacan la importancia en esta etapa de la colaboración de la familia, su participación y contención hacia el niño.

7 años. Los niños en 1° año de EGB.

La escuela es un agente de la socialización primaria. Es en la escuela, donde el niño, sobre la base de las experiencias adquiridas previamente, comienza a construir su propio proyecto identificador. La escuela le ofrece para ello, un nuevo mundo de posibilidades y es una activa partícipe en la estructuración de su pensamiento.²⁵

Es por esto que el ingreso a la escuela constituye una experiencia crucial para los niños, salen de sus hogares para formar parte de un mundo desconocido, un mundo exigente, con demandas cognitivas que hasta el momento resultaban totalmente desconocidas. El éxito o fracaso dependerá en parte de las habilidades adquiridas durante sus cortas vidas. Esto marca el paso al mundo de la sociedad a la que pertenece, y a partir del cual deben adquirir nuevas habilidades y destrezas para superarse.

Según refieren los docentes el ritmo de aprendizaje es diferente, esto lleva a una expectativa de logro también diferente; los niños general no alcanzan algunos de los objetivos correspondientes al año que cursan, pero igualmente pueden pasar al segundo año, esta situación es contemplada por las instituciones, teniendo en cuenta que la mayoría de los niños presentan dificultades. Los docentes consideran como normal en esta población, un rendimiento más bajo, en relación a alumnos de otros contextos socioeconómicos.

En esta etapa comienzan a apreciarse algunas dificultades en los niños, según lo que refieren los docentes. Destacan los maestros a los niños muy inhibidos o con conductas sobresalientes en cuanto al manejo de su cuerpo o de adaptación social.

La etapa escolar está marcada por cambios importantes en el área social, aumentan las relaciones interpersonales, se originan los grupos de amistad, especialmente del mismo sexo. El niño de 6 años pone el énfasis en la cooperación mutua, en el dar y tomar, pero que aún se encuentra al servicio de los propios intereses.

Es a través del contacto con otros niños, donde se descubren las aptitudes, su valor como personas, y se desarrolla, en parte, la autoestima.

En general los niños de esta edad son muy susceptibles a las presiones para actuar de acuerdo al grupo de pares, esto puede resultar negativo para niños con baja autoestima y habilidades sociales poco desarrolladas.

En los niños del grupo estudiado el área social comienza a verse afectada, se detectan

²⁵ Rosbaco, M. I. El desnutrido escolar. Dificultades de aprendizaje en los niños de contextos de pobreza urbana. HomoSapiens Ediciones. 2000.

mayor cantidad de niños definidos por los maestros como “muy inquieto”, “no se queda quieto”, “juega a las patadas”, “no puede con su cuerpo”.(12% de los niños)

Y de niños y niñas tímidos (el 20% del total del grupo estudiado). La timidez los conduce a restringir las relaciones con otros, a “pasar desapercibida”, “hay que pedirle que ayude”.

La tendencia al aislamiento, es indicador de desajuste o trastorno emocional.

Este tipo de reacciones negativas pueden ser signos tempranos de desajuste y pueden transformarse en problemas, en futuro no muy lejano.

Es decir que configuran el pronóstico sobre el ajuste social y escolar posterior.

En cuanto a la lectoescritura:

El 30% de los niños, presentan según los docentes, dificultades para adquirir el nivel esperado, en general consideran que se encuentran en un nivel presilábico.

Son los mismos niños y niñas que ya comenzaron a manifestar dificultades en el área social, por timidez excesiva, o por el contrario niños muy inquietos.

Organización espacial gráfica:

El 25% con dificultades. La más frecuentes son el mal uso del espacio, déficit en la organización de secuencias espaciales, no anticipar, discriminar, se desorganizan en el espacio del cuaderno.

Cuando la organización está bien integrada el niño puede pasar a otras operaciones más complejas de abstracción. Es decir que las experiencias previas obtenidas a través del juego y la vivencia corporal en cuanto a medición del espacio, profundidad, velocidad, distancia, secuencia de los movimientos, favorecen en el plano del pensamiento el logro de la generalización, abstracción, cálculos matemáticos y razonamiento. Por lo tanto estas experiencias son fundamentales para el logro de las habilidades básicas escolares.

Dificultades para adquirir conocimientos nuevos:

El 30% de los niños presentan dificultades en esta área. En general son definidos como “lento”, “le cuesta pero lo logra”, “la familia esperaba que fuera mejor”, “le lleva más tiempo pero lo logra”, “para escribir una palabra tarda dos horas”, “parece que entiende pero no puede aplicarlos”, “es más lento que los demás pero aprende”.

Los docentes relatan que algunos niños tienen el apoyo familiar pero no aprenden. Y en otros casos, a pesar de los esfuerzos de los docentes, los niños no sólo no aprenden sino que tampoco cuentan con el apoyo familiar, y las condiciones económicas y sociales no los favorecen.

Las dificultades en las diferentes áreas suelen ser asociadas en el relato docente con las dificultades familiares, sociales y económicas.

Coordinación fina y gruesa:

El 25% de los niños, con dificultades, caracterizados por los docentes como "torpes".

Lenguaje

El 35% de los niños presenta algún déficit en el área del lenguaje calificado como "escaso", poca comunicación.

Los docentes los describen como niños tímidos, "no le saco una palabra", "no es muy charlatán pero puede expresar lo que le pasa".

Los docentes tienden asociar las características de las familias con las dificultades en el lenguaje, por ejemplo, familias poco comunicativas y poco contenedoras, en las cuales la expresión de las necesidades y sentimientos de los niños tienen poca importancia.

Como con el resto de las áreas, en la del lenguaje es necesario un ambiente, especialmente familiar, que favorezca el desarrollo de habilidades.

Hábitos

Los niños adquieren ciertas pautas de independencias, pero en esta área se ven reflejadas las condiciones socioeconómicas de las familias.

Por ejemplo, con respecto al punto acerca del interés por las pertenencias y su cuidado, ¿cómo cuidar lo que no se tiene?, en el caso de niños que tienen algunas pocas cosas, las cuidan como objetos muy valiosos.

"La desigualdad de oportunidades es exactamente esto: no hay un punto de partida común para los competidores. Se comienza la carrera a la vida desde posiciones arbitrarias, carentes de toda racionalidad. Y la búsqueda, la construcción de igualdad de oportunidades, es la búsqueda de estrategias que permiten compensar el punto de partida desigual. Otorgar una oportunidad de competir en condiciones razonablemente parecidas."²⁶

Conclusiones y discusión

²⁶ Delich, F. La Crisis en la Crisis. Pag 225.

- El perfil del desarrollo del desarrollo psicomotor de los niños vulnerables está caracterizado por la fluctuación entre los controles categorizados en normalidad, riesgo y retraso, la mayoría de la muestra y, en la mayoría de sus controles, hasta los tres años. Con diferencias de género en cuanto a las edades y a las pautas con presentan dificultad.
- Se halla relación entre el bajo peso, el RCIU, las características maternas y los niños que presentaron mayor cantidad de controles en retraso.
- Entre los 2 y 3 años se evidencian las dificultades en la función simbólica, lenguaje y coordinaciones.
- Ausencia de cobertura educativa, de estimulación, de recreación entre los 3 y 5 años. La casi totalidad de los niños se acerca al jardín a los 5 años, se registran casos que no concurrieron.
- En la etapa escolar los docentes desde sus manifestaciones consideran esperable el desempeño de los niños, destacando los casos extremos de inhibición, torpeza o desadaptación.
- Terapia Ocupacional en un grupo interdisciplinario coordinó y desarrolló un proceso de seguimiento de los niños y de acompañamiento de las familias durante 7 años.

De acuerdo con los resultados obtenidos se considera necesaria la implementación de acciones concretas integrales, que otorguen a los niños y a sus familias, oportunidades para desarrollarse, para satisfacer necesidades, para mejorar la calidad de vida, es decir promover la salud y por lo tanto la equidad de los niños y familias que viven en la pobreza.

La pobreza conlleva a los niños a someterse a factores de riesgo, que afectan su vida cotidiana; la falta de recursos económicos hacen que estas familias vivan en condiciones de marginación, lo que favorece el aislamiento social y la no-participación comunitaria, la dificultar en acceder a servicios de salud, etc.

Por esto nuestros objetivos se centran no sólo en producir conocimientos, sino también instrumentos a través de los cuales favorecer la salud de los niños. Diseñar estrategias para favorecer su armónico desarrollo. Esto conlleva intentar promover en las personas la capacidad de optar por conductas y por estilos de vida saludables, es decir desarrollar habilidades personales.

Los niños afectados por las condiciones de vida que impone la pobreza, sufren interferencias de su proceso de desarrollo, lo que ocasiona dificultades en las diferentes

áreas observadas y en la capacidad para interactuar con el ambiente. El terapeuta ocupacional como integrante de los equipos de salud y educación, puede detectar y reconocer el nivel de funcionamiento de los niños, con el objeto de intervenir para promover actividades apropiadas y desafiantes, que lleven a facilitar el desarrollo.

Como agentes de salud en comunidad, esta tarea implica un desafío doble, ya que es necesario actuar individualmente para cambiar las conductas de riesgo, y actuar colectivamente, en un intento de modificarlos sistemas productores de malestar y enfermedad. Esto es promover la creación de una “cultura de la salud”.²⁷

Para lograr esto debemos favorecer el desarrollo de la creatividad, el compromiso con la vida y la capacidad de organización de todas las personas.

Bibliografía:

²⁷ Promoción de la Salud y Equidad. En educación Médica y Salud. Vol.29. N°1. (1995).

La pobreza en América Latina, Estudio e informe CEPAL n° 54.

Feijoó, M. citado por Delich, F. 2002. En "La crisis en la crisis". Eudeba. Buenos Aires, Argentina.

Ayres, Jean. 1998. "La Integración Sensorial y el Niño". Editorial Trillas. México.

Tamotsu Shibutani. 1971. Sociedad y personalidad. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Willard - Spackman. 1998. Terapia Ocupacional. 8° edición. Editorial Médica Panamericana. España.

Vega, María Carlota; Sanchez, C. Aiello, C. 1998. Trabajo presentado en 1ras. Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología y Fac. de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Vega, María Carlota. y cols. 2000. " Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata" capítulo en "La Salud en Crisis" Editorial Dunken. Buenos Aires, Argentina.

Rosbaco, María Inés. 2000. El desnutrido escolar. Dificultades de aprendizaje en los niños de contextos de pobreza urbana. Homo Sapiens Ediciones. Rosario, Argentina.

Agradecimientos:

Este trabajo pudo ser realizado por el esfuerzo y compromiso de todo el equipo interdisciplinario de investigación; la colaboración y disponibilidad de los equipos de salud del Municipio de General Pueyrredon, especialmente de los centros de los barrios

Las Américas y Libertad; de los equipos docentes de las instituciones educativas encuestadas.

Fundamentalmente por la confianza y predisposición los niños y sus familias.

Este proyecto contó con subsidio de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

MESA 2

MESA COMUNICACIONES
CIENTÍFICAS
SALUD MENTAL EN NIÑOS

TITULO:

“GRUPO DE PADRES: DALE, ¿VAMOS A JUGAR?”

AUTORAS: LIC. T.O ALEJANDRA CASTRO ARES

E-mail: JANACASTRO@yahoo.com

LIC. T.S CRISTINA RODRIGUEZ

INSTITUCIÓN:

Hospital Infanto Juvenil “Carolina Tobar García”

Avda. Ramón Carrillo N° 315

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Teléfono: 4305-6108 Fax: 4304-2692

E-Mail: Tobardirección@buenosaires.gov.ar

Resumen:

Queremos transmitir la experiencia de encuentro con padres, en el marco del equipo de niños I del Servicio de Hospital de Día turno mañana del Hospital Infanto Juvenil, C. Tobar García, durante el período de abril a diciembre de los últimos tres años.

La coordinación está a cargo de Servicio Social y Terapia Ocupacional con una modalidad diferente de intervención con las familias. La apuesta tiene que ver con generar un espacio para la **reflexión** de temáticas e inquietudes que los familiares pudieran ir desplegando y abrir la vertiente del **juego**. En este trabajo contamos la historia del recorrido y entramado grupal que evidenció modificaciones.

Consideramos como conclusión que pudo producirse un proceso grupal que fortaleció el armado de una red de sostén interna con posibilidades de reproducción en el escenario socio familiar (cambio de posición, mayor circulación social y proyectos).

Introducción:

Queremos transmitir la experiencia del encuentro con padres, en el marco del equipo de niños I del Servicio de Hospital de Día turno mañana del Hospital Infanto Juvenil, C. Tobar García, durante el período de abril a diciembre de los últimos tres años. La coordinación está a cargo de Servicio Social y Terapia Ocupacional con una modalidad diferente de intervención con las familias. Ahora: ¿De qué familias estamos hablando? En su mayoría son mujeres (madres y/o abuelas) que sostienen un vínculo de pareja con relaciones buenas o conflictivas, otras se presentan solas siendo jefas de hogar. Algunas tienen trabajo (vendedoras ambulantes) otras son amas de casa; todas ellas con el desgaste que da la multiplicidad de roles. Cuestionan el rol de los hombres o bien piden mayor presencia en el grupo así como en la casa. Apelan a la red social, denotan cansancio físico y psíquico así como problemas de salud. La presencia de la figura masculina en el grupo fue esporádica. Los hermanos aparecen en el relato como figuras demandantes especialmente respecto de las madres y/o como personas referentes y de sostén. Los niños por quienes consultan presentan patologías severas que afectan su desarrollo, su vinculación con el entorno, y su acceso a la circulación social. Tienen comprometida su capacidad lúdica.

La apuesta desde la coordinación para el grupo, es generar un espacio para la **reflexión** de temáticas e inquietudes que los familiares pudieran desplegar y abrir la vertiente del **juego**. Algo olvidado por los adultos, quizás por el mito que ese espacio le pertenece a los niños.

Consideramos al **juego** (1) como una forma de **comunicación y transmisión** que da lugar a distenderse, reírse y poder decir las cosas de otra manera; comprometiendo el cuerpo, las emociones y los sentimientos. Se realiza en un tiempo y espacio, siendo una actividad que causa placer y en la que uno se involucra por sí mismo, permitiendo investigar, explorar, inventar y descubrir. Pensamos al **grupo** (2) como un **generador y multiplicador de salud**, en el cual se reproduce un dinámico **interjuego de roles y la construcción de un nosotros**. Lo que acontece allí, reproduce múltiples encrucijadas del escenario social.

Año 2000, Grupo “Nuestro Rincón” (3)

Son 16 familiares que conformarían un solo grupo (madres, abuelas y padres, algunos de ellos en su último año de tránsito por el hospital) comienzan a contar la historia grupal anterior. Se hace presente la desconfianza y el miedo a lo nuevo.

Dentro de las temáticas que les interesan reflexionan sobre el crecimiento de los chicos

y como se los imaginan en el futuro, plantean problemas de comunicación y transmisión de pedidos o necesidades, tanto en el grupo como en el entorno familiar al igual que manifiestan preocupación por la discriminación que sienten al tener un hijo con problemas.

Permiten el tránsito a la pertenencia e integración al grupo: las palabras, los juegos: el gallito ciego, memotex, técnicas gráficas y un Rito fundante: que incluye: un nombre: “Nuestro Rincón”, una canción: “Volver a empezar” y una frase en el que se dejan oír los significantes “Esperanza”, “Final feliz” y “Esfuerzo”. **Rescatamos como logros: la conformación del grupo aceptando el cambio de coordinación y modalidad grupal, la apertura para la integración de nuevos familiares y las modificaciones en el entorno familiar**: al hacerse un espacio a través de un trabajo o actividad de esparcimiento y el pedir ayuda a otro.

Año 2001, Grupo “Re-descubriéndose Mujeres” (4)

Participan 12 mujeres. Hubo reencuentros y despedidas por el pasaje de algunas madres al grupo de salida, trabajándose desde una técnica corporal. Tramitar la ausencia en el grupo, genera entre ellas tres situaciones: la necesidad de hablar de sus hijos, el no concurrir al grupo o el preguntar por qué no venían todas.

Desde la coordinación, buscamos entre sus gustos y preferencias algo que pudieran compartir, por ello la siguiente convocatoria fue a una mateada. Este rito permitió un corrimiento. Los temas que aparecen en estas mateadas son: la rememoración de sus embarazos y partos, cómo y de quienes recibieron la educación sexual. También hablan de cómo apelar a la red familiar y social al momento de salir a buscar trabajo y poder sostenerlo. Sus miedos están relacionados al cuidado de sus hijos con problemas cuando ellas no estén.

Del mate para compartir y abrir a la palabra a la presentación de un objeto (juego con globos) que dio lugar a desplazamientos y simbolizaciones. El globo (representa para ellas, “a sus hijos”) la mayoría elige no desprenderse. Vuelven a quedar atrapadas, lo valioso de ser mujer es la maternidad. ¿Qué lugar ocupa la femineidad? Siguiendo con la línea de los objetos, se trabaja con aquellos que las identifiquen en tanto mujeres y cuales fueron los modelos de transmisión recibidos. Se rescata qué de esa transmisión repiten aunque no les guste: “soberbia y mamicis”. Aparecen también las diferencias entre hombres y mujeres por la crianza y los mandatos sociales. Se definen como: las más inteligentes, lo mejor y cubriendo una amplia gama de roles. **Como cierre de ese año trabajado por el grupo, valoramos la posibilidad que tuvieron de correr la**

mirada de sus hijos, hacia ellas; estableciendo lazos mas fuertes y superando los cambios en la conformación grupal.

Año 2002, Grupo “Polenta” (5)

Participan 16 madres como elenco estable, con la participación esporádica de tres padres, el grupo puede alojar a los nuevos integrantes a los que ven con “polenta” (ellas son 4 madres con un mayor recorrido social). El grupo se presenta entonces como: “lugar para ellas, un recreo y un espacio mas afectivo comparado con el grupo del año anterior”. Rescatamos los significantes “Esperanza” y “Polenta”. Las temáticas desplegadas se relacionaron con el tiempo, cómo éste las encuentra y las salidas con los chicos. El grupo pide un encuentro con psiquiatras y fonoaudiólogos del hospital para despejar dudas. Los padecimientos comienzan a tener cabida: la violencia familiar, la miseria y la muerte de un familiar. Surge allí el pedido de “volver a jugar”, que toma forma nuevamente como festejo de cumpleaños: inaugura un lugar para la risa, la alegría, los recuerdos y los juegos (adivine el personaje, dígalo con mímica, una técnica de presentación). Apelar a los festejos del día de la primavera y de la madre, permite que surjan con dificultad, las diferencias entre un día común y uno especial marcado por: el protagonismo, las sorpresas, los regalos o el hacer algo que tuvieran ganas. A fin de año, ponen en acto el tema de “las diferencias”, algo paso en el grupo entre ellas pero quedo por fuera del mismo. La amenaza de la fractura estaba presente: esbozado en rumores y ausencia de algunos integrantes. A partir de la circulación de un cofre cada integrante puede escribir en un papel y guardar allí algo de lo no dicho en el grupo. La coordinación propone que el cofre estará el año entrante para que ellas decidan que hacer con él. Como cierre de fin de año un nuevo objeto cargado de deseos circula, jugamos al amigo invisible intercambiándonos de regalo una tarjeta.

Conclusión: Pensamos el encuentro con familias ubicando al juego en un lugar intermedio, que permitió la apropiación de un tiempo y espacio para ellos de valoración y búsqueda de sus propios interés, espacio que fue sostenido por el deseo de jugar. Ser protagonistas de una historia de vida marca una impronta importante por la cuestión de género: dejar la posición de ser dominadas, de cumplir mandatos, marcar distancias con sus hijos, un territorio diferente en la pareja y por la enfermedad mental. Winnicott habla de un desarrollo desde los fenómenos transicionales al juego, de este al juego compartido y de él a las experiencias culturales. (6) Consideramos que en estos tres años, se produjo un proceso grupal que fortaleció el armado de una red de sostén interna con posibilidades de reproducción en el escenario socio familiar: cambios de posición, mayor circulación social y proyectos.

La red también funciona del encuentro entre Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Nutriendo la intervención desde un campo interdisciplinario mediatizado por el juego: “Dale, seguimos jugando”. Aportando cada una su saber y tomando “la experiencia como texto de acción, de estudio, de relación, y de interacción con el otro”. (7)

Referencias Bibliográficas:

- 1) Knox, S. “Seminario de Juego” dictado por Susan Knox, 1998. Universidad de Quilmes. Argentina
- 2) García, D. “El grupo, métodos y técnicas participativas”. 1997. Editorial Espacio Buenos Aires. Pág., 25.
- 3) Rodríguez, C. y Castro Ares, A.” Volver a empezar, con un espacio de juego y reflexión con familiares”. 2000. Ciclo de Ateneos del Hospital Infanto Juvenil C. García. Buenos Aires.
- 4) Rodríguez, C. y Castro Ares, A. “Re-descubriéndose Mujeres “. 2001. Trabajo de cierre del segundo año, presentado al equipo de niños I de hospital de día del Hospital Infanto Juvenil “Carolina Tobar García”. Buenos Aires
- 5) Rodríguez, C. y Castro Ares, A. “Grupos de Padres en hospital de Día: “Grupo Polenta”. 2002. Trabajo de cierre del tercer año, presentado al equipo de niños I de hospital de día del Hospital Infanto Juvenil “Carolina Tobar García”. Buenos Aires
- 6) Winnicott, D. “Realidad y juego”. 1982. Editorial Gedisa, Barcelona. Segunda edición, Pág. 76.
- 7) Sánchez, D.”Trabajo social y mundialización: Etiquetar desechables o promover inclusión” .2002. Editorial Espacio.

TITULO:

**“TALLER DE TIEMPO LIBRE EN NIÑOS INTERNADOS
EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO”**

AUTORAS:

LIC. T.O CLAUDIA BATTISTONI

E- mail: claudiabattistoni@yahoo.com.ar

T.O SILVIA FERNÁNDEZ

E- mail: saponido@uolsinectis.com.ar

INSTITUCIÓN:

Hospital Infanto Juvenil “Carolina Tobar García”

Avda. Ramón Carrillo N° 315

CIUDAD DE BUENOS AIRES

Teléfono: 4305-6108

Fax: 4304-2692

E-Mail: Tobardirección@buenosaires.gov.ar

Resumen:

Terapia Ocupacional se incluye en el dispositivo terapéutico del servicio de internación trabajando con niños pequeños a través de un taller de ocupaciones de tiempo libre que intenta rescatar la singularidad de cada niño en distintas actividades.

El pasaje de un niño por una institución psiquiátrica deja marcas difíciles de elaborar. Si bien se intenta que la internación sea lo más breve posible, mientras dure la permanencia en la institución tratamos de promover el bienestar y mejorar la calidad de ese tiempo.

Creemos que este taller puede brindar la oportunidad de conectarse nuevamente con objetos, escenas y roles de la niñez que al ingreso a la institución suelen perderse.

Introducción:

El servicio de internación del hospital Tobar García recibe niños y adolescentes hasta 18 años. En los últimos tiempos se incrementó la demanda de internación de niños menores de 12 años, lo cual hizo necesaria una diferenciación en cuanto al abordaje terapéutico.

Ello generó que se acondicionara un piso especial de internación que se inauguró a fines del año 2001. T.O. se incluye en el dispositivo terapéutico trabajando con los niños derivados en tratamiento individual. Debido a la demanda institucional y a las necesidades concretas de dicho grupo propusimos otra alternativa de trabajo. El presente escrito relata una experiencia que estamos realizando, relacionada con ocupaciones de tiempo libre.

Taller de Tiempo Libre con Niños Pequeños Internados:

El piso de niños pequeños del Hospital cuenta con nueve camas dispuestas en 3 habitaciones. El espacio disponible en el piso es un salón común en el cual se encuentran los enfermeros. El mobiliario es una mesa, varios banquitos y como única propuesta de interés una TV. Es un ambiente luminoso, con algunos dibujos en las paredes pero sin otros objetos disponibles debido al riesgo que éstos pueden representar en caso de crisis de agresividad de los niños internados.

Las causas más comunes de internación son falta de continencia familiar, crisis de excitación psicomotriz, brote psicótico, crisis de agresividad, entre otros.

La internación tiene como objetivos principales sacar al niño del contexto familiar o institucional, actuando como corte en situaciones o modalidades de funcionamiento cristalizadas. Se propone brindar un ordenamiento en el tratamiento a seguir trabajando con el niño y su familia para que retorne a su hogar o pueda ser derivado a un lugar apto para vivir. Esto ocurre en los casos de internación breve en el que se resuelve la situación de crisis. Pero cuando este tiempo se prolonga, aparecen otros efectos iatrogénicos que ponen en riesgo la subjetividad del niño.

Si bien es necesaria la presencia de los padres o adultos que acompañen el tiempo de internación, muchas veces la familia se reorganiza excluyendo al niño internado, quedando éste depositado en el hospital y perdiendo su lugar en el núcleo familiar y en sus primeros espacios de socialización.

Quienes transitan una internación experimentan una serie de pérdidas muy significativas: de su espacio, sus objetos, las personas conocidas, el manejo de su tiempo. Se imponen nuevos horarios y costumbres para levantarse, comer, recibir visitas, asistir a los diferentes espacios de tratamiento dentro del hospital.

El día de cada niño transcurre esperando que algún profesional o técnico lo busque para asistir a algún espacio recreativo o terapéutico. En la mayoría de los casos pueden pasar horas entre una actividad y otra o incluso no bajar del piso más que para ir al comedor. Los niños quedan así ubicados en un lugar de pasividad, con escasas posibilidades de "hacer", lo cual genera situaciones de desborde y agresividad entre ellos mismos.

Consideramos que las actividades de tiempo libre son una parte importante en la vida cotidiana de una persona ya que proveen oportunidad de participar en actividades placenteras y gratificantes, incrementando el contacto social, introduciendo a la persona en áreas de interés y promoviendo su bienestar. En este grupo etario es especialmente importante y necesario ya que es en este tiempo que los niños juegan y de esa manera pueden expresarse, aprender, explorar. El juego cumple una función nodal en el proceso de subjetivación, al decir de Ricardo Rodulfo "el jugar es el hilo conductor en la constitución subjetiva". No es una actividad más ni un divertimento, no hay nada en la estructuración de un niño que no pase por allí".

Propusimos entonces un espacio al que llamamos Taller de Tiempo Libre, que consiste en encuentros periódicos en el piso con los chicos. Dado que los tiempos de internación varían entre algunos días y meses, la conformación de dicho grupo no es estable.

Elegimos trabajar en este espacio físico ya que de esta manera podemos observar y trabajar sobre la dinámica propia del lugar y compartir ocupaciones placenteras en un lugar en el que los niños no parecen encontrar interés y en el cual no quieren permanecer. Asimismo lo diferenciamos de los tratamientos de T.O. que se realizan de forma individual en los consultorios fuera del piso.

Pensamos dos ejes principales de trabajo: realizar distintas actividades en el tiempo y espacio que dura el taller y dejar materiales a disposición de los chicos en el piso para que puedan utilizarlos en el momento que deseen hacerlo. De acuerdo a ello y a las dificultades y posibilidades de los integrantes del grupo vamos ofreciendo diferentes propuestas: exploración y construcción con distintos materiales que en general terminan siendo objetos para ellos, pertenencias que van marcando un recorrido singular. También construimos juegos que quedan en el piso, realizamos actividades expresivas, cocinamos, jugamos. Algunas de ellas se resuelven en un solo encuentro y otras dan la posibilidad de una continuidad en el tiempo.

Nuestro objetivo fundamental es que a través de las mismas el niño pueda construir o reencontrar algo de su singularidad, poniendo en juego sus intereses, sus gustos y su historia particular en el hacer y en el juego. Funcionamos escuchando o mediatizando los pedidos de los chicos, pero a la vez ofreciendo un encuadre que posibilite su permanencia y participación en el taller. Por ello mismo cada uno despliega en cada encuentro un hacer particular, que intentamos facilitar, sostener y acompañar.

El hecho de compartir el espacio, los materiales y la actividad implican interactuar con otros, lo cual suele ser conflictivo para estos niños. La mayoría del tiempo no se relacionan entre ellos a pesar de estar juntos en el mismo espacio. La forma de encuentro es la agresión verbal y corporal o la provocación al otro. Así muchas veces nos enfrentamos a situaciones básicas de contención y cuidado necesarias para que después puedan incluirse en alguna tarea. Muchas veces apelamos a marcar y delimitar algunos roles específicos (por ejemplo ser quien le explica a otro compañero determinada técnica o quien nos ayuda a realizar alguna tarea en especial) para posibilitar que la actividad pueda desarrollarse o que puedan poner en paréntesis situaciones de rivalidad que tienden a invadir constantemente la tarea grupal.

Conclusiones:

Sabemos de la importancia de la etapa de la niñez en la constitución subjetiva de una persona, y también sabemos que el pasaje de un niño por una institución psiquiátrica deja marcas difíciles de elaborar. Los que trabajamos en este servicio tratamos que la

internación sea lo más breve posible, pero mientras dure la permanencia en la institución intentamos promover el bienestar y mejorar la calidad de ese tiempo. Creemos que este espacio puede brindarles la oportunidad de conectarse nuevamente con objetos, escenas y roles de la niñez que al ingreso en la institución suelen perderse o en el mejor de los casos quedar en suspenso. No es una tarea fácil, diariamente nos encontramos con muchas dificultades, pero la respuesta positiva de los niños con los que hemos trabajado nos demuestra que es un camino que tenemos que seguir recorriendo.

Bibliografía:

Bernztein, Graciela y Regueira, Elsa; 2002. La internación de niños, Proyecto de trabajo. Mimeo (Buenos Aires).

Rodulfo, Ricardo; 1993 El niño y el significante. Editorial Paidós, (Buenos Aires).

PRESENTACIÓN A

POSTERS

TITULO:

**“CONDUCTA EN MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
ARTROGRIFOSIS: IMPORTANCIA DE LA
REGULARIDAD DEL TRATAMIENTO”**

AUTORA: LIC. T.O MARÍA ROSA AUSSIERE

E-mail: maussiere@hotmail.com

**INSTITUCIÓN: Hospital Militar Central Cirujano Mayor
“Dr. Cosme Argerich”**

Avda. Luis María Campos N° 726 Ciudad de Buenos Aires

Resumen:

Los pacientes con Artrogrifosis se caracterizan por tener atrofia de los miembros con aducción y rotación interna de los hombros, rodillas y codos fijados en flexión ó extensión y luxación de caderas. Las manos y muñecas tienen contracturas en flexión, los dedos rígidos en extensión y los pulgares aducidos incluidos en la palma.

El tratamiento en esta patología de las extremidades superiores es dificultoso porque los patrones de debilidad y deformidad son variables y muchas de las articulaciones de los MMSS están afectadas.

- El objetivo principal de esta ponencia es resaltar que los principios de tratamiento y los objetivos a larga data requieren de la comprensión y colaboración de los padres, el niño, el medico tratante y los terapeutas y que la atención sostenida en el tiempo y supervisada es imprescindible.

Conducta en Malformaciones Congénitas

Artrogrifosis: Importancia de la regularidad en el tratamiento

Lic. en Terapia Ocupacional María Rosa Aussière
Hospital Militar Central "Cir. My. Dr. Cosme Argerich" Buenos Aires, Argentina

La Artrogrifosis es una patología de etiología desconocida, con un diagnóstico dificultoso. Es una afección simétrica, no progresiva con una histología típica de distrofia muscular y con la sensibilidad conservada.

Los pacientes con Artrogrifosis se caracterizan por tener atrofia de los miembros, con aducción y rotación interna de los hombros, rodillas y codos fijados en flexión ó extensión y luxación de caderas. Las manos y muñecas tienen contracturas en flexión, los dedos rígidos en extensión y los pulgares aducidos incluidos en la palma.

El tratamiento de las extremidades superiores es dificultoso porque los patrones de debilidad y deformidad son variables y muchas de las articulaciones de los MMSS están afectadas.

Los principios de tratamiento y los objetivos a larga data requieren de la comprensión y colaboración de los padres, el niño, el medico tratante y los terapeutas. Estos niños tienen una inteligencia normal y gran habilidad de adaptación a sus discapacidades por lo tanto el tratamiento definitivo debe ser planeado y comprendido con sumo cuidado.

Caso R.

El caso que se expone es de un niño que en el año 1998 es derivado desde la provincia de Neuquen para confirmar el diagnóstico de Artrogrifosis, el cual le da positivo.

En el 2000 regresan a la consulta y se equipa al paciente para evitar las retracciones y se dan pautas estrictas de movilización y cuidados posturales a lo padres.

En Junio del 2002 observamos que no ha habido cambio en la mediciones goniométricas y se resuelve dejar internado al niño para un seguimiento diario.

Luego de tres meses de tratamiento hallamos variaciones considerables en las articulaciones trabajadas.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

- Aumento funcional del rango de movilidad articular
 - Corrección de las deformidades incapacitantes por medio del ferulaje correctivo progresivo
 - Mejora del uso adaptativo de las manos
- Específico de MMSS
 - Independencia en la alimentación
 - Higiene personal
 - A.B.C.

TRATAMIENTO

- Elongar los tejidos blandos
- Movilizar suavemente las articulaciones
- Animar al niño a la realización de movimientos activos del tronco y los miembros acorde al desarrollo evolutivo
- Aplicación en forma progresiva de férulas
- Hidroterapia
- Tratamiento intensivo
- Inclusión de la familia
- Adaptaciones para las Actividades Básicas Cotidianas

Intervención: Enero de 2000 - 7 Días

Tratamiento realizado:

Confección de valvas para MMSS: férulas estabilizadoras de muñeca y MCF libres para pinzas y juegos de uso diurno. Confección de valvas para MMII, de uso nocturno.

Objetivos: mejorar el posicionamiento y lograr rango articular manteniendo los grados que se fueron obteniendo con la movilización

Intervención: de Junio a Agosto 2002

Tratamiento realizado:

Aplicación de agentes de calor
Movilización activo asistida
P.N.F.
Corrección de valvas para MMSS, uso las 24 horas
Corrección de valvas de MMII uso nocturno
Confección de valvas para flexión de ambos codos
Equipamiento. Adaptaciones de tenedor y cuchara para comer.
Equipado con ortesis articuladas para bipedestación y marcha

Goniometrías Pasivas

	Enero 2000		Junio 2002		Agosto 2002	
	Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
Extensión de muñeca	- 40°	-30°	- 20°	- 10°	- 10°	- 10°
Abducción	-60°	-70°	75°	80°	90°	90°
Flexión de hombro	95°	100°	150°	180°	150°	180°
Extensión de Codo	Fijos en -10°	Fijos en -10°	- 10°	-5°	- 10°	-5°
Flexión de Codo	Fijos en -10°	Fijos en -10°	50°	60°	55°	65°

CONCLUSIÓN:

Encontramos que la amplitud articular es más significativa cuando se realiza una rehabilitación sostenida y supervisada por el profesional, con una pronta intervención y un estricto entrenamiento de los padres.

Esta toma de conciencia, evita deformidades, haciendo que las secuelas sean menos invalidantes dando como resultado una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

- BAYNE, Louis G., Hand assessment and management of Arthrogryphosis Multiplex Congenita, Clinical orthopedics and Resisted Research N° 194, Abril 1995.
- EZAKI, Marybeth, MD, Treatment of upper limb in the child with Arthrogryphosis, Hand Clinics, Volume 16, Number 4, November 2000.
- MATTHIAS W., Fritz U., Niethard, Leonhard Doderlein and Michael Weber, Principles of Treatment of upper extremity in Arthrogryphosis Multiplex Congenita Type I, Journal of Pediatric Orthopaedics Part B 6:179-185.1997 Lippencott-Raven Publishers, Philadelphia.
- MENNEN U. and Williams E., Arthrogryphosis Multiplex Congenita in a Monozygotic Twin, The Journal of hand surgery ,Vol.21B N°5 October 1996.
- SHEPERD, Roberta B., Dip. Phyt. (Syd.), Fisioterapia en Pediatría, Salvat Editores. Cap. 11, Artrogrifosis Múltiple congénita.
- VAN HEEST Ann, Waters Peter M., Simons Barry P. Surgical Treatment of Arthrogryphosis of the Elbow, The Journal of hand surgery ,Vol.23 A, N°6 November 1998.
- WILLIAMS, Peter F., Management of upper limb. Problems in Arthrogryphosis, Clinical orthopedics and Resisted Research N° 194, Abril 1995.



TÍTULO:

**“RESIDENCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES”**

AUTORAS:

LIC. T.O CECILIA ALZAPIEDI

E-mail: ceciliaalzapiedi@yahoo.com.ar

LIC. T.O BEATRIZ ALZOLA

E-mail:

LIC. T.O PAULA BIBBÓ

LIC. T.O LUCRECIA CASTRO

E-mail: lucreciacastro@hotmail.com

LIC. T.O MARIA JOSE OCCHI

LIC. T.O MARÍA GABRIELA RAMUNNI

E-mail: mgramunni@yahoo.com.ar

LIC. T.O SOFIA RAYES

E-mail: sofiarayes@hotmail.com

**INSTITUCIÓN: Hospital Interzonal General de Agudos Gral.
San Martín - Ciudad de La Plata - Provincia de Buenos
Aires.**

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Resumen:

En el póster Residencia de Terapia Ocupacional del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se presenta la planificación y funcionamiento de la primera y única Residencia de Terapia Ocupacional de la Prov. de Bs. As., con sede en el Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de la ciudad de La Plata. Dicha residencia, creada en 1999, es un sistema de capacitación intensiva en servicio que orienta, desarrolla y perfecciona la formación integral del profesional de la Terapia Ocupacional. Tiene una duración de tres años organizados en las siguientes áreas: Ortopedia y Traumatología, Reumatología (primer año), Neurología clínica y quirúrgica, Unidad de Terapia Intensiva (segundo año), Quemados y cirugía plástica (tercer año) desarrollándose actividades asistenciales, docentes, de investigación, rotaciones por otros servicios e instituciones y cursos complementarios.

RESIDENCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

H.I.G.A. GRAL. SAN MARTÍN - LA PLATA

RESUMEN

La **Residencia** es un sistema de capacitación intensiva en servicio que orienta, desarrolla y perfecciona la formación integral del profesional para su desempeño responsable y eficiente. A continuación se presentará la planificación y funcionamiento de la primera y única **Residencia de T.O. de la pcia. de Bs. As.** con sede en el HIGA San Martín de La Plata.

OBJETIVOS

- Completar, desarrollar o perfeccionar la formación de los profesionales del equipo de salud.
- Capacitar a los Terapeutas Ocupacionales en la promoción, prevención, detección precoz y tratamiento de las enfermedades agudas en el ámbito de la Salud Pública; efectuando intervenciones específicas en los tres niveles de atención.
- Desarrollar programas de investigación.
- Diseñar, planificar e implementar acciones y programas en el área de su incumbencia.

CREACIÓN

En 1999 el Ministerio de Salud de la Prov. de Bs. As. crea la **Residencia de Terapia Ocupacional** con el objeto de implementar un Programa de Formación de Recursos Humanos que responda a las necesidades tanto de la comunidad como del sistema público de salud. La **Residencia**, con **duración de tres años**, consta de **dos cargos de residentes** por año, un cargo de Jefe de Residentes y uno de Instructor.



INGRESO

- **Inscripción:** Según el cronograma previsto
- **Documentación:** DNI, fotocopia de título, con fecha de expedición menor a 5 años, constancia de matrícula profesional de la Pcia. de Bs. As.
- **Ingreso:** anual, por exámen escrito y orden de méritos.

AREAS DE INSERCIÓN

PRIMER AÑO

Traumatología y Reumatología
Patologías Frecuentes:
Lesiones del Miembro Superior: fracturas, lesiones tendinosas, nerviosas, heridas graves de mano, amputaciones; artritis reumatoidea, lupus, esclerodermia, dermatomiositis, vasculitis, Otras.

SEGUNDO AÑO

Neurología, Neurocirugía, Unidad de Terapia Intensiva
Patologías Frecuentes:
Cerebrovascular, traumatismos encefalocraneanos, lesiones medulares, traumáticas y no traumáticas, tumores, polineuropatías.

TERCER AÑO

Cirugía Plástica y Quemado
Patologías Frecuentes:
Cicatrices hipertróficas, secuelas de quemaduras. Pacientes quemados en etapa aguda y subaguda.



ACTIVIDADES

ASISTENCIALES

Consultorios Externos (modalidad grupal e individual). Salas de internación. El Residente realiza evaluaciones, intervención diagnóstica, tratamiento específico y registro en la Historia Clínica.

ROTACIONES

Optativas a fin de ampliar los espacios de capacitación, intra y extrahospitalaria.

COMPLEMENTARIAS

Cursos de capacitación en Salud Pública e Inglés. Taller de férulas.

COMUNITARIAS

Proyecto de participación en Unidades Sanitarias.

Cada Residente habilitado tiene las responsabilidades del ejercicio profesional y cuenta con el acompañamiento y la supervisión de un Residente Superior, del Jefe de Residentes, Instructor y/o T.O. de Planta Funcional.



DOCENTES, DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN

Elaboración y presentación de clases por parte de los residentes y otros profesionales. Observación en consultorios de otras especialidades. Participación en ateneos clínicos y de pases de sala de la Unidad de T.O. y de otros servicios. Observación de cirugías, investigaciones que emergen de la práctica cotidiana aplicando el método científico. Todas ellas tienen como objeto integrar los contenidos teóricos con la práctica y promover la reflexión crítica.

CONCLUSIÓN

El número de inscriptos se ha incrementado. Hay mayor intercambio entre servicios y representación en las Comisiones: Asesora de Residentes e Interhospitalaria de la Región Sanitaria XI. Esta formación de posgrado contribuye a la especialización de nuestra disciplina.

AUTORES

Residentes Alzapledí Cecilia; Alzola B.; Bibbo Paula; Castro Lucrecia; Occhi María José; Ramunni M. Gabriela; Rayes Sofía.

PROCEDENCIA

Unidad de Internación de T.O. Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín. La Plata Pcia. de Bs. As.

BIBLIOGRAFÍA

T.O. Leegstra Rut, T.O. Tavecchio Marisa y colaboradores, 1999. "Residencia de Terapia Ocupacional (Anteproyecto)" Subsecretaría de Planificación de la Salud Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As. (La Plata) Pag. 1 a 16.
Poder Legislativo de la Pcia. de Bs. As. 2001. "Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud" (La Plata) Folio 1 al 26.

TÍTULO:

**“BIOÉTICA Y DISCAPACIDAD. COMISIÓN DE
BIOÉTICA DE LA REGIÓN SANITARIA V”.**

AUTORAS:

DRA. MARÍA CRISTINA BASAVILVASO

DRA. IRMA RAPISARDI

LIC. SARA LEVI

LIC. MARISA PITLEVNIK

LIC. OSVALDO STAUB

T.O LAURA BARLOCO

E-mail: laura.barloco@gestion-it.com.ar

INSTITUCIÓN:

PROGRAMA PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN

REGIÓN SANITARIA V

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE

BUENOS AIRES

BIOÉTICA & DISCAPACIDAD

CAPACITARNOS EN DISCAPACIDAD PARA ENRIQUECER LA ATENCIÓN DE LA SALUD

BIOÉTICA:

Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examina a la luz de valores y principios morales.

"Aspira a conjugar en síntesis paradigmática, ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser".

(Mainetti 1991)



MINUSVALÍA

(Con relación al medio)

Dentro de la experiencia de la salud, minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

- * De orientación,
- * De independencia física,
- * De la movilidad,
- * Ocupacional,
- * De integración social,
- * De autosuficiencia económica,
- * Otras minusvalías.

**EL SISTEMA DE SALUD COMO PRODUCTOR DE DISCAPACIDAD.
TOLERANCIA O ALTERIDAD!**

**NO ACEPTACIÓN DE LA SECUELA POR PARTE DEL PACIENTE
DEL EQUIPO DE SALUD, DE LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.**

DERECHO A LA AUTONOMÍA.

ACCESIBILIDAD A LOS TRATAMIENTOS.

INSTALAR EL TEMA DE DISCAPACIDAD EN LOS COMITÉ DE BIOÉTICA.

Dra. Cristina Basabilvaso
Dra. Irma Rapisardi
Lic. Sara Levi
Lic. Marisa Pitlevnik
Lic. Osvaldo Staub
T. O. Laura Barloco

PROGRAMA PROVINCIAL
DE REHABILITACIÓN
REGIÓN SANITARIA V



MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

TITULO:

“PROYECTO DE SOCIO INTEGRACIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA”

AUTORAS:

**ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
QUILMES (UNQ)**

SRTA. María Julieta Casabona

E-mail: kuli78@yahoo.es

SRTA. Marisa Miranda

SRTA. Rita De Sousa

SRTA. Eugenia Cañete

INSTITUCIÓN: A.P.I.NA- Policlínica Privada

Alvear 329 Quilmes Prov. de Buenos Aires

**Alumnas Práctica Profesional IV Carrera de Lic. en Terapia
Ocupacional Universidad Nacional de Quilmes.**

Roque Saénz Peña 180 Bernal Prov. de Buenos Aires

E-mail: rectorado@unq.edu.ar

Resumen:

La Integración a la Comunidad es el proceso de asimilación y participación de la personas en la sociedad; por medio de ella se adquieren destrezas de socialización.

Este proceso que proviene de una serie de interacciones con otros seres humanos genera hábitos, valores, habilidades, confianza en sí mismo y en los demás, autonomía, iniciativa, identidad, adaptación, responsabilidad.

El individuo tiene la necesidad de una eficiente coordinación entre agentes claves para lograr una adecuada adaptación en la sociedad, dichos agentes son la comunidad misma y la familia

Mediante la adquisición de los patrones sociales se logra la integración de los individuos en la sociedad, asumiendo una identidad colectiva, que lo configura como “ser social”.

Objetivos del proyecto

- Desarrollar hábitos socialmente adecuados para la inserción en el medio social
- Desarrollar destrezas para lograr una movilidad comunitaria funcional

Descripción:

Las actividades propuestas serán realizadas en distintos espacios de acuerdo a la estimulación que se le quiera ofrecer al paciente.

Está dirigido a una población de pacientes con patologías psiquiátricas, de diferentes grupos etarios y ambos sexos.

Lo llevarán a cabo practicantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes con la colaboración de los orientadores terapéuticos y la supervisión de la Licenciada en Terapia Ocupacional a cargo.

Proyecto de Sociointegración para Niños y Adolescentes con Patologías Psiquiátricas

Julietta Casabona, Marisa Miranda, Rita De Sousa, Ma. Eugenia Cañete

Lugar de Implementación: A.P.I.N.A. Año: 2002

Resumen

La Integración a la Comunidad es el proceso de asimilación y participación de las personas en la sociedad; por medio de ella se adquieren destrezas de socialización. Este proceso que proviene de una serie de interacciones con otros seres humanos genera hábitos, valores, habilidades, confianza en sí mismo y en los demás, autonomía, iniciativa, identidad, adaptación, responsabilidad. El individuo tiene la necesidad de una eficiente coordinación entre agentes claves para lograr una adecuada adaptación en la sociedad, dichos agentes son la comunidad misma y la familia. Mediante la adquisición de los patrones sociales se logra la integración de los individuos en la sociedad, asumiendo una identidad colectiva, que lo configura como "ser social".



Introducción

Las personas con capacidades especiales deben asumir procesos más complejos de socialización. Es necesario potenciar sus capacidades para su participación en la sociedad logrando así la igualdad de oportunidades para todas las personas.

Este proyecto está dirigido a una realidad y necesidad de las personas con capacidades especiales, ya que el aumento de las habilidades sociales afectan directamente al desarrollo de una mejor calidad de vida independiente.

Objetivos del proyecto

- * Desarrollar hábitos socialmente adecuados para la inserción en el medio social
- * Desarrollar destrezas para lograr una movilidad comunitaria funcional

Descripción:

Las actividades propuestas serán realizadas en distintos espacios de acuerdo a la estimulación que se le quiera ofrecer al paciente.

Está dirigido a una población de pacientes con patologías psiquiátricas, de diferentes grupo etarios y ambos sexo

Lo llevarán a cabo practicantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes con la colaboración de los orientadores terapéuticos y la supervisión de la Licenciada en Terapia Ocupacional a cargo.

Metodología

A partir del Modelo de la Ocupación Humana (MOH) una de las conductas prioritarias del ser humano es la tendencia espontánea, innata para explorar y dominar el medio ambiente.

La interacción con dicho medio es definida como el comportamiento motivado por la urgencia conciente e intrínseca del ser efectivo dentro de este para representar una variedad de roles interpretados individualmente que se forman por tradición cultural y se aprenden a través del proceso de socialización.

Apoyándonos en este modelo y conceptos teóricos consideramos que la integración a la comunidad en personas con capacidades especiales es de primordial importancia para el desarrollo personal en sus diversas perspectivas, como ser la exploración e interacción de otros ambientes favoreciendo la iniciativa, motivación, interés e independencia

Resultados

Incremento de las actividades sociales. evaluando el período de Marzo a Setiembre de 2001, se puede afirmar que en este se realizaron cuatro salidas, en cuanto a la evaluación del primer período (Marzo a Setiembre de 2002) en el que se llevo a cabo el proyecto se realizaron doce salidas (Gráfico 1)

Incremento en las relaciones institucionales. se observa que antes del proyecto la relación de los chicos con la comunidad era con los miembros de una institución educativa de las zona, mientras que luego del incremento de las salidas se puede observar que han establecido relaciones sociales con dicha institución educativa mas comerciantes (cuatro comercios) y miembros de dos radios de la zona, miembros de otra tres instituciones con las que compartieron una muestra conjunta de trabajos en la Universidad de Quilmes (Gráfico 2)

Incremento en la participación social. se observa que en la primer salida solo uno de los chicos, de un grupo de diez, pudo desempeñarse en forma eficaz mientras que al evaluar la salida numero doce se puede afirmar que los diez chicos participan en forma favorable gracias al mayor contacto con la comunidad cercana (Gráfico 3)

Conclusión

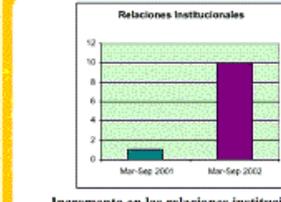
A medida que se fueron sucediendo las salidas se observa un aumento de todos los componentes evaluados como ser independencia, participación, interacción, motivación y todo aquello que se encuentre relacionado con la resolución de problemas y el manejo de estos en determinadas situaciones, junto con un incremento en las relaciones institucionales.

Se observa que los resultado obtenidos han sido de gran importancia para el desarrollo social de niños y adolescentes con patologías psiquiátricas notando en ellos las capacidades para insertarse en el medio social



Incremento de las actividades sociales

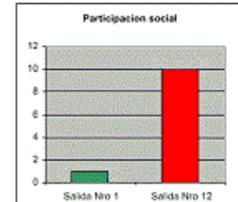
Gráfico 1



Incremento en las relaciones institucionales

email: Kuli78@yahoo.es

Gráfico 2



Incremento en la participación social

Gráfico 3

TITULO: “COLONIA DE VACACIONES”

AUTORA: T.O VIVIANA PRESTI

E-mail: vivianapresti@hotmail.com

INSTITUCIÓN:

S.P.R.A.I. Mendoza N° 3243 Santa Fe Provincia Santa Fe

Teléfono: (0342)4525017.

Resumen:

Durante esta experiencia se logró:

- Integración en todos los sectores del club.
- Participación en las actividades recreativas y de la vida diaria
- Se estimuló un sentido de solidaridad observándose conductas de apoyo y ayuda para llevar a cabo las diferentes tareas.
- En aquellos casos en que se manifestó temor por ingresar a la pileta se ha realizado un trabajo personalizado, arribando a resultados positivos, adquiriéndose confianza y seguridad en un "OTRO" que sostiene y en "SI MISMO".

Lo expuesto permitió sostener los objetivos y una relación, que necesitó en ocasiones firmeza para marcar límites, flexibilidad para permitir modificaciones, tolerancia para aceptar y entender las necesidades y los tiempos del otro, los encargados hemos puesto una importante cuota de humildad para entender que somos una pequeña parte de este proceso.

Los logros fueron de las personas especiales y nuestra tarea fue visualizar las potencialidades de cada uno para que sean una realidad.

COLONIA DE VACACIONES

S . P . R . A . I

(Sociedad Pro Rehabilitación al Discapacitado)

CENTRO DE DÍA OCUPACIONAL SANTA FE

Para empezar, se puede decir que la experiencia ha dado resultados positivos en varios aspectos:

Se lograron los objetivos planteados, en especial la integración plena en todos los sectores del Club. Se utilizaron los espacios y servicios que éste brinda, compartiendo las mismas con otras personas (vestuarios, piletas, gimnasios, comedor, otros)

Participación activa en todas las actividades programadas, ya sean recreativas o de la vida diaria, en este último punto se trabajó en el vestuario tanto antes como después de las actividades. Se trabajaron pautas de ordenamiento, de higiene y cuidado de las pertenencias, comentarios acerca de la importancia del cuidado del cuerpo y preservación de la salud, para uno mismo y para la

convivencia con los otros. Se logró que el concurrente pueda valerse por sí mismo, dentro de las posibilidades que les son propias, que colabore con los compañeros en un clima de armonía y confianza.

Se establecieron normas espontáneas y particulares entre los integrantes del grupo.

Se estimuló un sentido de solidaridad, observándose conductas de apoyo y ayuda para llevar a cabo las diferentes tareas.

En aquellos casos que se manifestó temor para ingresar a la pileta se ha realizado un trabajo más cauteloso y más personalizado, arribando a resultados positivos, y se fue adquiriendo confianza y seguridad en un "OTRO" que sostiene y en "SÍ MISMO"

Todo lo expuesto no sólo nos permite sostener los objetivos, sino que también permitió sostener una relación, que necesitó en ocasiones firmeza para marcar límites, flexibilidad para permitir modificaciones, tolerancia para aceptar y entender las necesidades y los tiempos del otro y los encargados hemos puesto una importante cuota de humildad para entender que somos una pequeña parte de todo este proceso.

Los logros fueron de las personas especiales, y nuestra tarea fue visualizar las potencialidades de cada uno para que sean realidad.



TITULO: “UNA VENTANA A LA VIDA”

EXPERIENCIA DE COMPUTACIÓN CON ADULTOS

MAYORES

AUTORAS:

LIC. T.O. MIRIAM COHN

E-mail: miriamcohn@uol.com.ar

ING. PERLA KAPLAN

E-mail: perlakaplan@fibertel.com.ar

TO MARIA ELENA TORRES

TO GISELA BORGES.

INSTITUCIÓN:

Hogar Adolfo Hirsch dependiente de la Asociación

**Filantrópica Israelita, sito en la Ciudad de San Miguel, Prov.
de Buenos Aires.**

PREMIO “AATO 2003”

POSTER CLÍNICO EXPERIMENTAL

EN GERONTOLOGÍA.



UNA VENTANA A LA VIDA

Experiencia de computación con adultos mayores

Lib. en T.O. Miriam Colla – Ing. Paula Kaplan – T.O. María Elena Torres – T.O. María Borges

Hogar Adolfo Hirsch dependiente de la Asociación Filantrópica Israelita, San Miguel, Pcia de Buenos Aires.

RESUMEN

En julio de 2002 se ofrece la posibilidad de acercarse al aprendizaje de la computación a parte de la población de la institución. Luego de 6 meses de experiencia se comprueba que los ancianos pueden aprender nuevas tecnologías. Se debe tener en cuenta la singularidad de cada uno y adaptar el entorno.

INTRODUCCIÓN

El Hogar Adolfo Hirsch (HAH) ofrece vivienda permanente a estadías transitorias con fines de rehabilitación, recuperación, cuidados paliativos y vacaciones a adultos mayores. Actualmente hospeda a 166 residentes (126 mujeres y 29 hombres) cuya edad promedio es de 87,54 años (47 – 90), siendo 137 mayores de 80. Un alto porcentaje es de origen centroamericano, con un nivel socio-cultural elevado, multilingüe y autodidacta. Muchos de ellos tienen a sus familiares directos, parientes y descendientes, viviendo en el exterior.

Los individuos de este grupo etario sufren declinaciones importantes. Manifiestan cambios relacionados con la edad que pueden afectar el desempeño en el uso de la computadora:

- Déficit visual.
- Déficit auditivo.
- Déficit de la fuerza muscular.
- Aumento de la rigidez articular.
- Temblores incoordinados pueden presentarse.
- La memoria, velocidad de respuesta y funciones perceptivo-integradoras suelen reflejar una reducción de la eficiencia del sistema nervioso central, lo cual no significa que esté afectada la inteligencia.

El entorno estimulante es de suma importancia para el mantenimiento de las facultades intelectivas. Los ancianos requieren más tiempo, material más ordenado y menos complejo para realizar aprendizajes. Son más susceptibles a las perturbaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

El servicio de TC, que cubre a la totalidad de la población, realiza una selección inicial de posibles interesados. Una vez iniciado el grupo algunos residentes se acercan en forma espontánea. La actividad educativa la desarrolla una docente de la especialidad en forma voluntaria y el servicio de TC realiza la evaluación previa, derivación, adaptaciones necesarias y control de la tarea.

Evaluación inicial

1. Aspecto cognitivo: Minimal State of Periton (MMS).
2. Independencia en actividades básicas cotidianas: Evaluación de Lawton y Brody.
3. Habilidades motrices (mediante juegos sencillos en la computadora y escritura en procesador de textos):
 - a. Uso del mouse
 - b. Uso de teclado alfabético: Ubicación espacial de letras.
 - c. Uso de teclado alfabético: Repetición involuntaria.
 - d. Uso de teclado: Cursos.

Las evaluaciones iniciales se realizaron durante el primer mes.

A los 6 meses de iniciada la experiencia se reevaluaron las habilidades motrices. El nivel de dependencia funcional en el uso de la PC fue evaluado en este momento ya que al inicio todos eran dependientes por desconocimiento.

Los ancianos concurren una vez por semana a una clase personalizada, de media hora. El docente trabaja a partir de los intereses individuales resolviendo los obstáculos que aparecen en el proceso de aprendizaje, que pueden ser de conocimiento o de contexto.

Las adaptaciones realizadas hasta el momento para resolver los obstáculos son:

- Dos softwares y hardware:
 - «Uso de accesos rápidos desde Favoritos del navegador de Internet.
 - «Aumento del tamaño de fuente en los softwares que se utilizan.
 - «Configuración del teclado con mínima velocidad de repetición, y el retraso de la repetición en lego.
 - «Configuración del mouse para mínima velocidad.
 - «Uso de monitor de 17”.
 - «Aumento del tamaño de las letras del teclado con marcado contraste figura-fondo.
 - «Señalización de las teclas de función principales con diferentes colores.

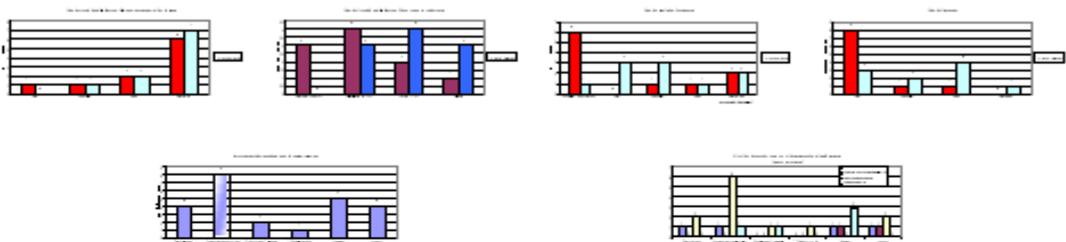
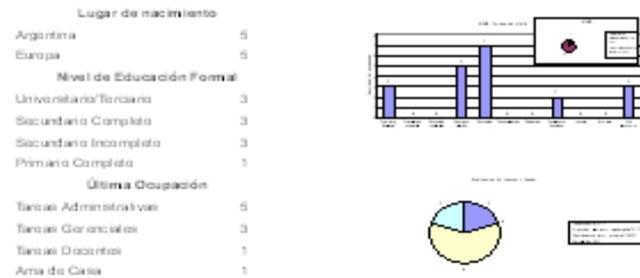
- Posturas:
 - «Obras de descarga para muñecas.
 - «Obras con sillas de ruedas.
- De iluminación:
 - «Iluminación adecuada sin reflejos en el monitor.

RESULTADOS

Se incorporaron a esta actividad 11 residentes permanentes, de los cuales 10 continúan participando y 1 falleció. No hubo deserción.

Siete (7) son adultos mayores (83 – 95), tres (3) son adultos (47 – 60). Estos últimos viven en el hogar por falta de recursos íntimos y ausencia de red social. En el MMS y Ev. de Lawton y Brody no se observan diferencias en los resultados por lo cual el análisis de los datos se hizo unificado.

Ninguno de ellos tenía conocimientos previos de computación, 8 habían utilizado la máquina de escribir mecánica, 3 actualmente no pueden escribir a mano.



TESTIMONIOS



✓ Parece un enorme placer cuando se puede encontrar todo. 87 años
 ✓ Me siento contenta de haber hecho algo aunque sea con errores y fallos. 87 años
 ✓ Cuando uno no escribe tampoco recibe y estoy consiguiendo que eso se revierta. 85 años
 ✓ Ponerse de nuevo en contacto con el mundo, con mi mundo que vive en el extranjero. 86 años.

✓ La computadora me permite volver a escribir y comunicarme. Mis problemas visuales no me permiten hacerlo de otra forma. 95 años
 ✓ No retaba a mi nieto porque estaba mucho tiempo con la computadora ahora lo compré porque así también me gusta. 84 años



CONCLUSIONES

1. El MMS denota que no existen dificultades en la orientación espacial. Esto se refleja en el manejo del teclado y en la ubicación de símbolos en el monitor. Los conocimientos previos de mecanografía facilitaron la ubicación en el teclado alfabético.
2. Se notaron importantes avances en el aprendizaje sensorio-motor de la presión ejercida sobre las teclas para evitar las repeticiones. El tiempo requerido para lograrlo depende de la singularidad de cada uno.
3. Se dificulta la tarea en el uso de cursores del teclado como de cursores, por su menor complejidad y por poder realizar operaciones más estructuradas.
4. Los accesos rápidos y la utilización de "Favoritos" en el navegador favorecen la independencia. (Menos pasos a recordar).
5. El anciano aprende nuevas tecnologías a partir de los intereses y necesidades de resolver problemas puntuales y no a partir de un programa formal.
6. La motivación, el interés, la formación intelectual previa, los hábitos y patrones de conducta pueden favorecer la compensación de las funciones declinadas.
7. La "Comunicación escrita y visual" les permite retomar el contacto con su mundo afectivo y la "Producción literaria propia" les da la posibilidad de revivir sus propias historias, transmitir las y de esta forma, trascender.
8. Con la "Transcripción" y la "Producción de publicaciones" realizan tareas ampliamente reconocidas por la comunidad. La participación en actividades valoradas por la persona y por el entorno es un factor que sostiene el crecimiento personal y la autoestima.
9. Además se observa que la tecnología beneficia a una población con más deterioro, ya que permite que se mantenga estimulada y conectada con la realidad a través de la recepción asistida de mails, fotos y videos de sus familiares y amigos.

Resumen

En julio de 2002 se ofrece la posibilidad de acercarse al aprendizaje de la computación a parte de la población de la institución. Luego de 6 meses de experiencia se comprueba que los ancianos pueden aprender nuevas tecnologías. Se debe tener en cuenta la singularidad de cada uno y adaptar el entorno.

Introducción

El Hogar Adolfo Hirsch (HAH) ofrece vivienda permanente o estancias transitorias con fines de rehabilitación, recuperación, cuidados paliativos y vacacionales a adultos mayores. Actualmente hospeda a 155 residentes (126 mujeres y 29 hombres) cuya edad promedio es de 87,54 años [47 – 102], siendo 137 mayores de 80. Un alto porcentaje es de origen centro-europeo, con un nivel socio-cultural elevado, multilingües y autodidactas. Muchos de ellos tienen a sus familiares directos, pares y descendientes, viviendo en el exterior.

Los individuos de este grupo etario sufren declinaciones importantes. Manifiestan cambios relacionados con la edad que pueden afectar el desempeño en el uso de la computadora:

Disminución visual.

Disminución auditiva.

Disminución de la fuerza muscular.

Aumento de la rigidez articular.

Temblores e incoordinación pueden presentarse.

La memoria, velocidad de respuesta y funciones perceptivo-integradoras suelen reflejar una reducción de la eficiencia del sistema nervioso central, lo cual no significa que esté afectada la inteligencia.

El entorno estimulante es de suma importancia para el mantenimiento de las facultades intelectivas. Los ancianos requieren más tiempo, material más ordenado y menos complejo para realizar aprendizajes. Son más susceptibles a las perturbaciones.

Material y Método

El servicio de TO, que conoce a la totalidad de la población, realiza una selección inicial de posibles interesados. Una vez iniciado el grupo algunos residentes se acercan en forma espontánea.

La actividad educativa la desarrolla una docente de la especialidad en forma voluntaria

y el servicio de TO realiza la evaluación previa, derivación, adaptaciones necesarias y sostén de la tarea.

Evaluación inicial

1. Aspecto cognitivo: Minimental State de Folstein (MMS)
2. Independencia en actividades básicas cotidianas: Evaluación de Lawton y Brody.
3. Habilidades motrices (mediante juegos sencillos en la computadora y escritura en procesador de textos):
 - a. Uso del mouse
 - b. Uso de teclado alfabético: Ubicación espacial de letras.
 - c. Uso de teclado alfabético: Repetición involuntaria.
 - d. Uso de teclado: Cursores

Las evaluaciones iniciales se realizaron durante el primer mes.

A los 6 meses de iniciada la experiencia se reevaluaron las habilidades motrices. El nivel de dependencia funcional en el uso de la PC fue evaluado en este momento ya que al inicio todos eran dependientes por desconocimiento.

Los ancianos concurren una vez por semana a una clase personalizada, de media hora. El docente trabaja a partir de los intereses individuales resolviendo los obstáculos que aparecen en el proceso de aprendizaje, que pueden ser de conocimiento o de contexto.

Las adaptaciones realizadas hasta el momento para resolver los obstáculos son:

- ✓ De software y hardware:
 - Uso de accesos directos.
 - Uso de accesos rápidos desde Favoritos del navegador de Internet.
 - Aumento del tamaño de fuente en los software que se utilizan.
 - Configuración del teclado con mínima velocidad de repetición, y el retraso de la repetición en largo.
 - Configuración del mouse para mínima velocidad.
 - Uso de monitor de 17”.
 - Aumento del tamaño de las letras del teclado con marcado contraste figura-fondo.
 - Señalización de las teclas de función principales con diferentes colores.
- ✓ Posturales:
 - Barra de descarga para muñecas.
 - Mesa con escotadura

- ✓ De iluminación:
 - Iluminación adecuada sin reflejos en el monitor.

Resultados

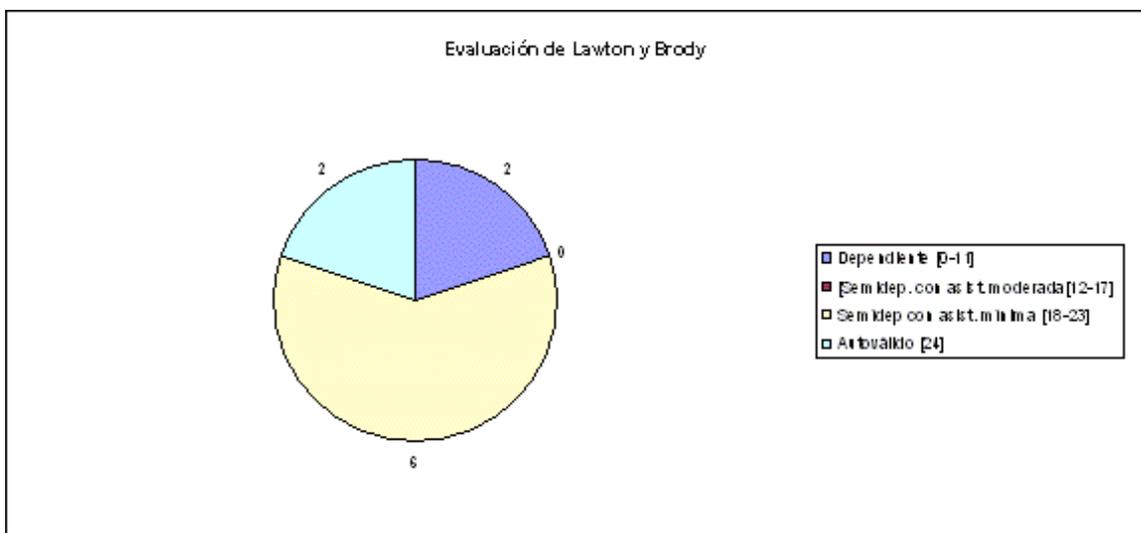
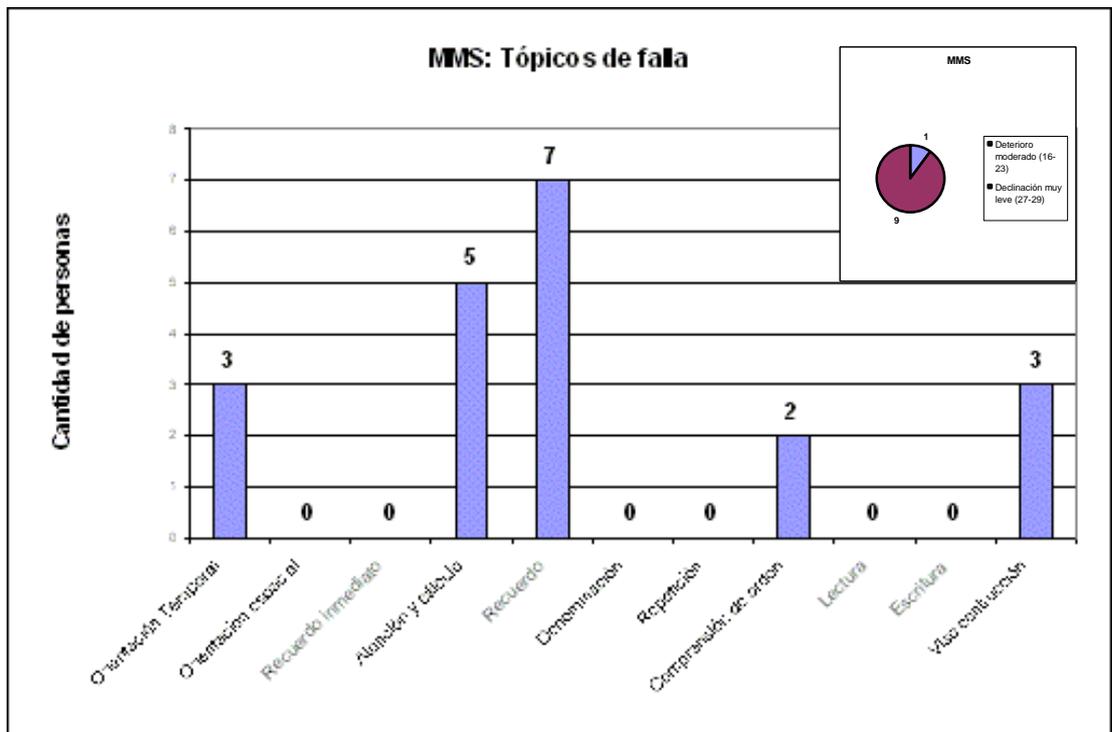
Se incorporaron a esta actividad 11 residentes permanentes, de los cuales 10 continúan participando y 1 falleció. No hubo deserción.

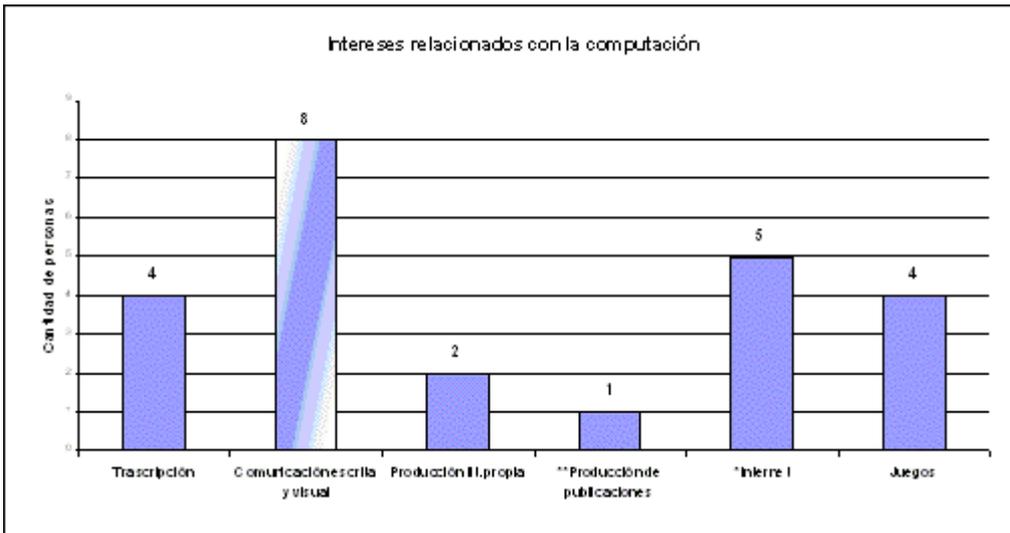
Muestra

Siete (7) son adultos mayores [83 - 95], tres (3) son adultos [47 - 60]. Estos últimos viven en el hogar por falta de recursos internos y ausencia de red social. En el MMS y Ev. de Lawton y Brody no se observan diferencias en los resultados por lo cual el análisis de los datos se hace unificado.

Ninguno de ellos tenía conocimientos previos de computación, 8 sabían utilizar la máquina de escribir mecánica, 3 actualmente no pueden escribir a mano.

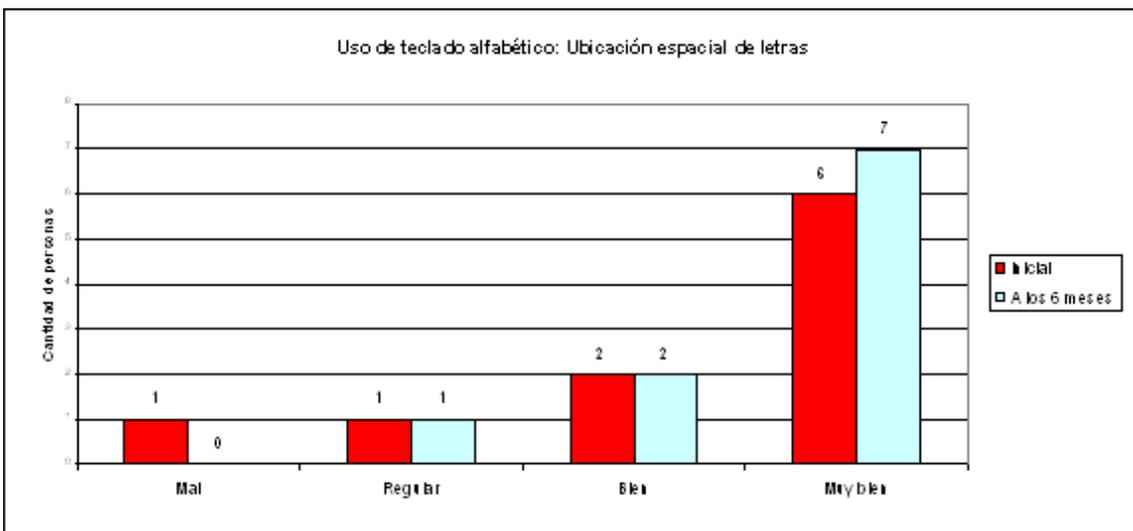
Lugar de nacimiento	
Argentina	5
Europa	5
Nivel de Educación Formal	
Universitario/Terciario	3
Secundario Completo	3
Secundario Incompleto	3
Primario Completo	1
Última Ocupación	
Tareas Administrativas	5
Tareas Gerenciales	3
Tareas Docentes	1
Ama de Casa	1

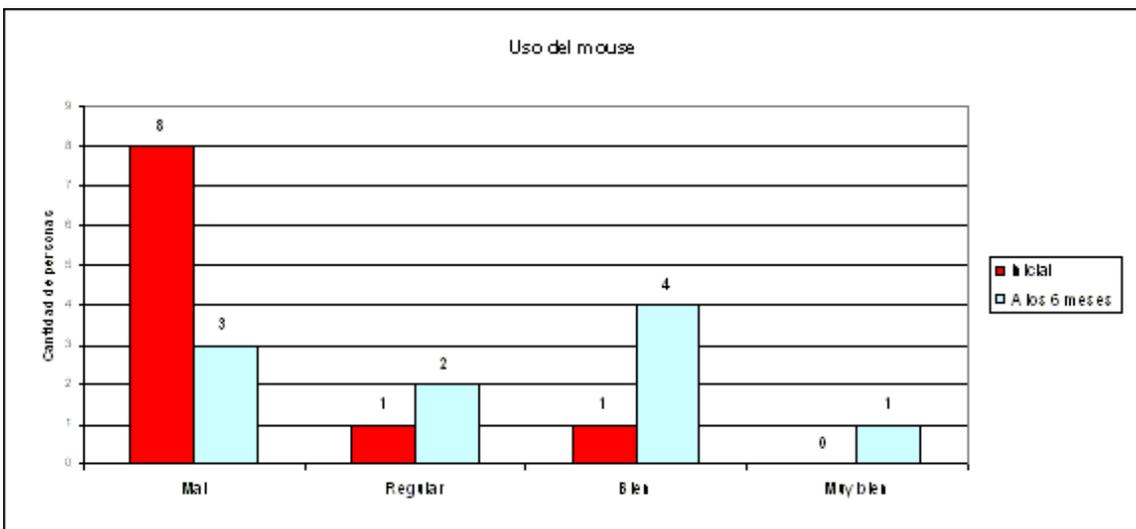
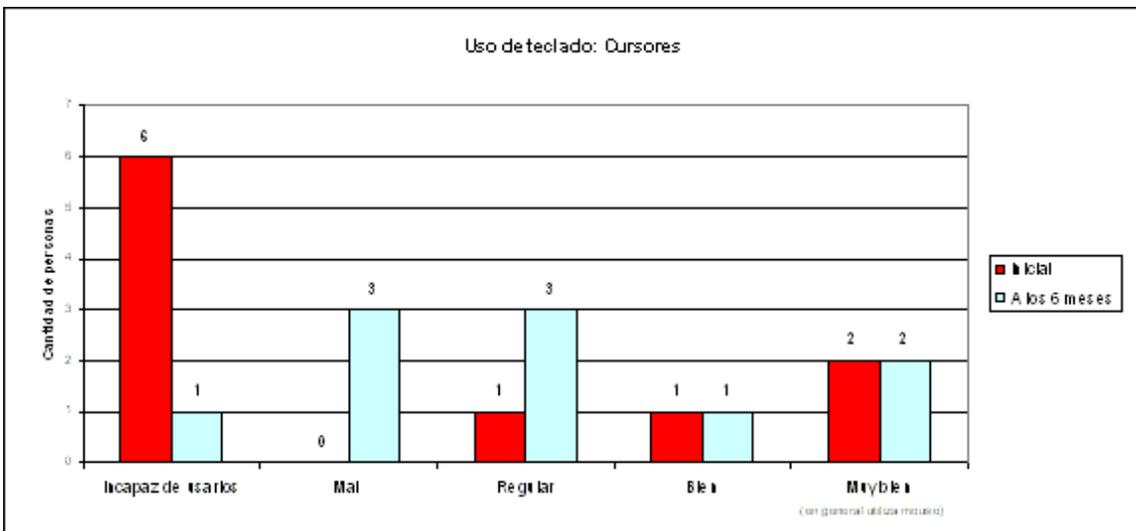
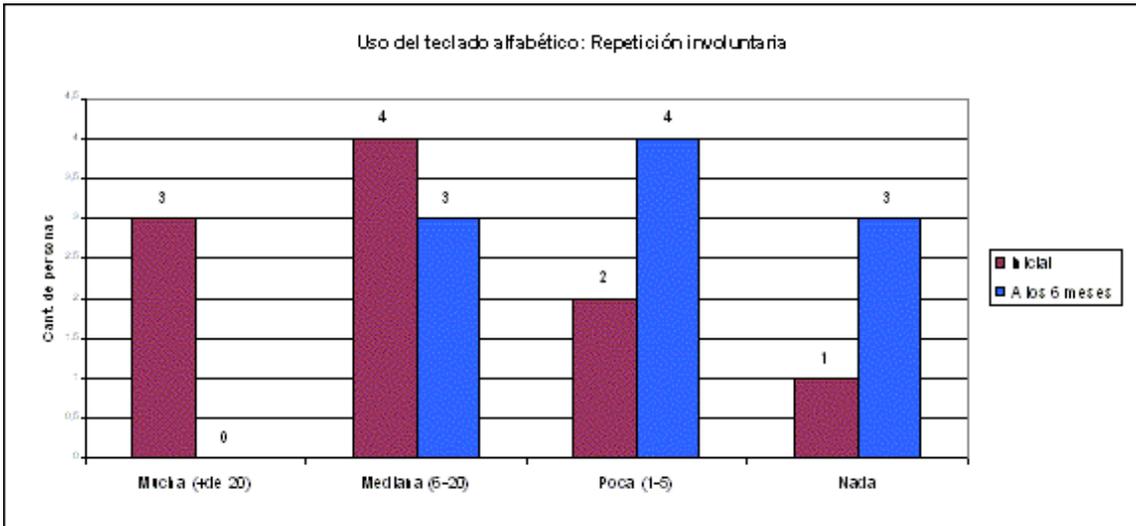


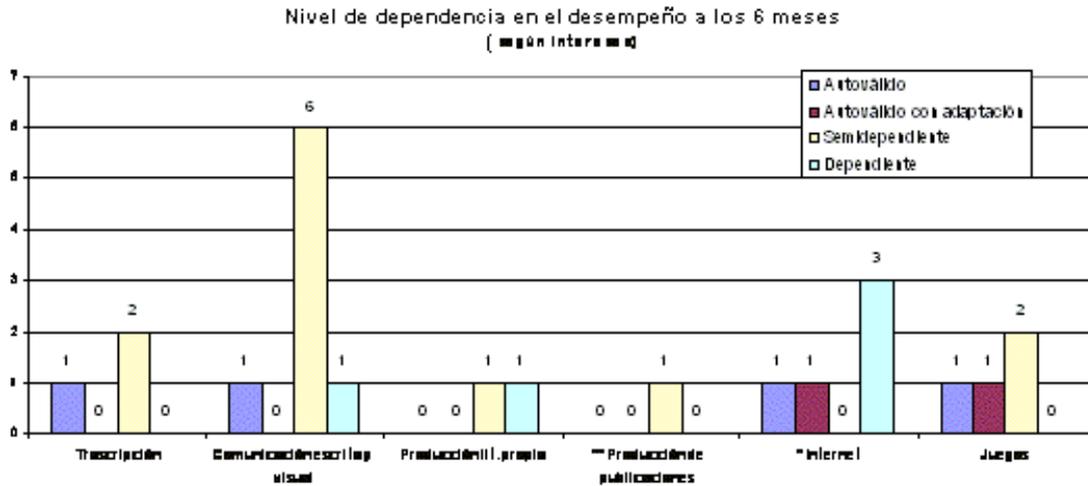


*Internet abarca: Navegación, utilización de buscadores, lectura de medios de información y visita a ciudades y museos.

** Con editores de publicaciones con software asistente o con procesador de texto.







*Internet abarca: Navegación, utilización de buscadores, lectura de medios de información y visita a ciudades y museos.

** Con editores de publicaciones con software asistente o con procesador de texto.

Testimonios



- ✓ Parece un enorme diccionario donde se puede encontrar todo. E. S. - 87 años
- ✓ Me siento contenta de haber hecho algo aunque sea con errores y faltas. E. S. - 87 años
- ✓ Cuando uno no escribe tampoco recibe y estoy consiguiendo que eso se revierta. I. F. - 85 años.
- ✓ Ponerme de nuevo en contacto con el mundo, con mi mundo que vive en el extranjero. C. E. - 86 años.
- ✓ La computadora me permite volver a escribir y comunicarme. Mis problemas visuales no me permiten hacerlo de otra forma. E.R. - 95
- ✓ Yo retaba a mi nieto porque estaba mucho tiempo con la computadora, ahora lo comprendo porque a mi también me gusta. R.H. - 84

Conclusiones

1. El MMS denota que no existen dificultades en la orientación espacial. Esto se refleja en el manejo del teclado y en la ubicación de símbolos en el monitor. Los conocimientos previos de mecanografía facilitaron la ubicación en el teclado alfabético.
2. Se notaron importantes avances en el aprendizaje senso-motor de la presión ejercida sobre las teclas para evitar las repeticiones. El tiempo requerido para lograrlo depende de la singularidad de cada uno.
3. Se dificulta la tarea en el uso de cursores del teclado como de mouse por la necesidad de trabajar simultáneamente en dos planos. Es más sencillo el uso de cursores, por su menor complejidad y por poder realizar operaciones más estructuradas.

4. Los accesos directos y la utilización de “Favoritos” en el navegador favorecen la independencia. (Menos pasos a recordar).
5. El anciano aprende nuevas tecnologías a partir de los intereses y necesidades de resolver problemas puntuales y no a partir de un programa formal.
6. **La motivación, el interés, la formación intelectual previa, los hábitos y patrones de conducta pueden favorecer la compensación de las funciones declinadas.**
7. **La “Comunicación escrita y visual” les permite retomar el contacto con su mundo afectivo y la “Producción literaria propia” les da la posibilidad de revivir sus propias historias, transmitirlos y de esta forma, trascender.**
8. Con la “Trascripción” y la “Producción de publicaciones” realizan tareas ampliamente reconocidas por la comunidad. La participación en actividades valoradas por la persona y por el entorno es un factor que sostiene el crecimiento personal y la autoestima.
9. Además se observa que la tecnología beneficia a otra población con más deterioro, ya que permite que se mantenga estimulada y conectada con la realidad a través de la recepción asistida de mails, fotos y videos de sus familiares y amigos.

Bibliografía consultada:

- Bodni, Osvaldo; 1997 “Vejez y transmisión. Reflexiones psicoanalíticas” Rev.de Psicoanálisis, APA (Bs. As.) **Tomo LIV, N° 3** 609-626
- Christiansen, Charles; Baum, Carolyn; 1991 “Occupational Therapy, overcoming human performance deficits”, editado por los autores (USA) 53-63
- Durante Molina, Pilar; Pedro Tarrés, Pilar; 1998 “Terapia Ocupacional en Geriátrica: principios y práctica”, Editorial Masson (Barcelona, España) 51-66
- Grieve, June; 1994 “Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la percepción y de la cognición”, Colección Educación Especial, Editorial Médica Panamericana (Buenos Aires, Argentina) 25-73
- Griffa, María Cristina; Moreno, José Eduardo; “Claves para la comprensión de la psicología de las edades”, **Tomo II**, Ediciones Braga S.A. (Argentina) 108-109
- Hopkins, Helen L.; Smith, Helen D.; 1998 “Willard /Spackman, Terapia Ocupacional”, octava edición, Editorial Médica Panamericana (España) 130-137
- Zolotow, David M.; 2002 “Los devenires de la ancianidad”, Grupo editorial Lumen Hvmantitas (Argentina) 59-79

TITULO:

**“PROGRAMA DE INTRODUCCION AL
ACOMPANAMIENTO DEL ADULTO MAYOR”**

AUTORA: T.O MARÍA BELÉN DI RUSSO

E-mail: josepablo@arnet.com.ar

ssantin@unq.edu.ar

COAUTORA: C.A MARÍA TERESITA TENORIO

**INSTITUCIÓN: Asociación Argentina de Cuidadores de
Ancianos**

Hospital Provincial “Dr. J. M. Cullen” Avda. Freyre 2150

Subsuelo Sala 5 Tel: 0342 4573357

Santa Fe. Prov. De Santa Fe

Resumen:

La Asociación Argentina de Cuidadores de Ancianos en el marco del programa Jefe/as de Hogar capacitó a 30 beneficiarios de la ciudad de Santa Fe acerca de los conocimientos y practicas básicas sobre la temática del acompañamiento al adulto mayor.

La capacitación teórica – práctica se realizó a través de charlas, talleres, visitas a centros asistenciales, simulaciones, prácticas.

Dentro de la capacitación se les enseñó: habilidades sociales, etapas por las que atraviesa un adulto mayor, patologías más frecuentes, cuidados básicos.

Consideramos que el trabajo de la sociedad toda debe ser realizado desde una visión que abarque los distintos sectores sociales, para lo cual resulta conveniente promover y fomentar la formación y capacitación de todos los actores sociales que, perteneciendo a diferentes actividades, sustenten su labor en la priorización de los aspectos sociales asegurando una búsqueda permanente de ayuda a quien más lo necesita, y una constante vivencia de actitudes solidarias.

Programa de Introducción al Acompañamiento del Adulto Mayor

AUTORES

T.O. MARÍA BELÉN DI RUSSO *
C.A. MARÍA TERESITA TENORIO **

INSTITUCIÓN

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CUIDADORES DE ANCIANOS - Hospital Provincial "Dr. José María Cullen" - Avda. Freyre 2150 Subsuelo Sala 5 Tel: 0342 4573357 - SANTA FE -

HASTA HACE ALGUNOS AÑOS SE PENSABA QUE CUALQUIERA PODÍA CUIDAR DE UNA PERSONA MAYOR, PERO CON EL PASO DEL TIEMPO Y SOBRE TODO EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR SE SABE QUE ES NECESARIO UNA FORMACIÓN PREVIA. LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CUIDADORES DE ANCIANOS ES UNA ASOCIACIÓN CIVIL SIN FINES DE LUCRO Y LA PRIMERA EN SU TIPO EN EL PAÍS. LOS OBJETIVOS PRINCIPALES de la A.A.C.A. SON: - PROFUNDIZAR CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA PROBLEMÁTICA BIOPSIICOSOCIAL DE LA ANCIANIDAD; - PROPENDER A LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DE "CUIDADORES DE ANCIANOS" EN EL MARCO DEL PROGRAMA JEFE/AS DE HOGAR II DE LA CIUDAD DE SANTA FE, LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CUIDADORES DE ANCIANOS CAPACITÓ A 30 BENEFICIARIOS DE DICHO PROGRAMA ACERCA DE LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LA TEMÁTICA Y PROBLEMÁTICA DEL ADULTO MAYOR.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA JEFES DE HOGAR

- 4 Promover una estrategia de inclusión social de los sectores más vulnerables de la comunidad.
- 4 Promover el acceso de los beneficiarios del Programa Jefes de Hogar a la terminalidad educativa.
- 4 Integrar competencias básicas y transversales que permitan la adaptación de los trabajadores a un entorno heterogéneo de posibilidades de reinserción laboral.
- 4 Mejorar los niveles de alfabetización y promover la incorporación de los beneficiarios del Programa al sistema educativo formal.

OBJETIVOS DE LA CAPACITACION

- 4 Brindar conocimientos, saberes y prácticas básicas referidas al cuidado general de adultos mayores en diferentes ámbitos asistenciales (domiciliario, institucional, hospitalario, geriátrico).
- 4 Desarrollar competencias básicas en relación al cuidado de adultos mayores con problemáticas específicas y comunes en la ancianidad.
- 4 Reconocer el potencial de los beneficiarios como agentes multiplicadores de la información en relación al adulto mayor.
- 4 Capacitar en la temática y problemática de la ancianidad en el contexto social, cultural y económico actual.

BENEFICIARIOS

Personas que se encuentran en situación de riesgo social, son desocupadas y tienen a cargo grupo familiar.

ORGANISMO EJECUTOR

Asociación Argentina de Cuidadores de Ancianos

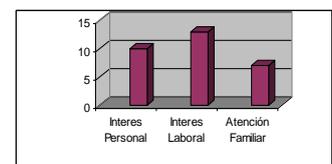
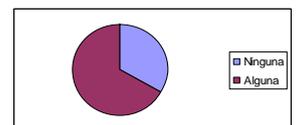
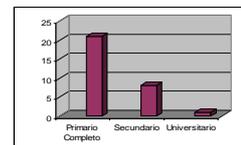
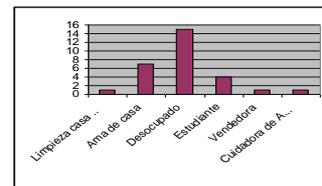
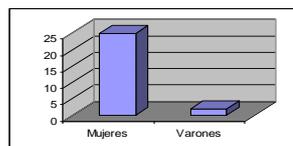
EQUIPO CAPACITADOR

Equipo Interdisciplinario de la A.A.C.A.

- Médico geriatra, -Terapista Ocupacional,
- Asistente Social, -Psicopedagoga,
- Cuidadores de Ancianos, -Farmaceutica,
- Bioquímica, Enfermera , Médico gerontólogo, etc

RESULTADOS

Cuadro 1 Beneficiarios, 2 Ocupación actual, 3 Nivel de Educación, 4 Experiencia Previa en el cuidado, 5 Motivo de Presentación a la capacitación



La capacitación teórico - práctica se realizó a través de las siguientes modalidades didácticas

METODOLOGÍA

- ↳ Charlas
- ↳ Talleres
- ↳ Visitas a centros asistenciales
- ↳ Simulaciones

Los medios didácticos utilizados fueron:

- ↳ - Material escrito (cartillas informativas, artículos, etc)
- ↳ - Pizarrón, Tv., Video, Transparencias, Diapositivas

- Elementos de uso terapéutico

Dentro de la capacitación se les enseñó

- Habilidades sociales
- Etapas por las que suele pasar un adulto mayor
- Patologías más frecuentes
- Cuidados básicos



CONCLUSIONES

El mundo actual nos coloca frente a sucesivas transformaciones que obligan a desarrollar nuestras aptitudes de adaptación para no quedar relegados y ser sobrepasados por las circunstancias.

Los nuevos modelos imperantes en el sector económico y en el sector político produjeron la necesidad de adaptación del sector social. En este sentido, se trata de estructurar la comunidad para que sirva de contención a los desbordes que los otros sectores puedan generar y vuelva a revalorizarse el sentido humanista de la vida.

Es así que el trabajo de la sociedad toda debe ser realizado desde una visión que abarque los distintos sectores sociales, para lo cual resulta conveniente promover y fomentar la formación y capacitación de todos los actores sociales que, perteneciendo a diferentes actividades, sustenten su labor en la priorización de los aspectos sociales asegurando una búsqueda permanente de ayuda a quien más lo necesita, y una constante vivencia de actitudes solidarias.

*Terapeuta Ocupacional - Docente Universidad Nacional del Litoral.

** Docente - Cuidadora de Ancianos - Presidente de la A.A.C.A.

TITULO:

**“NÚCLEO PRODUTIVO: ASPECTOS DEL TRABAJO
CON POBLACIÓN ADULTA DE LAS CALLES EN SAN
PABLO- BRASIL”**

AUTORAS:

TO Tiy de Albuquerque Maranhao Reis

E-mail: tiyreis@bol.com.br

T.O Débora Galvani

E-mail: deboragal@uol.br

Dra. TO Denise Dias Barros

Dra. T.O Roseli Esquerdo Lopes

INSTITUCIÓN: “ASOCIACIÓN MI CALLE MI CASA”

San Pablo Brasil

Resumen:

Este trabajo presenta la experiencia del Núcleo Productivo, proyecto de generación alternativa de renta coordinado por terapeutas ocupacionales en la Asociación Minha Rua Minha Casa (Asociación Mi Calle Mi Casa). Es una institución dirigida a la atención a adultos que viven en calles ubicadas en la región central de la ciudad de San Pablo- Brasil. Las acciones han sido desarrolladas por medio de la asociación de esa institución y el Proyecto Metuia - Grupo interinstitucional de estudios, formación y acciones por la ciudadanía de niños, adolescentes y adultos en procesos de ruptura de las redes sociales de soporte.

El referido proyecto tiene entre sus objetivos la constitución de un primer espacio de acogida al artesano que vive en la calle, disponiendo para eso espacio físico e inversiones iniciales en materiales necesarios a su producción. Busca contribuir tanto para la reorganización del esquema de trabajo de la persona como para su reorganización personal. Además, tiene una función nucleadora, formando un grupo en que puedan ser tratadas cuestiones que aparezcan por el uso conjunto de un mismo espacio para trabajo, de la relación que cada integrante establece con su producción y también de las expectativas y proyectos que cada uno tenga o quiera construir.

El Núcleo Productivo está articulado entre tres propuestas distintas: a) Oficina de Fios (Taller de Hilos)- espacio de experimentación de técnicas y de convivencia; b) Lojinha (Tienda)- local de exposición y venta de los productos; c) Módulo de Pequenos Cursos destinados a la divulgación del proyecto y a fornecer herramientas a posibles integrantes.

El trabajo se estructura como una posibilidad de construcción de proyectos personales y de alternativas de renta creativas para artesanos o personas que se descubran artesanos, aún estando en situación de extrema vulnerabilidad social.

Núcleo Produtivo

Lados del Trabajo con Población Adulta de Calles en São Paulo- Brasil

AUTORES

Tiy de Albuquerque Maranhão Reis Institución: Terapeuta Ocupacional da Associação Minha Rua Minha Casa. Projeto Metuia/São Paulo - Brasil

Debora Galvani Institución: Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Projeto Metuia/São Paulo - Brasil

Denise Dias Barros Institución: Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia. São Paulo - Brasil.

Roseli Esquerdo Lopes Institución: Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Coordenadora do Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia. São Paulo - Brasil.

RESUMEN

Este trabajo presenta la experiencia del Núcleo Produtivo, proyecto de generación alternativa de renta coordinado por terapeutas ocupacionales en la Associação Minha Rua Minha Casa (Asociación Mi Calle Mi Casa). Es una institución dirigida a la atención a adultos que viven en calles ubicada en la región central de la ciudad de São Paulo- Brasil. Las acciones han sido desarrolladas por medio de la asociación de esa institución y el Projeto Metuia - Grupo interinstitucional de estudios, formación y acciones por la ciudadanía de niños, adolescentes y adultos en procesos de ruptura de las redes sociales de soporte.

APRESENTACIÓN

El referido proyecto tiene entre sus objetivos la constitución de un primer espacio de acogida al artesano que vive en la calle, disponiendo para eso espacio físico e inversiones iniciales en materiales necesarios a su producción. Busca contribuir tanto para la reorganización del esquema de trabajo de la persona como para su reorganización personal. Además, tiene una función nucleadora, formando un grupo en que puedan ser tratadas cuestiones que aparezcan por el uso conjunto de un mismo espacio para trabajo, de la relación que cada integrante establece con su producción y también de las expectativas y proyectos que cada uno tenga o quiera construir.



Subsidios para formulación del proyecto de intervención intitulado: Unidade Produtiva, involucrando cerca de 20 personas en diferentes espacios relacionados a la generación de renta.

Esta propuesta se ha estructurado como una posibilidad de construcción de proyectos personales y alternativas de renta para artesanos o personas que se descubran artesanos, aún que estén en situación de extrema vulnerabilidad social. La Construcción de cooperativa de trabajo se torna un objetivo posible a partir del procesos ya creado.



TITULO: “LAZOS Y ABRAZOS”

AUTORES:

LIC. TO SILVINA OUDSHOORN

E-mail: silvinaouds@hotmail.com

LIC. RUBÉN PIÑERO

E-mail: pinero@inidep.edu.ar

DR. E. RAMAJO

LIC. T.O G. VÁZQUEZ

LIC. M. GIACCAGLIA

LIC. A. RASCIO

LIC. T. ZAPATA TORRES

INSTITUCIÓN:

Proyecto de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Grupo PAANET: Programa de Apoyo y Asistencia a Niños con Enfermedades Terminales. Mar del Plata

PREMIO “A.A.T.O 2003”

POSTER COMUNIDAD

CURSOS
Y
TALLERES

CURSO: DISCAPACIDAD VISUAL.
UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA Y UN ESPACIO
VIVENCIAR

DOCENTES:

T.O. NÉLIDA DALPONTE

E- mail: juliocmedina@infovia.com

LIC. T.O. MARÍA EUGENIA COSTAMAGNA

E-mail: eugeniocostamagna@yahoo.com.ar

Síntesis:

A través del curso pretendemos:

- Acercar a los participantes la información básica sobre las patologías del aparato visual y las discapacidades que ocasionan.
- Brindar algunas herramientas para el abordaje adecuado de las patologías.

- Informar como se compone un centro de rehabilitación para discapacitados visuales y cual es el rol del terapeuta ocupacional en dicha institución.
- Posibilitar la vivencia de sensaciones y percepciones similares a la de los pacientes con patología visual a través de actividades lúdicas y de la aplicación de técnicas específicas en Actividades de la Vida Diaria.

TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO.

DISCAPACIDAD VISUAL

UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA Y UN ESPACIO PARA VIVENCIAR.

OBJETIVOS:

- Brindar información básica sobre el aparato visual y las patologías que lo afectan.
- Informar sobre el rol del T.O. dentro del Centro de Rehabilitación, fortaleciendo así nuestro quehacer profesional.
- Brindar oportunidad de vivenciar la problemática por la que atraviesa un individuo con discapacidad visual.

PROPÓSITO:

Brindar al participante herramientas necesarias para el abordaje de la discapacidad visual y la posibilidad de reflexionar acerca de nuestro quehacer terapéutico.

CONTENIDO:

- UNIDAD I: DÉFICIT VISUAL.
 - Estructura anatómo funcional del aparato visual.
 - Patologías más comunes en el niño.
 - Patologías más comunes en el adulto.
- UNIDAD II: DISCAPACIDAD VISUAL.
 - Dificultad para responder a las demandas del entorno a partir del déficit visual.

- Familia y sociedad.
- UNIDAD III: REHABILITACIÓN
 - Estructura e un Centro de Rehabilitación.
 - Rol del T.O.: estimulación y rehabilitación visual. Abordaje del paciente con baja visión. A.V.D. Actividades corporales y sensopercepción.
- UNIDAD IV: ACTIVIDAD VIVENCIAL
 - Actividad lúdica adaptada.
 - Aplicación de técnicas específicas en A.V.D.

REHABILITACION DEL ADULTO CON DISCAPACIDAD VISUAL

DEFICIT EN EL DESEMPEÑO DE ROLES - EVALUACION A.V.D.

Se aborda al paciente desde un enfoque interdisciplinario. Se realiza una entrevista inicial desde el área psicosocial (Psicología-Asistencia Social). En ella se obtiene información acerca del ambiente, la familia y los roles sociales (familia, trabajo, esparcimiento).

Desde el área de Terapia Ocupacional se realiza una evaluación de desempeño en A.V.D. Mediante observación clínica; utilizando como método de registro una ficha elaborada modificando la utilizada en Rehabilitation Institute of Chicago 1991.

Cruzando los datos obtenidos en ambas instancias es que se establecen los déficits en el desempeño de los roles. A esto ha de sumarse las necesidades que manifiesta el sujeto para plantear los objetivos de tratamiento.

EVALUACION ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Nombre y Apellido:.....

Diagnóstico:.....

Evaluado por:.....

1ra. Evaluación Fecha:.....

Objetivos de Tratamiento

1ra. Evolución Fecha:.....

2da. Evolución Fecha:.....

REFERENCIAS:

0 No se evalúa

1 Dependiente

2 Semidependiente-Con asistencia máxima

3 Semidependiente-Con asistencia moderada

4 Semidependiente- Con control distante

5 Independiente-Con adaptación

6 Independiente

1- ALIMENTACION	0	1	2	3	4	5	6
Usa utensillos							
Corta comida							
Sirve líquidos							
Sirve sólidos							
Ubica y reconoce elementos de cocina							
Prepara infusiones							
Prepara un menú sencillo							
Usa adecuadamente electrodomésticos:							
Heladera							
Hornallas							
Cocina							
Microondas							
Otros							
Respetar normas de seguridad							
Pone y recoge la mesa							
Lava y guarda utensillos							
Respetar la etiqueta de mesa							
2- ARREGLO PERSONAL							
Usa adecuadamente el baño							
Se baña con ducha o bañera							
Se lava y arregla el cabello							
Se cepilla los dientes							
Se afeita/se maquilla							
3- VESTIDO							
Se pone la parte superior de la ropa							
Se quita la parte superior de la ropa							
Se abrocha o desabrocha diferentes prendedores							
Se pone medias/zapatos							
Se quita medias/zapatos							
Elige su vestimenta							
4- CUIDADO DEL HOGAR							
Barre y lava pisos							
Ordena habitación							
Cuida su ropa:							
Lava							
Plancha							
Guarda							
5- COMUNICACION:							
Realiza compras:							
Alimentos							
Ropa							
Otros							
Usa teléfono (incluido el teléfono público)							
Maneja el dinero							
Escribe en tinta:							
Firma							
Notas cortas							
Se desplaza:							
Por su barrio							
Por su comunidad							
Realiza actividades sociales:							
Solo							
Con acompañante							
Mantiene y cuida su Salud:							
Rutina de Medicación							
Reacción adecuada ante emergencias							
Asiste a Centros Asistenciales							
OBSERVACIONES							

BIBLIOGRAFÍA:

- Williard Spackman. 1998. “Terapia Ocupacional”, Editorial Médica Panamericana (Madrid).
- Eleanor E. Fayé 1997 “Clínica de Baja Visión”. Editorial Carácter S.A. (Madrid).
- Publicaciones del INCI (Instituto Nacional para Ciegos de Colombia).
- Patricia Stokoe . 1990. “Expresión Corporal, Arte, Salud y educación.” Editorial Humanitas (Buenos Aires).
- Patricia Stokoe. 1978. “Expresión Corporal, guía didáctica para el docente.” Editorial Ricordi Americana (Buenos Aires).
- Publicaciones auspiciadas por el fondo de cooperación ONCE/ ULAC, años 1990, 1996, 2002.
- Kathy Heydt y cols. 1992. “Guía Perkins de actividades y recursos” Editorial Escuela Perkins para ciegos. (Watertown).
- María Fux. 1998 “Danzaterapia, fragmentos de vida.” Editorial Libris SRL.(Lanus Oeste).

TERAPISTA OCUPACIONAL NELIDA DALPONTE

Es egresada de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Escuela de Ciencias de la Salud y comportamiento. Se recibió en el año 1992. Durante su formación de grado realizo practicas clínicas en diferentes áreas, COMUNIDAD, (Barrio Las Heras), PSQUIATRA, (Clínica Psicopatológica del Mar); GERONTOLOGIA, (Clínica Del Carmen), HOSPITALARIA (H.I.G.A.).

Trabajo como terapeuta ocupacional en el Servicio de rehabilitación de mano y de miembro superior de I.R.E.L., y en el CROM (centro de rehabilitación de operadas de mama), perteneciente a LALCEC, en la ciudad de Bahía Blanca durante los años 1993 y 1994. Continúo trabajando en consultorio privado conjuntamente a la kinesióloga Maria Lujan Maccinela y la T. O. Marisa Nuñez en dicha ciudad.

Desde el año 1998 se desempeña como terapeuta ocupacional del centro de rehabilitación ALAS dependiente de U.M.A.S.D.E.C.A destinado a la rehabilitación de adolescentes y adultos ciegos y disminuidos visuales.

Tomó numerosos cursos de especialización en tratamiento de Baja Visión (Centro Voss de Baja Visión, Jornadas Argentinas de Tiflogía, etc), desarrollando luego este abordaje terapéutico dentro de la Institución.

Es miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina para el estudio de la recuperación del ciego y del ambliope: ASAERCA.

Lic. T.O Maria Eugenia Costamagna:

Licenciada en Terapia Ocupacional desde el año 1999. (Matrícula Provincial N° 730).

Ha realizado Prácticas Clínicas: en la Clínica Neuropsiquiátrica “San Antonio”, de Mar del Plata en 1996, en varias Escuelas Municipales con población de riesgo socio-ambiental de la misma ciudad, en ese mismo año. Además en 1997, trabajó en el área de Geriatría en el Geriátrico Municipal “J. Pintos” de la ciudad de Balcarce y en el área de Rehabilitación Hospital Privado de Comunidad, de Mar del Plata.

Es autora de la Tesis de Grado: “Estimulación psicosocial de la madre a su hijo de 2 a 3 años, en poblaciones de riesgo socio-ambiental”. 1999.

Durante los años 1994 y 1995, trabajó con niños sordos e hipoacúsicos en el “Taller de Expresión Corporal” de la Escuela Hospitalaria N° 508 de Mar del Plata, y en el año 2000, repitió dicha experiencia en el “Taller de Expresión Corporal” de ASDEMAR (Asociación Síndrome de Down, de Mar del Plata) y en UMASDECA (Centro de Rehabilitación ALA, para ciegos y disminuidos visuales).

Participó como docente en: “Taller de Movimiento Expresivo” del “Congreso del Milenio sobre los desafíos de la vejez”, MdP, Septiembre 2000.

Se desempeñó como Docente en uno de los cursos de capacitación e intermediación laboral (Proyecto PNUD.ARG/98/033).del Ministerio de Trabajo de la Nación.

Actualmente trabaja con jóvenes y adultos no videntes en UMASDECA, dictando el taller de Expresión Corporal y A.V.D. Integra el Proyecto Educativo que se puso en marcha en ASDEMAR en el año 2001, dictando el curso de A.V.D. e I.A.D.L., con jóvenes con Síndrome de Down, durante el 2002 dictó el Taller de Construcción de Material Didáctico, que luego fueron donados a jardines de Infantes carenciados.

Dictó el curso “El Desafío Docente ante el Niño con Necesidades Educativas Especiales” en el sitio [www.auladocente.com .ar](http://www.auladocente.com.ar). dirigido a docentes de nivel educativo inicial, EGB y Polimodal.

Realiza atención en consultorio privado (España 2121) y a domicilio de pacientes con diferentes patologías (alteraciones neurológicas, traumatológicas, reumáticas, alteraciones visuales, Síndrome de Integración Sensorial, Síndrome de Down, etc.).

CURSO:

“REHABILITACIÓN OCUPACIONAL EN CÁRCELES”

DOCENTE: LIC. T.O ROBERTO GÓMEZ PINEDA

E-mail: Claurob@COM4.COM.AR

Síntesis:

En el proceso de rehabilitación Ocupacional y dentro de un marco interdisciplinario se encuentran los **PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL, que se desarrollan en la Unidad penitenciaria N° 23 De Florencio Varela**, con pacientes drogadependientes en cárceles, que se desarrolla bajo la modalidad de Comunidades terapéuticas y Ambulatoria.

El programa de Rehabilitación Ocupacional en Cárceles esta basado dentro del marco del Modelo De Ocupación Humana.

Fue elaborado para brindar oportunidades de practica competente, y desarrollar habilidades **que permitan la participación en roles, como así también para apoyar una rutina satisfactoria**, que posibilite la socialización de acuerdo a requerimientos culturales.

Este programa ha sido diseñado para mantener y favorecer la salud, resaltando los aspectos positivos de las personas, su capacitación, los talentos e iniciativas personal y para aumentar los niveles de salud ocupacional. Posee Modelos, Evaluaciones, Objetivos e Intervenciones propias de la profesión de terapia ocupacional.

OBJETIVOS DEL CURSO:

- *Ofrecer información acerca de la instalación de programas de terapia ocupacional con personas adictas en cárceles de la Pcia. de Bs. As.*
- *Capacitar acerca del rol del terapeuta ocupacional en el área de Seguridad*

Temas a desarrollar:

1. Comunidades terapéuticas insertas en cárceles. Criterios de admisión y tratamiento
2. Efectos de la disfunción ocupacional de las personas en cárceles
3. La intervención del terapeuta ocupacional y su modalidad
4. Proceso continuo de evaluación de la función Ocupacional
5. Programa de Rehabilitación Ocupacional basados en el Modelo de Ocupación Humana.
6. El rol del terapeuta ocupacional en cárceles

INTRODUCCIÓN:

En Terapia Ocupacional la planificación de los programas debe estar basada en las necesidades de los pacientes; si las necesidades son develadas, los objetivos podrán ser alcanzados.

El Programas de Rehabilitación OCUPACIONAL con pacientes drogadependientes en cárceles que se viene desarrollando en la Comunidades Terapéuticas y en tratamiento ambulatorio se centra en algo tan obvio como las ocupaciones del hombre y sus interrelaciones, las cuales a veces resultan difíciles de comprender y manejar por ser muchos los factores que intervienen en su dinámica.

Dicho programa que se desarrolla desde junio del año 1999 posee Modelos, Evaluaciones, Objetivos e Intervenciones propias de la profesión de Terapia Ocupacional.

El programa fue elaborado para brindar oportunidades de práctica competente y desarrollar habilidades que permitan la participación en roles y también para apoyar una rutina satisfactoria que posibilite la socialización de acuerdo a requerimientos culturales.

Este programa se diseña para mantener y favorecer la salud, resaltando los aspectos positivos de las personas, su capacitación, los talentos e iniciativas personales y para aumentar los niveles de salud ocupacional.

El programa de rehabilitación psicosocial se basa en el *Modelo De Ocupación Humana*²⁸ y resalta las ventajas de mejorar la calidad de vida de las personas que sufren del uso y abuso del consumo de drogas, por lo tanto, su sustento único implica conservar la dignidad de la persona y sus derechos.

DESARROLLO

El programa preventivo y asistencial en Conductas Adictivas y Uso Indebido de Drogas que impulsa el Servicio Penitenciario Bonaerense (S.P.B) es un modelo de tratamiento para las adicciones en general y de los trastornos relacionados con sustancias, en particular. Su gestión se realiza mediante la participación de un organismo técnico específico: la Secretaría de conductas adictivas del S.P.B. El objetivo básico de su organización es el despliegue de acciones preventivas y de rehabilitación para el interno y su familia.

La Secretaria de Conductas Adictivas fue creada el 15 de abril de 1993 y elevada al rango de Dirección en el año 1997 mediante la Resolución Nro. 3905. Los fundamentos de su existencia radican en los requerimientos de la **Ley Nacional De Estupefacientes 23.737** y en el aumento de los delitos relacionados con las drogas.

El programa ofrece la asistencia de un **equipo interdisciplinario** donde intervienen: médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, sociólogos, terapeutas ocupacionales, operadores socioterapéuticos, musicoterapeutas, psicopedagogos, profesores de educación física, profesores de capacitación laboral, Oficiales y Suboficiales con capacitación técnica en drogadependencia

La modalidad de tratamiento asistencial es de residencia en COMUNIDADES TERAPÉUTICAS y AMBULATORIAS, lo que ofrece un marco social adecuado mediante grupos de ayuda mutua y asistencia de un equipo profesional y técnico permitiendo una armónica rehabilitación de las conductas adictivas.

Los grupos están separados de la población general de los establecimientos penales con el fin de resguardarlos y favorecer el mejor control de la abstinencia y la correcta aplicación de todas acciones dirigidas a la rehabilitación buscada.

²⁸ Dr. Gary Kielhoner, profesor del Department of Occupational Therapy University of Illinois at Chicago

Los diseñadores del programa abren su propuesta a toda la población carcelaria afectada por este padecimiento quienes, cumplimentando los Criterios de Admisión, pueden acceder voluntariamente a las distintas alternativas que el sistema propone.

La familia se incorpora activamente en el proceso de cura, restableciendo los vínculos afectivos y comunicacionales necesarios para una efectiva reinserción social.

La oferta asistencial contempla un servicio que abarca aspectos psico-biológicos y socio-educativos.

De esta manera el *accionar interdisciplinario* es uno de los pilares que sustentan la tarea rehabilitadora que se pretende.

CRITERIOS DE ADMISIÓN Y TRATAMIENTO

La mera condición de ser drogadependiente no es requisito suficiente para constituirse en beneficiario del programa en ejecución.

Para acceder a la posibilidad de tratamiento, todo interno deberá reunir mínimos ***Criterios de admisión*** establecidos para garantizar la cabal comprensión y fructífero seguimiento del tratamiento de rehabilitación.

Los criterios de admisión contemplan:

1. La ***efectiva voluntad*** de recuperación demostrada por la persona que padezca la conducta adictiva. Para este fin se consideran de fundamental relevancia los aspectos concernientes a la voluntad de rehabilitación de cada sujeto.
2. ***La carencia de padecimientos mentales, enfermedades en etapas terminales*** y toda otra situación de salud que impida la comprensión del tratamiento.
3. ***La conformidad del interno*** para suscribir **un contrato terapéutico** donde consten explícitamente las causas de expulsión del tratamiento. En caso de:
 - Consumo de sustancias adictivas dentro de la comunidad
 - Ejercicio de violencia en perjuicio propio y/o terceros
 - Prácticas sexuales en la comunidad terapéutica.

Efectos de disfunción psicosocial de las personas en cárceles

Quienes se alojan en cárceles presentan un desempeño funcional deficiente relacionado con diversos trastornos tales como alteraciones en la conciencia (por ej. disminución de la capacidad de atención al entorno); cambios en las funciones cognitivas (déficit de memoria, desorientación, alteraciones en el lenguaje); anomalías en la regulación del estado de ánimo, humor deprimido (tristeza, depresión, sentimiento de desamparo e inutilidad); pérdida del interés por las ocupaciones, las actividades o aficiones;

alteraciones del ciclo vigilia-sueño (el sueño es breve y fragmentado) y trastornos de ansiedad psíquica y ansiedad somática.

Por todas las dificultades mencionadas anteriormente, los pacientes adictos que se encuentran en cárceles tienen escasos niveles de control personal, lo que hace disminuir notablemente su MOTIVACIÓN al cambio y produce expectativas negativas en los resultados de su acción. En otras palabras, la autoestima y la confianza personal tienden a presentarse altamente vulneradas.

Por ello es que la rehabilitación psicosocial se refiere también al proceso negociativo de desarrollo de habilidades en las áreas ocupacionales, tiempo libre, esparcimiento y social de la vida diaria (convivencia con otros presos), desarrollo que permite incorporar la capacidad para aceptar y superar el encierro, adaptarse al medio ambiente carcelario y sobre todo poder convivir en un centro asistencial, como lo es una Comunidad Terapéutica en sistema de cárcel.

La mayoría de los internos que se encuentran cumpliendo una condena en cárceles exhiben una conducta dependiente o con déficit en su funcionamiento ocupacional.

Las personas drogadependientes en cárceles suelen manifestar desaliento en sus vidas y falta de sentido positivo a la forma de usar su tiempo libre. Esto puede deberse a la reducción o alteración de su participación en **actividades que tengan un objetivo.**

Sus intereses también pueden verse alterados muchas veces con confusión en la identificación de situaciones y actividades que les son placenteras, resultándole dificultoso planificar su abundante tiempo libre de un modo productivo manteniendo la atención o comprometiéndose en actividades con objetivos.

Estos aspectos se ven potenciados por las condiciones ambientales de las cárceles en las que el individuo tiene que sobrevivir a la falta de oportunidades en el desempeño de roles, falta de apoyo en situaciones de estrés, escasa oportunidad en la toma de decisiones o establecimiento de metas y fundamentalmente **la ausencia de reconocimiento de logros.**

Las personas que se encuentran en cárceles pueden presentar dificultades en todas las áreas de funcionamiento, especialmente en los hábitos sociales y de comunicación; estas mismas dificultades se presentan en el área de confianza personal y suelen llevar a problemas de asertividad.

Las capacidades de procesamiento cognitivo en personas drogadependientes se pueden ver alteradas en las áreas de secuencias, acciones, pensamientos, resolución de problemas y planificación de áreas críticas.

LA INTERVENCION DEL Terapeuta Ocupacional

La condición principal desde la Terapia Ocupacional es que las personas diseñen, planifiquen e implementen los programas de rehabilitación de acuerdo con sus necesidades. La participación de los miembros en la comunidad terapéutica debe ser activa: actividades de mantenimiento y aseo, de alimentación, de producción de servicios, productos y de comunicación. A través de la participación activa se cumplen los objetivos individuales y grupales de integración total o parcial a la comunidad terapéutica

La intervención es un proceso complejo donde el logro depende de competencias e intervenciones diversas.

Existen elementos fundamentales en todos los tipos de intervención: es sumamente importante acompañar a las personas en el sentido de su tratamiento, en la búsqueda de sus valores, *sin presionar ni obligar*, para que pueda iniciar su primera fase y se planteen metas, objetivos básicos, como por ejemplo a través de la conexión con un ser significativo vital (pareja, padres, etc.).

En poblaciones carcelarias, las personas tienen su autoestima altamente dañada y se debe intentar restaurar alguna comprensión del significado, algún apego a valores, alguna normativa para la vida diaria. La Terapia Ocupacional es un proceso negociativo en el que se busca arbitrar entre los contextos desorganizados de nuestros pacientes y los contextos exteriores que manipula para que tengan un significado. “Las situaciones que creamos y las tareas, oportunidades, desafíos y celebraciones que proveemos son las dimensiones de nuestro arte”. Kielhofner G. (1983)

La relación terapéutica debe estar enmarcada por un clima empatizante y validante; cada sugerencia, cada aplicación debe ser cuidadosamente tomada para no dañar la relación terapéutica. “Cuando se olvida que el preso es una persona con valores, intereses y capacidad de decisión propia, con un determinado atravesamiento cultural y social muy distinto al del terapeuta ocupacional se debe negociar constantemente en la intervención los filtros culturales por los cuales todas las personas perciben su experiencia de vida” Christiansen (1991). Es importante reconocer que los filtros culturales deben ser negociados para su mejor implementación en el abordaje terapéutico. Los terapeutas ocupacionales deben entender los trasfondos de los pacientes e identificar cómo sus valores y prejuicios interfieren en la evaluación y el tratamiento en adictos que se encuentran en cárceles.

Proceso continuo de Evaluación de la Función Ocupacional

Evaluaciones

- Entrevista histórica del funcionamiento ocupacional
- Observación directa \ Evaluación situacional
- Cuestionario del impacto ambiental
- Entrevista a la familia o resto del equipo
- Revisión de ficha clínica

En el área de Volición

- Autoevaluación del funcionamiento ocupacional
- Listado de Intereses (Interest Checklist)
- Cuestionario vocacional

En el área de Habitación

- Listado de roles (Role Checklist)
- Cuestionario ocupacional
- Esquema de habitación

En las Habilidades de Desempeño

- Evaluación de habilidades motoras y de procesamiento (AMPS)
- Evaluación de habilidades de interacción y comunicación (ACIS)

Evaluaciones funcionales en las áreas de A.V.D. Trabajo y Tiempo Libre

A.V.D.

- Evaluación de las A.V.D. de Kolman

Trabajo

- Inventarios de autoevaluación de aptitudes. Interés, objetivo, y destrezas laborales (adaptación a situaciones de talleres de T.O.)

MODALIDAD DE LA INTERVENCION

- La relación será interpersonal, abierta, empatizante y validante.
- Enseñanza directa individual y grupal de habilidades de comunicación social.
- Se trabajara atendiendo a un adecuado balance de la presión ambiental, para generar un clima más armónico.
- Otra modalidad de intervención es la terapia directiva, permitiendo el **reforzamiento positivo**, que aumente las creencias en sus habilidades y destrezas

- Planteamiento de problemáticas comunes.
- Aumentar los lechos ambientales, que produzcan asertividad.
- Trabajar en grupos bajando la presión ambiental
- Consejería de distintos rubros.
- Organización de las rutinas de la comunidad terapéutica.
- Enseñanza directa de habilidades críticas
- Desarrollo de módulos psicoeducacionales
- Intervención con módulos de educación familiar y del personal de seguridad (Staff)

Objetivos rehabilitación psicosocial desde Terapia Ocupacional

Luego de la evaluación de las personas que integran la comunidad terapéutica del módulo, se establece los siguientes objetivos a largo y a corto plazo.

Objetivos a largo plazo	Objetivos a corto plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de las rutinas funcionales y organizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr información del grado de organización de la rutina • Desarrollar habilidades para participar en actividades de trabajo, de la vida diaria y tiempo libre. • Establecer un balance de la rutina entre actividades activas, y de descanso, solitarias y sociales. • Lograr habilidades en usar la rutina para manejar o compensar síntomas.
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de expectativas personales en roles de la comunidad terapéuticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades en la transición de roles o en la pérdida de roles • Identificación personal de los roles. • Participar activamente en el rol designado.
<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar la identificación de intereses, valores y objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades de valores personales. • Acrecentar habilidad para cambiar o

<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar la identificación de intereses, valores y objetivos 	<p>acomodar interese de acuerdo a las circunstancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades de lograr un sentido de satisfacción en las actividades. • Desarrollar la participación en temas intelectuales de su interés. • Aumentar la reflexión sobre valores en el ambiente • Acrecentar las habilidades para cambiar o acomodar intereses de acuerdo a las circunstancias • Participar activamente en el rol asignado
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer la asunción de responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la disposición para tomar responsabilidades de las tareas de la vida enfrentándola a obstáculos. • Desarrollar habilidades para juzgar cuales son sus responsabilidades. •
<p>Aumentar los niveles de atención y aprendizajes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar una variedad de información para formar pensamientos e ideas • Establecer generalizaciones del aprendizaje y aplicarlos a conductas similares.
<p>Desarrollar las destrezas de habilidades sociales y de comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acrecentar las creencias en sus habilidades y la percepción apropiada de las mismas • Aumentar los sentimientos positivos relacionados con la calidad de las habilidades

PROGRAMA DE REHABILITACION basado en el Modelo de Ocupación Humana.

Espacio: Centros de Tratamientos: Comunidades Terapéuticas y Servicio ambulatorio dependiente de la Secretaria de Conductas Adictivas y Uso Indebido de Drogas. Ministerio de Justicia de la Pcia. de Buenos Aires. Servicio Penitenciario.

Areas trabajadas:

Volición: objetivos personales, metas, valores intereses y autoconfianza.

Habilidades de la vida diaria: manejo de responsabilidades de la organización de la comunidad terapéutica y desarrollo de la rutina diaria y cuidado personal.

Tiempo Libre: Desarrollo de intereses, habilidades sociales, integración en objetivos personales.

Educacionales: Organización, selección de plan de estudios, desarrollo de habilidades cognitivas.

Roles: trabajador, aficionado, miembro de la comunidad, encargado de casa, miembro de Economato, encargado de objetivos diarios, encargado de limpieza, estudiante de bibliotecario, de artesano , de panadero, de floricultor, jardinero, pañolero, monitor, roles fijos y algunos móviles según las necesidades de la comunidad.

Ambiente: manejo ambiental, desarrollo de ambiente grupal, relación interpersonal, atravesamientos culturales y de valores morales y sociales.

El rol del Terapeuta Ocupacional

Trabajar con personas adictas en cárceles, es gratificante, desafiante y a la vez frustrante para los terapeutas ocupacionales dado el gran porcentaje de recidiva. Es importante mantener un marco de referencia claro y constante que oriente las acciones hacia las metas del tratamiento, tanto particular como general.

El rol del terapeuta ocupacional en esta patología debe tender a una estrategia de abordaje continuo que apunte a la *normalización* del comportamiento ocupacional. Debe obtener un compromiso solvente en las creencias de la terapia ocupacional. En general, los pacientes adictos mienten fácilmente y manipulan la labor terapéutica. Si el profesional posee conocimientos pocos claros acerca de los objetivos esperables en cada paciente la continuidad del tratamiento se verá afectada negativamente. Muchas veces, los adictos manifiestan inestabilidad emocional ante lo cual el terapeuta ocupacional debe mantenerse constante en su emotividad para ayudar a dirigir las reacciones emocionales de las personas drogadependientes.

El rol del terapeuta ocupacional ocupa un papel importante en el tratamiento de los adictos en cárceles, ya que otras disciplinas que abordan el tratamiento interdisciplinario están centradas en el contenido verbal.

Terapia Ocupacional favorece el desarrollo de la práctica de habilidades y destrezas que el adicto está reaprendiendo en su recuperación.

Las metas del tratamiento del PROGRAMA están centradas en las destrezas de comunicación, recreativas y de interacción social e individual.

PROYECTOS REALIZADOS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

- Grupos de ayuda mutua
- Programa educacional básico – alfabetización- con la participación de monitores.
- Programas educacionales secundarios para desarrollar habilidades y destrezas de interacción social
- Grupo psicoeducacional del rol de encargado de casa de la Comunidad Terapéutica.
- Intervención Individual
- Taller de Artesanías (en proyecto)
- Taller de actividades de panadería y confitería
- Intervención en reuniones multifamiliares con el equipo trasdisciplinario
- Programa de huerta y crianza de animales.
- Grupo psicoeducacional : la Comunidad Terapéutica
- Proyecto de vivero
- Actividades deportivas y de educación física con profesor a cargo. Terapia ocupacional orienta y supervisa.
- Proyecto de videos cinematográficos.
- Taller de artesanías en maderas
- Proyecto de eventos especiales: celebración del Día del niño y Día de la familia.
- Creación y funcionamiento de una biblioteca a cargo de los internos.
- Proyecto de computación.

Conclusiones

Terapia Ocupacional brinda la posibilidad de practicar las habilidades y destrezas que el adicto está reaprendiendo en su recuperación.

Las metas del tratamiento planteadas en LOS PROGRAMAS DE T. O EN CÁRCELES están centradas en las destrezas de comunicación, recreativas y de interacción social e individual.

Para alcanzar las metas en estas circunstancias, el grupo se convierte en un instrumento para el adicto. El terapeuta ocupacional utiliza al grupo para brindar retro-alimentación y para probar de una manera tangible la realidad de los pensamientos, sentimientos y acciones presentadas durante una reunión grupal.

Asimismo, el *constructo habilidad social* incluye la **conducta asertiva** que consiste en expresar y defender de forma adecuada las propias opiniones, sentimientos y peticiones.

Cuando un grupo trabaja centrado en una tarea psicosocial que le resulta placentera, presiona a nuevos modos de interacción y comunicación social. La persona ensaya nuevas destrezas y comportamientos más aceptados públicamente.

Si esta tarea grupal provoca un Arousal adecuado y satisfactorio, el interno se mostrará más motivado a asumir roles más competitivos y cooperativos. De esta forma, las personas son beneficiadas y modeladas por sus ambientes ocupacionales. El ambiente nutre el control interno de las personas con déficit social.

Referencias Bibliográficas

- Barris,R. ,Oaskly,F. , & kielhoner,G. (1988) The Role Chelist. In. B. Hemphill (Ed.)

- Burke, J. (1977) The American Journal of Occupational Therapy. Vol 31 nro 4
- Mental Health Assessment in Occupational Therapy. Thoroface, NJ: Slack
- De las Heras, C.(1994) “Rehabilitación y Vida. Modelo de la Ocupación Humana”
Editado por Reencuentros, Chile
- Hays, Krause (1991) “Psychoeducational Groups for Patients with
Schizophrenia”Bloom Maryland . U.S.A
- Hopkins. Smith. (1998) Terapia Ocupacional (8va.Ed.) Edit. Medica Panamericana.
Madrid
- Kaplan,K. (1988) Directive Group Therapy: Innovative Mental Health treatment
.Thoroface . N.J. Slack. Inc. USA
- Kaplan, K. Sadock. (2000) Sinopsis de Psiquiatría . (8va.Ed.)Edit. Medica
Panamericana. Madrid
- Kielhofner. G (1995) A Model of Human Occupation: Theory and Application
Slacks.(2da Ed.) Baltimore, MD: Williams & Wilkins
- Ley N° 23.737 “Tenencia y Tráfico de Estupefacientes”
- Ley N° 24.660 “Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad”.
- Ley N° 12. 256 “De Ejecución Penal Bonaerense”
- Rodríguez, J.Carrillo M .(1998) “Técnicas de Modificación de la Conducta” edit.
Biblioteca nueva, S. L, Madrid .

- Rogers, J. (1988) The NP1 Interest Chelist. In. B. Hemphill (Ed.) Mental Health Assessment in Occupational Therapy. Thoroface, NJ: slack
- Ruiz , M.A. (1993) Técnicas Cognitivas y terapias cognitivas-conductuales” Edit .Fundacion Empresa Madrid

Agradecimientos

Agradezco al Secretario de Conductas adictivas y uso indebido de drogas, Dr. Maggiora al Coordinador del Centro de Tratamiento GUSTAVO GASPARINI, quien con su apoyo y sugerencias hicieron posible la realización de los proyectos de Terapia Ocupacional de la Unidad penitenciaria 23. Y les dedico este trabajo a aquellas personas que se encuentran inmersas en la lucha de la rehabilitación del flagelo de la droga.

Curriculum Vitae:

- *Roberto Gómez Pineda. Licenciado en Terapia Ocupacional, graduado en la Universidad Nacional de Quilmes(U.N.Q)*
- *En la ciudad de Santiago de Chile realizó Seminarios de Perfeccionamiento para Terapeutas Ocupacionales “**Procedimientos de Rehabilitación**” (40hs) a cargo de Carmen Gloria de las Heras M.S, O.T.R*
- *En la ciudad de Madrid recibe **seminarios de Verano** en “empleo e Intermediación laboral” a cargo de la Sociedad de fomento Fabril-Fondo Nacional de la Discapacidad a cargo de Benght Lindquist –relator de naciones Unidas en la **Universidad Complutense. Madrid-España***
- *Participo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial S.R.L. “**REENCUENTROS**” en la **Capacitación Teórica & Practica del Modelo de Ocupación Humana supervisado por el representante para Latinoamérica del Dr.Kielhofner F.A.O.T.A.** Aplicando programas e intervenciones desde el MOHO. Realizando entrenamiento laboral e inserción en la Comunidad. Participado en consultoría individual y grupal, realizando informes de evaluación y seguimiento en CENTRO de Providencia, Santiago de Chile*
- *Durante tres años consecutivos participa como miembro de la **Comisión de Cursos de Grado y Posgrado** en Terapia Ocupacional de la U.N.Q dirigido por la Prof. Marta Suter*
- *Dicto diversos **cursos internos y externos** como representante de La Secretaria de Conductas Adictivas y Uso Indebido de Drogas acerca de los programas de Terapia Ocupacional en Cárceles*
- *Disertante avalado por el **Ministerio de Justicia, la Subsecretaria de Políticas Penitenciaria y Readaptación Social** del Servicio penitenciario Bonaerense en el tercer Congreso Internacional de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia, sobre “**Incumbencias de Terapia Ocupacional en Cárceles**”*
- *Se desempeña para el **Ministerio de Educación y Cultura de la Pcia. de Bs. As.** Como terapeuta ocupacional titular en el área de **Educación Especial** con pacientes con retraso mental realizando Inserción, capacitación, y reubicación en el área de formación laboral*
- *También trabaja coordinando el área ocupacional **para el Servicio Penitenciario Provincial en la U.P 23 de Florencio Varela** en atención de pacientes drogadependientes en cárceles, bajo la modalidad de Tratamiento en Comunidades Terapéuticas.*
- *Asesora a **Centro Preventivos Asistenciales** de la Pcia. de Bs. As.*
- *Supervisa a los alumnos practicantes de la carrera de la Lic. en Terapia Ocupacional de la U.N.Q en la materia **Practica Profesional I y V***

- *Publicó variados artículos de divulgación para **EL PROGRAMA CAMBIO PCIA DE CORDOBA**, para **F.O.N.G.A** y en la **WEB** sobre “El ROL TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES”*
- *Es capacitador y orienta en **Programa de Atención Comunitaria** a través de un convenio con la **Embajada de Italia** y la **Dirección General de Escuelas y Cultura de la Pcia. de Bs. As.** En **CURSOS DE ALFABETIZACION INFORMATICA**, para poblaciones de alto riesgo social.*
- *Atención Domiciliaria y atención en **Consejería / practica privada.***

CURSO - TALLER:

“RESILIENCIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA”

DOCENTE: LIC.TO SILVINA OUDSHOORN

E-mail: silvinaouds@hotmail.com

Síntesis:

Cada ser humano es único e irrepetible; trae consigo una historia de vida particular, con experiencias personales, indelegables e intransferibles. El ambiente desde el cual opera, sede donde se relaciona con los demás, en el que crece, se

adapta, vive y muere, le propone día a día un sinfín de escenarios que pueden o no transformarse en oportunidades de encuentro y aprendizaje.

¿Qué hace que un niño aproveche estas oportunidades, que sea capaz de transformar el sufrimiento y la adversidad en algo productivo, que desarrolle sus potencialidades? ¿Por qué algunos niños son capaces de “sacar provecho” aún de las circunstancias más adversas?

Si bien hoy, gracias a los avances en los medios diagnósticos y terapéuticos cáncer no es sinónimo de muerte, es casi imposible no pensar en el sufrimiento por el que debe atravesar el niño que lo padece. No obstante, muchos niños parecen derrotar a la desolación que se instala en sus cuerpos y enloquece sus células; fuerza y decisión conjuran a la desolación y desintegración.

En este taller se trabajará a partir de generalidades sobre cáncer infantil y el concepto de *resiliencia*, el cual ha sido “incorporado” a las ciencias sociales recientemente. Un ser resiliente es quien logra *sobreponerse* ante la adversidad y *construir* sobre ella, aspectos estos que pueden ser abordados eficazmente desde Terapia Ocupacional.

RESILIENCIA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA

1) Carácter del curso: teórico-práctico

2) Propósito

Ofrecer al asistente una visión amplia sobre la aplicabilidad del concepto de resiliencia en la oncología pediátrica.

Objetivos

Que el asistente logre:

- Conocer aspectos generales del cáncer infantil
- Abordar e incorporar el concepto de resiliencia al hacer desde la Terapia Ocupacional
- Diferenciar las actitudes que caracterizan a un niño resiliente
- Argumentar sobre la resiliencia en oncología pediátrica
- Generar posibles intervenciones que estimulen conductas resilientes

3) Unidades temáticas

Se desarrollará el taller a partir de tres Núcleos Problemáticos (NP):

NP I: ¿Qué es el cáncer infantil? Generalidades de cáncer infantil; definiciones, clasificaciones. Principales características. El niño y su familia.

NP II: ¿Con qué recursos cuenta el niño con cáncer? Concepto de riesgo, factor de riesgo y conducta de riesgo; factores protectores. Autoestima, seguridad, afecto, humor y confianza.

NP III: ¿es posible construir desde la destrucción? Resiliencia: concepto, evolución; relación con las ciencias sociales; fuentes de resiliencia

A partir de estos NP se elaborarán dinámicamente, de manera individual y grupal las posibles intervenciones que pudieran surgir desde el campo de la Terapia Ocupacional.

Bibliografía básica: se ha elaborado un módulo de recopilación documental que será presentado y puesto a disposición de los organizadores del Congreso con anticipación a la fecha de inicio del mismo.

- OPS y Fundación Kellog; marzo 1999, Vol. Reproducción de documentos Adolescencia al día-Resiliencia.
- Oudshoorn, S. (2001) Taller para miembros del PAANET ¿Qué es la resiliencia? Cuadernillo de circulación interna, sin editar. Mar del Plata Buenos Aires.
- Redi Freundlich, M.C; (2001) Conferencia en II Jornada Interdisciplinaria Abierta a la Comunidad- PAANET ¿Es válido trabajar desde el concepto de resiliencia con los pacientes crónicamente enfermos? Cuadernillo de circulación interna, sin editar. Mar del Plata Buenos Aires.
- Silva, G; (1999) “Resiliencia y violencia política en niños” Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Kotliarenco, M.A; Cáceres, I; Fontecilla, M (1997) “estado de Arte de Resiliencia” OPS/OMS y Fundación Kellog.
- Kotliarenco, M.A; Cáceres, Álvarez, C. (1996) “Resiliencia: construyendo en la adversidad” ED. CEANIM. Santiago de Chile, Chile.

CURSO:

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA: “ENFOQUE MULTIFACÉTICO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL”

DOCENTE: DRA. T.O JANINE HAREAU BONOMI

E-mail: jhareau@chasque.net

Síntesis:

Es fundamental el rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoidea. Su actuación es multifacética, no solamente se debe dedicar al tratamiento físico de la dolencia, sino que también debe atender todos los aspectos de la actividad del paciente. El terapeuta debe educar al paciente en la forma de usar su cuerpo, debe adaptar el medio laboral a las necesidades del paciente, debe educar a los familiares del paciente en la forma de tratar la enfermedad y debe ser un punto de referencia en el equipo de atención multidisciplinaria.

Es el terapeuta quien debe apoyar al paciente en todos los aspectos y vaivenes de la enfermedad, su apoyo es invaluable. Pero para poder hacer esto, el terapeuta debe conocer todos los aspectos de la enfermedad y tener las armas para actuar a su debido momento - eso es lo que pretendemos ofrecer en este curso.

- **CARACTER:** Es un curso teórico-práctico
- **OBJETIVO:** El objetivo es enseñarle al terapeuta Ocupacional todos los aspectos en los que puede incidir en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea (AR). Explorar las diversas actividades que puede desarrollar con estos pacientes, las áreas de tratamiento y las formas de tratar al paciente con AR. Motivar al terapeuta joven a organizar y desarrollar programas de tratamiento de estos pacientes en sus lugares de trabajo.
- **UNIDADES TEMATICAS:**
 - I) Estudio de mercado para la organización de un área especializada de tratamiento de pacientes con AR
 - II) Contactos a realizar y puesta en marcha
 - III) FORMACION PROFESIONAL
- A) Análisis de la Fisiopatología de la Artritis Reumatoidea:
 1. Signos precoces
 2. Clasificación
 3. Evaluación
 4. Evolución
 5. Tratamiento
 6. Efectos colaterales de la medicación a tener en cuenta
- B) Cómo evaluar las necesidades del paciente?
- C) Lo que el paciente debe saber:
 1. Manejo de las actividades

2. Control de la energía
3. Protección articular: demostración práctica
4. Modificación de las actividades de la vida diaria
5. Evaluación de su área laboral y de su casa
6. Adaptaciones (para todo tipo de posibilidades económicas)

D) Tratamiento:

1. Ejercicios activos
2. Ejercicios pasivos

(De los miembros superiores)

TRATAMIENTO de la MANO del Paciente con Artritis Reumatoidea

1. BIOMECANICA NORMAL DE LA MANO
2. FISIOPATOLOGIA DE LA DESTRUCCION ARTICULAR
3. FERULAJE Y RESTRUCTURA ARTICULAR
4. CIRUGIA
5. TRATAMIENTO POSTERIOR

➤ BIBLIOGRAFIA:

Bell-Krotoski, J. A., Bregger-Lee, D. E., & Beach, R. B. (1995). Biomechanics and evaluation of the hand. In J. M. Hunter, E. J. Mackin, & A. D. Callahan. Rehabilitation of the hand: surgery and therapy (4th ed.). Vol. 1: 153-184. Mosby.

Colditz, J. C. (1995). Anatomic considerations for splinting the thumb. In J. M. Hunter, E. J. Mackin, & A. D. Callahan. Rehabilitation of the hand: surgery and therapy (4th ed.). Vol. 2: 1161-1171. Mosby.

Katz, P.P. (1995) The impact of rheumatoid arthritis on life activities. Arthritis Care and Research, 8:4, 272-78.

Nordenskiold, U. (1997) The daily activities in women with rheumatoid arthritis. Aspects of patient education, assistive devices , and methods for disability and impairment assessment. Scandinavian journal of rehabilitation medicine. Vol. 37, 1-72

Philips, C. A. (1995). Therapist's management of patients with rheumatoid arthritis. In J. M. Hunter, E. J. Mackin, & A. D. Callahan. Rehabilitation of the hand: surgery and therapy (4th ed.). Vol. 2: 1345-1350. Mosby.

Swanson, A. B. (1995). Pathogenesis of arthritic lesions. In J. M. Hunter, E. J. Mackin, & A. D. Callahan. Rehabilitation of the hand: surgery and therapy (4th ed.). Vol. 2: 1307-1313. Mosby.

Dra. Janine Hareau Bonomi, PhD

Directora/Propietaria

Clínica de Rehabilitación de la Mano

Diego Lamas 1592 Tel: (5982) 709-3027 Fax: (5982) 707-5673

E-mail: jhareau@ chasque.net

Montevideo – Uruguay 11600

Preparación académica.

- Dr.Ph.D. en Terapia Ocupacional/miembro superior, Nova Southeastern University, Ft. Lauderdale, Florida. USA. Graduada Summa Cum Laude
- Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Milwaukee, Wisconsin, USA. Graduada Summa Cum Laude
- Licenciada en Fisioterapia, Universidad de la República. Montevideo - Uruguay.
- Terapeuta de Mano

Experiencia de trabajo profesional

Directora/Propietaria, Clínica de Rehabilitación de la Mano. Unica clínica de rehabilitación de la mano que existe en el país. Montevideo - Uruguay. 1991 en adelante.

Jefe de la unidad de tratamiento de la mano reumática, del Instituto Nacional de Reumatología. Marzo de 1994-1996. Montevideo – Uruguay. Noviembre 2000 -

Profesora invitada al curso de postgrado de Terapia Ocupacional Geriátrica, Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares, España. 1994-1999.

Hospital Columbia, Milwaukee-Wisconsin, USA. "Midwest Arthritis Treatment Center", miembro del Equipo de atención al paciente reumático. Especialista Clínica de mano. Julio de 1989 - Enero de 1991.

Programa "Head Start", Centro Guadalupe, Milwaukee – Wisconsin, USA. Coordinador de los niños con discapacidad de 3 a 5 años. Entrenadora bilingüe para las maestras y los padres. Octubre de 1986 - Enero de 1989.

Dakota Inc., St. Paul - Minnesota, USA. Terapeuta Física miembro de un Equipo de Intervención Temprana, trabajando con niños de alto riesgo y discapacitados de 0 a 4 años. Responsable de efectuar evaluaciones iniciales, tratamientos y de entrenamiento a los padres. Mayo de 1985 - Agosto de 1986.

Becas

Beca de la "Hand Rehabilitation Foundation". Filadelfia, Pensilvania, USA. Marzo 1995.

Beca Fulbright, "El derecho de los Discapacitados", USA. Octubre y Noviembre 1991.

Beca Fulbright. St. Paul – Minnesota - USA 1985/1986.

Asistencia a congresos como invitada extranjera

Congreso Argentino de Reumatología – Buenos Aires - Argentina. 2001

V Congreso Mundial de Terapeutas de la Mano – Estambul – Turquía.
Miembro del comité científico. 2001.

III Congreso Argentino de Rehabilitación de la Mano. Buenos Aires - Argentina. 2000

V Congreso Argentino de Terapeutas Ocupacionales. La Rioja - Argentina. 1999

Congreso Argentino de CANEO. Mar del Plata - Argentina. 1999

Congreso Sudamericano de Cirugía y Rehabilitación de la mano. San Pablo - Brazil. 1999.

IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, III Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Santa Fé, Argentina. 1997

Surgery and Rehabilitation of the Hand: Hand Rehabilitation Foundation - Filadelfia -Pensilvania. 1995

XIX Congreso Nacional, Sociedad Colombiana de Cirugía de la mano. Conferencista Invitada. Bogotá - Colombia.1995

III Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional, Madrid - España. 1994

Congreso de la Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Wisconsin. Invitada internacional. Milwaukee - USA. 1992.

Cursos dictados a profesionales médicos y terapeutas

2002

Análisis de ergonómico del trabajo en las instituciones de servicio – Prevención de lesiones de trauma acumulativo. Pamplona – España.

-“Control del edema secundario” – MEM Artzberger-

-“Electroterapia de Mano”

- “Análisis de los rayos X en mano”

Curso dictado a la Asociación Portuguesa de Terapeutas de la Mano. Lisboa – Portugal

-“La mano – Evaluación y estudio”. Universidad de la Salud. Oporto - Portugal

-“Tratamiento y ayudas técnicas para el paciente con Artritis Reumatoidea” - Grupo de Autoayuda de la Artritis Reumatoidea. Minas - Uruguay

2001

-“ Tratamiento y ayudas técnicas para el paciente con Artritis Reumatoidea” - Grupo de Autoayuda de la Artritis Reumatoidea. Montevideo - Uruguay

-“Mano reumática: enfoque de la Terapia Ocupacional”. Congreso Argentino de Reumatología. Buenos Aires - Argentina

-“Lesiones de trauma acumulativo en el ámbito de los Servicios Hoteleros”. (Curso) Cañete - Perú

-“Tratamiento del pulgar en sus diferentes tipos – Mano artrítica y reumática” Congreso de la Federación Sudamericana de Terapeutas de Mano. Santiago – Chile

-“Cómo motivar la reinserción laboral (Curso)”. Congreso mundial de la Federación Internacional de Terapeutas de Mano. Estambul – Turquía

-“Férulas de mano”. Montevideo-Uruguay

-“Rehabilitación de la mano”

-“Fracturas del miembro superior”

-“Control del edema”

- “Tendones flexores”

- “Férulas para las distintas afecciones”

- “Evaluación del porcentaje de discapacidad”

- Asociación de Terapeutas de Mano Portuguesa. Faro - Portugal

2000

-“Evaluación general del paciente con Artritis Reumatoidea” instituto Nacional de Reumatología. Montevideo - Uruguay.

-“Control del edema secundario” – MEM Artzberger- Asociación Argentina de Terapeutas de la Mano. Buenos Aires – Argentina.

-“Tratamiento de la mano reumática, ferulaje y biomecánica”.

- “Goniometría – validez y confiabilidad”.
 - “Tratamiento de afecciones del miembro superior”.
- III Congreso Argentino de Rehabilitación de la Mano. Buenos Aires - Argentina.
- “Rehabilitación de la mano”
 - “Fracturas del miembro superior”
 - “Control del edema”
 - “Tendones flexores”
 - “Férulas para las distintas afecciones”
- Centro de Rehabilitación FREMAP. Departamento de extensión educativa. Sevilla - España.
- “Rehabilitación de la mano, fracturas, control del edema, tendones flexores”. Ferulaje.
- Asociación de Terapeutas Ocupacionales. Gran Canarias - España.

1999

- “Terapia Ocupacional de la Mano”. Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España
 - “Rehabilitación y ferulaje del paciente con parálisis braquial”. Montevideo – Uruguay.
- “Curso pre-congreso de fracturas de hombro-mano”. V Congreso Argentino de Terapistas Ocupacionales. La Rioja - Argentina
 - “Férulas para el niño con problemas neurológicos” - Taller. Congreso Argentino de CANEO. Mar del Plata - Argentina.
 - “Rehabilitación de la mano reumática”. Congreso Sudamericano de Cirugía y Rehabilitación de la mano. San Pablo - Brasil.

1998

- “Férulas de tracción progresiva”. Congreso Mundial de mano, Montreal - Canadá
- “Terapia Ocupacional de la Mano”. Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España.
- “Lesiones del miembro superior”. Asociación Española de Terapistas Ocupacionales. Madrid - España.
- “Estudio Ergonómico/tratamiento de afecciones de miembro superior”. Bogotá - Colombia
- “Tratamiento de afecciones del miembro superior/ Estudio Ergonómico” , Centro Internacional - Roma - Italia
- “Anatomía y rehabilitación del hombro”- Rivera - Uruguay.

1997

- “Las lesiones de sobreuso en el trabajo”, Centro de formación internacional. Roma - Italia.
- “Lesiones del miembro superior”. CRM . Montevideo - Uruguay.
- “Lesiones del miembro superior, tratamiento”. CRM. Montevideo - Uruguay.

-“Terapia Ocupacional de la Mano”. Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España.

-“Lesiones del miembro superior”, Asociación Española de Terapistas Ocupacionales. Madrid - España.

1996

-“Evaluación y tratamiento de la Mano”. Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España.

-“Lesiones del miembro superior”, Asociación Española de Terapistas Ocupacionales. Madrid - España

1995

-“Rehabilitación de Algio Neuro Distrofia de Mano”. Conferencia

-“Cintura Escapular, hombro, codo, fortalecimiento” Curso.

IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, III Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Santa Fé - Argentina.

- “Rehabilitación y medición del pulgar”: III Congreso de la Federación Internacional de Terapistas de Mano. Helsinki - Finlandia.

-“Como tratar la Algio Neuro Distrofia con exito”: III Congreso de la Federación Internacional de Terapistas de Mano. Helsinki - Finlandia.

-“Rehabilitación de mano”. Curso precongreso internacional. Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Escuela Colombiana de Rehabilitación. Bogotá - Colombia.

-“Rehabilitación de lesiones congénitas”

-“Rehabilitación de mano espástica”

-“Rehabilitación de mano traumática”

-“Rehabilitación de mano reumática”

-“Lesiones de tendones flexores y extensores”

XIX Congreso Nacional, Sociedad Colombiana de Cirugía de la mano. Conferencista Invitada. Bogotá - Colombia.

-“Manejo del paciente reumático”: Rehabilitación post operatoria de la rizartrrosis del pulgar" (Moderador Dr. Alfred Swanson). "Surgery and Rehabilitation of the Hand" Filadelfia - Pensilvania.

1994

-“Rehabilitación del paciente con artritis reumatoidea”. Santa Fé - Argentina.

-“Rehabilitación de hombro”. Salto - Uruguay.

-“Rehabilitación de la mano, traumatismo severo”. Colegio de Kinesiólogos de Misiones, Posadas - Misiones. Argentina.

-“Cirugía y rehabilitación de la mano reumática” Instituto Nacional de Reumatología - Montevideo.

-“Taller de férulas para la mano neurológica y traumática” y,

-“Aspectos de la Terapia Ocupacional en el déficit de la mano, traumática, neurológica y reumatológica”. Centro Médico de Rehabilitación de Montescano - Italia. Fondazione Clinica del Lavoro.

-“Instrumentos, equipo y métodos de evaluación de la mano”. Montevideo - Uruguay.

-“Evaluación de la mano”. III Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional. Madrid - España.

-“Rehabilitación del paciente con Algio Neuro Distrofia”. Salto - Uruguay.

-“Traumatismo severo de la mano”. Instituto Nacional de Reumatología. Montevideo - Uruguay.

-“Mano traumática aguda”. ALPI. Buenos Aires - Argentina

-“Algio Neuro Distrofia y la mano traumática aguda”. Universidad de Mar del Plata- Prov. de Buenos Aires - Argentina.

-“Evaluación de la mano”. Colegio de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de Misiones. Posadas - Argentina.

-“Rehabilitación del pulgar con Artrosis”. Congreso de la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (WFOT). Londres - Inglaterra.

-“Férulas simples para manos complejas”. Congreso de la WFOT. Londres - Inglaterra.

-“Evaluación de la mano”. Instituto Nacional de Reumatología. Montevideo-Uruguay.

1993

-“Técnicas avanzadas en ferulaje de mano”. ALPI. Buenos Aires - Argentina.

-“Rehabilitación del hombro”. Milwaukee-Wisconsin - USA.

-“Técnicas avanzadas en ferulaje de mano”. ALPI. Buenos Aires. Argentina.

-“Evaluación de la mano”. La Plata - Prov. de Buenos Aires - Argentina.

-“Evaluación de la mano”. Universidad de Mar del Plata - Prov. de Buenos Aires - Argentina.

-“Problemas clínicos en el tratamiento de fracturas de mano”. II Simposio Internacional en "Avances en Medicina deportiva y Rehabilitación". Buenos Aires - Argentina.

-“Movilización Articular” Centro de Rehabilitación ALPI. Buenos Aires - Argentina.

-“Análisis terapéutico y rehabilitación de los Síndromes de Sobreuso”. Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales, Buenos Aires - Argentina.

1992

"Rehabilitación del paciente con Artritis". Buenos Aires - Argentina.

"Rehabilitación de la mano" Curso de una semana. Profesora Adjunta de Sandra Artzberger MS, OTR. Universidad de Wisconsin – Milwaukee - USA.

"Una perspectiva clínica en el tratamiento de la Algio Neuro Distrofia" Universidad de Milwaukee-Wisconsin - USA.

"Evaluación, tratamiento y rehabilitación del paciente con Artritis Reumatoidea" Curso dado a Médicos de post-grado en Reumatología, Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo -Uruguay.

"Rehabilitación y ferulaje de la mano", Centro de Rehabilitación ALPI. Buenos Aires - Argentina.

1991

"Nuevas evaluaciones de la mano" Centro Médico, Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Banco de Seguros del Estado. Montevideo - Uruguay.

"Tratamiento de la mano" Centro Médico, Banco de Seguros del Estado. Montevideo - Uruguay.

"Nuevas Evaluaciones de la mano" Centro Médico, Hospital Militar, Montevideo - Uruguay.

"Tratamiento de la mano" Centro Médico, Servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva. Hospital Pasteur, Montevideo - Uruguay.

1990

"Manipulación articular post-fractura de Colles", Centro de Rehabilitación del Hospital Columbia, Milwaukee - Wisconsin. USA.

"Medición Articular de la mano", Hospital Columbia, Milwaukee - Wisconsin. USA.

"Rehabilitación del pulgar", Hospital Columbia. Milwaukee – Wisconsin - USA.

CURSO:

**“CURSO TALLER DE ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIA EN ADULTOS”**

DOCENTES:

T.O LAURA FRUTOS

E- mail: frutoslaura@hotmail.com

T.O CLAUDIA BONINO

E-mail: claudia@campanili.com.ar

Síntesis:

Para realizar un correcto entrenamiento de Actividades de la Vida Diaria, el primer paso es comenzar con una evaluación que nos de un resultado objetivo del estado del paciente.

Las evaluaciones utilizadas varían según la población asistida: para artritis reumatoidea se utiliza el Health Assessment Questionnaire, para lesiones medulares el Spinal Cord Independence Measure o el Functional Independence Measure, entre otras.

Los métodos de entrenamiento se adecuan según las capacidades de cada patología: pudiendo variar desde técnicas en postura de supino, sentado, de compensación, con principios de protección articular y conservación de la energía.

Es importante conocer la correcta prescripción de la silla de ruedas, adaptaciones, equipamiento y su entrenamiento, para lograr la máxima independencia en los distintos ámbitos, eliminando o superando las barreras arquitectónicas.

Curso-taller de Actividades de la vida diaria

Carácter del curso: teórico-práctico

Objetivos:

Que el asistente aprenda:

- 1- Evaluar las Actividades de la Vida Diaria utilizando escalas estandarizadas.
- 2- Técnicas específicas de realización de las A.V.D con distintas patologías.
- 3- Implementación de adaptaciones y equipamiento.
- 4- Prescripción y manejo de silla de ruedas.

Temario:

- * Evaluaciones de las A.V.D.: Escalas estandarizadas: Functional Independence Measure (FIM), Barthel Index, Health Assessment Questionnaire (HAQ), Spinal Cord Independence Measure (SCIM), entre otras.
- * Métodos de entrenamiento para diferentes patologías neurológicas, reumáticas y musculoesqueléticas.
- * Indicación y entrenamiento de adaptaciones y equipamiento.
- * Silla de ruedas: tipos, indicaciones, medidas, equipamiento especial.
- * Barreras arquitectónicas en el uso de silla de ruedas.

Bibliografía:

- * Braddom, Randall. Physical Medicine and rehabilitation. W. B. Saunders Company. 1996.
- * Cardiel et al. Health Assessment Questionnaire disability Index (spanish) Clin Exp Rheumatol. 1993. 11: 117-121.
- * Encyclopedie Medico Chirurgicale. Tomo: Kinesiterapia y Medicina Física. Editions scientifiques et medicales Elsevier. Años 2001-2002.
- * Hill, Judy. Spinal cord injury: procedure manual. Aspen publication. 1986.
- * Kottke, Frederic. KRUSEN Medicina física y rehabilitación. Editorial médica panamericana.1997.
- * SCIM(spinal cord independence measure) DE: Spinal Cord: International Medical Society of Paraplegia.1997.
- * Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. Editorial médica panamericana. 1997.

Currículum Vitae

T.O Laura Frutos

Designación académica actual

- Docente Programa de Post-grado de Reumatología. Hospital Privado- Universidad Católica de Córdoba.
- Responsable Programa de Fellow de Terapia Ocupacional. Hospital Privado.
- Directora del curso anual de formación “Terapia ocupacional en rehabilitación Motora”. Hospital Privado.

Título universitario:

Terapista Ocupacional. Expedido por la Escuela Superior de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo”; dependiente de la Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, 5 de agosto de 1992.

Actividad Profesional:

5.a. Docencia:

- Docente Programa de Post-grado en Reumatología (antes mencionado) Mayo 1993 a la actualidad.
- Responsable Programa de Fellow de Terapia Ocupacional. Mayo 1997 a la fecha.
- Directora del curso de formación “Terapia Ocupacional en rehabilitación motora”. Año 2002.

5.b. Asistencial:

- Hospital Privado Centro Medico de Córdoba. Mayo 1993 a la actualidad.
- Centro de Rehabilitación Neurológica "Rita Bianchi"- Enero de 1994- Abril de 1997.
- ALPI. Córdoba. Marzo a Diciembre de 1993.

6. Antecedentes Docentes:

6.a. Pre-grado: Ayudante alumna de trabajos prácticos de la cátedra Psicología General de la carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional del Litoral. Desde el 01/05/90 al 31/12/92. Y de la cátedra Teoría de Terapia Ocupacional I. Desde 01/03/91 al 31/12/92

6.b. Post-grado: Ya mencionado.

7. Publicaciones

I. Trabajo monográfico: Estrategia terapéutica en pacientes con artritis reumatoidea: Terapia física y ocupacional. Publicado en la revista Experiencia Médica del Hospital Privado. Volumen XV N° 3.

II. Trabajo de Actualización: "Tratamiento del linfedema braquial post resección de ganglios axilares por enfermedades malignas". Publicado en la revista Experiencia Médica del Hospital Privado. Volumen XVIII N°2.

8. Participación en sociedades científicas o profesionales:

Presidenta de la Asociación de Terapistas Ocupacionales de Córdoba (ATOC). Desde junio de 1996 a la actualidad.

9. Presentación de trabajos en Reuniones Nacionales:

- Mayo de 2001. I Encuentro de Terapia Ocupacional del Litoral. Santa Fe. Terapia Ocupacional en Hospital General de Agudos.

- Septiembre de 1995. IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Santa Fe. Nivel de Independencia en Pacientes Lesionados Medulares.

10. Presentación de trabajos en Reuniones Internacionales:

Septiembre de 1997. XVI Congreso Mundial de Neurología. Buenos Aires. Apraxic agraphia as an atypical presentation of fronto-temporal dementia.

11. Asistencia a reuniones de la especialidad:

- 24 al 27 de octubre de 2001. IV Congreso Argentino de Terapia de la mano. Rosario.

- 7 de septiembre de 2001. Reunión de carreras y asociaciones profesionales del país.

- 18 y 19 de Mayo de 2001. Primer encuentro de Terapia Ocupacional del Litoral. Santa Fe.

- 12 y 13 de Noviembre de 1999. Cuartas Jornadas de intercambio profesional. Santa Fe.

- 9 al 13 de Septiembre de 1997. Primer Reunión del capítulo de Terapeutas de Mano. Buenos Aires.
- 24 de Agosto de 1996. Segundas Jornadas de intercambio profesional. Santa Fe.
- 9 al 13 de Septiembre de 1995. IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Santa Fe

12. Participación en el dictado de cursos:

- Año 2002. Curso anual de formación “Terapia ocupacional en rehabilitación motora”. Córdoba.
- 5, 6 y 7 de octubre de 2001. Jornadas de actualización de kinesiología del ejercicio. Córdoba.
- 14 al 16 de noviembre de 1996. Jornadas de Neurorehabilitación: abordaje funcional de niños con lesiones neurológicas. Río Gallegos. Prov. Santa Cruz.

13. Asistencia a Cursos:

- 5, 6 Y 7 de julio de 2001. Curso Introductorio de Teoría de Integración sensorial. Córdoba.
- 15 y 16 de Septiembre de 2000. Jornadas de actualización en Kinesiología del Ejercicio. Córdoba.
- 16 y 17 de Agosto de 1998. Rol del Terapeuta Ocupacional en el desarrollo de la funcionalidad de la mano y enseñanza de la escritura. Córdoba.
- 20, 21 y 22 de Mayo de 1996. Control motor, propiocepción y lateralidad. Córdoba.
- 13 de Septiembre de 1995. Tratamiento del adulto hemipléjico. Santa Fe.
- 4 y 5 de Marzo de 1995. Estrategias Terapéuticas en Neurorehabilitación. Córdoba.
- 26 de Noviembre de 1994. Miembro superior reumático. Santa Fe.
- 11 y 12 de Diciembre de 1993. Curso avanzado de férulas. Buenos Aires.
-
- 14 y 15 de Noviembre de 1992. Curso Myofascial Release. Houston. U.S.A.

14. Práctica de la profesión:

- Residencia de post-grado de Terapia Ocupacional. Harris County Hospital District. Houston. U.S.A. Octubre - Diciembre de 1992.

- Mencionado en ítem 5.b.

15. Responsabilidades administrativas institucionales o extrainstitucionales:

* Integrante de Comité ad-hoc para evaluación de Tesina. Carrera de Licenciatura de Terapia ocupacional. Universidad Nacional del Litoral.

* Jurado en la selección de candidatas al Programa de Fellow en Terapia Ocupacional. Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba.

T.O Claudia Bonino

Título universitario: TERAPISTA OCUPACIONAL Egresada de la Escuela Superior de Sanidad de la Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe- 1994.

Experiencia profesional:

I.R.E.L. Instituto de rehabilitación del lisiado Córdoba- Abril 1995- Julio 1996

Centro Argentino Cubano- Agosto 1996- Abril 1997

Centro de rehabilitación y reeducación neurológico Rita Bianchi- Mayo 1997 hasta la actualidad

Antecedentes docentes:

Supervisora de Práctica Clínica III en el Centro de rehabilitación y reeducación neurológico Rita Bianchi, enero de 1998 a la actualidad, para alumnas de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral.

Supervisora de tesis para la Licenciatura de terapia Ocupacional en la UNL año 2002 y 2003

Cursos, Jornadas y Congresos:

1994- Teoría de la Ocupación Humana de Gary Kielthorner. Período: 22 y 23 de Octubre

1995- IV Congreso Argentino de T.O. y III Simposio latinoamericano de T.O. Período: 9 al 13 de Septiembre.

1996- Curso sobre traumatismo de cráneo encefálico período: Noviembre.

1998- Curso sobre lesiones medulares. Período: Mayo

1998- Curso teórico Práctico sobre el Rol del T.O. en el desarrollo de la funcionalidad de la mano y enseñanza de la escritura. Período: 16 y 17 de Agosto

1998- Curso internacional de post- grado en el tratamiento especializado de la Parálisis Cerebral y condiciones asociadas, basados en el enfoque Bobath de Neurodesarrollo Período: Octubre y Noviembre.

1999- Curso avanzado "Solving Clinical Problems" NDT and I.S enfoque Bobath Período: 2 al 6 de Agosto

2001- Teoría, evaluación y tratamiento en Integración Sensora. Período: 6,7 y 8 de Julio

2001- Curso básico de hemiplegía enfoque Bobath Período: Julio y Agosto de 2001.

2002- Curso de hidroterapia

Participación en sociedades científicas o profesionales:

Secretaria de la Asociación de Terapistas Ocupacionales de Córdoba, desde mayo de 1996 a la actualidad.

Presentación de trabajos:

Mayo de 2001. I Encuentro de Terapia Ocupacional del Litoral.

Control dinámico de tronco para actividades funcionales en niños con parálisis cerebral.

Participación en el dictado de cursos:

Curso anual de formación en neurorehabilitación organizado por la Clínica de rehabilitación y reeducación Rita Bianchi. Desde 1999 a la actualidad.

CURSO:

“SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD MENTAL”

DOCENTE: T.O MARÍA INÉS ESTEVE

E- mail: vazquezesteve@uolsinectis.com.ar

Síntesis:

El vacío de conocimiento sobre la sexualidad del discapacitado mental que se observa en sus familias y en los profesionales que los atienden provoca, a nuestro entender, malentendidos e injusticias respecto a la valoración de algunas conductas de las personas con discapacidad

El taller pretende una revisión crítica y sistemática de todos estos supuestos malentendidos y el planteo analítico de nuevas perspectivas y abordajes

Comenzaremos con el análisis de nuestras ideas previas sobre el concepto de sexualidad, para luego profundizar en las ideas que de la misma nos plantean diversos autores.

Revisaremos los criterios de normalidad desde la perspectiva de Wardell Pommeroy, y basados en el paradigma de los apoyos de la American Association On Mental Retardation intentaremos plantearnos nuevos modos de abordaje e intervención en un tema que, como profesionales del área de la salud, tenemos la obligación de conocer para dar respuestas a nuestros pacientes y sus familias.

Carácter del curso: Teórico práctico

Objetivos del curso

- 1-Alcanzar una aproximación teórica en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad mental
- 2-Elaborar nuevas formas de abordaje e intervención que contribuyan al desarrollo y expresión de su sexualidad.
- 3-Reconocer la necesidad de incorporar la sexualidad a los objetivos de tratamiento de los programas de AVD.

INDICE TEMÁTICO

1-Sexualidad humana.

Revisión de conceptos de sexualidad .Definiciones. Dimensiones de la sexualidad: biológica, psicosocial, conductual, clínica y cultural.

2-La sexualidad como construcción social.

Aprendizaje y sexualidad. Los medios de comunicación y la sexualidad. La sexualidad a través de los tiempos.

3-Sexualidad evolutiva.

Aspectos psicosociales. Sexualidad en la niñez, pubertad, adolescencia, adultez y vejez.

4-Discapacidad mental.

Definición de la American Association On Mental Retard. Clasificación de la discapacidad mental. Paradigma de los apoyos.

5-Sexualidad y discapacidad mental.

Desarrollo psicosexual de la persona con discapacidad mental .Elección de pareja.

Maternidad y paternidad. Homosexualidad. Abuso sexual. Intervención familiar y apoyos.

Bibliografía

- AA.VV, Curso de educación sexual para personas que trabajan en discapacidad ,CETIS, Módulos I, II, III IV, VI, Bs.As,1998
- Foucault M, Historia de la sexualidad 3 vols. Ed.Siglo XXI, México, 1999
- Gisbert y otros. Educación Especial. Ed.Cincel-Kapeluz,Bogotá,1991
- González Castañón, D Retraso mental: Guía básica para comenzar un siglo .[http://webs .satlink. com/ usuarios /d/diegoc/rmart15.htm](http://webs.satlink.com/usuarios/d/diegoc/rmart15.htm)
- Grosman C.,Rabinovich J, Imberti J,. El desafío de la sexualidad, creencias ,saberes, sentimientos. , Ed. Sudamericana, Bs.As, 1999
- Imberti J, Herrera P. De madres e hijas. Ed. Sudamericana, Bs.As, 2000
- Oldendorff A. Corporalidad, sexualidad y cultura .Ed .**Carlos Lohlé, Bs.As, 1970**
- Pasini W “Intimidad negada, intimidad obligada” en Curso de educación sexual para personas que trabajan en discapacidad, Mód. IV, Anexo I, CETIS, Bs.As,1998
- Pintos, M. Cartas para Tomás .Ed. Sudamericana, Bs.As, 1997
- Pommeroy W., “¿Qué es lo normal? ”, en Curso de educación sexual para personas que trabajan en discapacidad, ,Mód. III, Sección 3, CETIS, Bs.As, 1998 pp.
- Posse F, Verdeguer S .La sexualidad de las personas discapacitadas. Fundación Creando Espacios,Bs.As1991

Currículum Vitae:

T.O María Inés Esteve

**Título: Terapeuta Ocupacional, expedido por la
Dirección Nacional de Rehabilitación, 1980**

**Título: Especialista en Educación Sexual en
Discapacidad. Expedido por el Centro de Educación,
Terapia e Investigación en Sexualidad (C.E.T.I.S)**

Antecedentes laborales

3/92 a la actualidad: Terapeuta Ocupacional del taller del Instituto Pringle Morgan-
Post-Primario

3/99 a la actualidad: Terapeuta Ocupacional del Centro de Día Parque

7/79-12/83: Terapeuta Ocupacional de C.I.S.A.M(Centro de Investigaciones para la
Salud Mental)

3/81-3/82: Terapeuta Ocupacional de A.P.N.A(Asociación Pro Ayuda al Niño Aislado)

7/82-4/83: Terapista Ocupacional de la Clínica Psiquiátrica San Justo(Pabellón niños y adolescentes)

12/82-3/85: Terapista Ocupacional de C.A.I.P (Centro de Asistencia Integral al Niño Psicótico)

3-12/85: Terapista Ocupacional del Hospital Escuela General San Martín-Cátedra de Psicología Médica.

7/87-3/90: Terapista Ocupacional del Hogar para ancianos San José

9/87-7/88:Terapista ocupacional de la Clínica Psiquiátrica San Martín de Porres.

9/89-7/91: Terapista Ocupacional de I.T.A.R.D (Instituto Técnico Argentino de Rehabilitación del Discapacitado.)

7/91-12/96: Terapista Ocupacional del Hogar Geriátrico Aranguren

8/97-9/98: Terapista Ocupacional del instituto para Discapacitados “La rosa azul”

Actividad docente

3/89-3/92 : Docente de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Cátedra: Análisis de Actividad I

3/90-6/91: Supervisora de Práctica Clínica de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional.

Cursos de perfeccionamiento

7/80: Psicosis y Comunidad Terapéutica. Coordinador: Comunidad Terapéutica Vicente López

8/81: I Jornadas sobre autismo y psicosis infantil
Coordinador: A.P.N.A

12/81: Creatividad de los grupos. Conferencias y talleres. Coordinador: Escuela Jean Piaget y Comunidad Terapéutica Vicente López

8/82: II Jornadas sobre autismo y psicosis infantil. Coordinador: A.P.N.A

5/81-3/85: Grupo Balint- Terapia de Tarea. Coordinador: Dr. Alfredo Grande

4-12/85:Pasos hacia una ecología de la acción. Seminario. Coordinadoras: T.O Susana Vidal, T.O Marcela Pallazzo

8-12/87: Crecimiento en ampliación abarcativa. SeminarioCoordinadora: T.O Susana Vidal

10/88: II Congreso Nacional de Terapia Ocupacional y I Simposio Latinoamericano

7/90:II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental: Coordinador: Servicio de Terapia Ocupacional Hospital Borda

9/91: III Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y II Simposio Latinoamericano.

9/91: Un hacer saludable. Coodinadora: T.O Susana Vidal

10/92: III Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Coordinador: Servicio de Terapia Ocupacional Hospital Borda

11/92: Criterios de atención gerontológico. Coordinador: A.G.E.B.A

8/94: Jornadas sobre epidemiología del anciano discapacitado. Coordinador: A.A.T.O y Atención multidisciplinaria de la tercera edad

11/94: Vejez ,familia ,ética y controversias en gerontología. Jornadas. Coordinador: A.G.E.B.A

5/95: Activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Curso-taller. Coordinadoras: T.O Magali Risiga- Lic.Mercedes Acuña

9/96: Autismo y psicosis tempranas y la terapia de contención. Curso. Coodinador: Fundación Holismo

6/97: III Jornada anual en retardos mentales. Coordinador: Fundación Holismo

11/97: Jornadas de discapacidad .Perspectivas actuales en salud mental, una mirada interdisciplinaria.. Coordinador: U.B.A

12/97: Sexualidad y discapacidad. Coordinación: Fundación Ayudando a vivir .Asistencia, docencia e investigación en salud mental.

9/98: Autismo, aproximación teórico-técnica, comprensión diagnóstica y tratamiento. IV Jornada. Coordinador: APAdeA

12/98: Curso –taller de serigrafía. Coordinador: Prof. Enrique Padovani

9-12/99: Seminario de Investigación Aplicado en Discapacidad. Coordinadores: Lic. E. Jiménez Pastor, Lic. Ángel Bartolucci- Facultad CienciaSociales U.B.A

8/00: Sexualidad en personas con discapacidad. Coordinadora : Lic. E.Abrille

10/00: La discapacidad y su contexto. Una perspectiva de ciudadanía y derechos humanos. Coordinador: U.B.A- A.M.I.A

11/00: La comunicación en niños y jóvenes con discapacidad mental. Sistemas de comunicación alternativos. Pictograma.Comunicación total. Coordinador: Fundación Juancho Reale Docentes: Lic. Jane Brodin-Lic.Trinidad Rivera

10/01: “El desafío de la sexualidad”.Curso-taller. Coordinadora: Lic .Julieta Imberti

6-7/02: “Nuevos paradigmas en el abordaje de la discapacidad mental”. Seminario
Coordinador: AMIA. Docentes titulares: Dr. Diego González Castañón, Lic Andrea
Aznar

9/02: “De la normativa a la acción” Aportes para el conocimiento de los derechos de las
personas con discapacidad. Seminario. Coordinador: AMIA. Docente titular: Dra
Elizabeth Aimar

10/02: “El arte como herramienta política”. Jornadas sobre derechos humanos y
discapacidad. Coordinador: AMIA

Trabajos presentados

“Algunos aspectos sobre la problemática de un adolescente psicótico en hospital de día”

Presentado en las II Jornadas sobre clínica de autismo y psicosis infantil con el equipo
de C.I.S.A.M Año: 1982

“Algunas reflexiones sobre la marginalidad del discapacitado mental y sus terapeutas”

Presentado en el III Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. Año: 1991

“Vejez: El espejo de los miedos” Presentado en las III Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental.

Año: 1992

Trabajos publicados

“Reflexiones sobre la marginación del discapacitado mental y sus terapeutas.”
Cuadernos de psicomotricidad y educación especial Año III, N° 10 ,

“Vejez, el espejo de los miedos .”

Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica. COLTO III, 1995

CURSO:

**“ESCALA ARGENTINA DE INTELIGENCIA
SENSORIOMOTRIZ DE 6 MESES A 2 AÑOS SU
UTILIZACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO
NEUROMADURATIVO DE BEBÉS DE ALTO RIESGO”**

DOCENTES:

DRA. EN PSICOLOGÍA ALICIA OIBERMAN

E-mail: aoiberma@psi.uba.ar

LIC. MARIELA MANSILLA

Síntesis:

La inteligencia sensorio-motriz es la capacidad que tienen los niños menores de dos años de resolver los problemas a partir de actividades en que interviene la percepción, las actitudes y los movimientos sin evocaciones simbólicas.

La Escala de Inteligencia sensoriomotriz fue construida con una muestra poblacional de 323 bebés argentinos que pertenecían a diferentes estratos sociales. Fue aplicada a bebés con y sin patología de diferentes grupos poblacionales.

El motivo de su construcción fue contribuir con una técnica de evaluación de la inteligencia sensorio-motriz aplicada a bebés argentinos a los fines de obtener un baremo en nuestra propia población.

Dotar a los profesionales, de una herramienta eficaz para la evaluación de niños normales, prematuros y con patologías, ya que muchas veces su desarrollo cognitivo es acorde a las etapas esperables, a pesar que otras áreas de su desarrollo han sido afectadas por la propia inmadurez o enfermedad .

Realizar con seriedad y eficiencia diagnósticos diferenciales de distintas áreas comprometidas en el desarrollo de los niños es un desafío para quienes trabajamos en la primera infancia en este nuevo siglo XXI.

Los objetivos del taller son:

- Entrenar en la toma de la Escala Argentina de Inteligencia sensorio-motriz (E.A.I.S.) de 6 meses a 2 años.

- Conocer las etapas y los mecanismos propios del proceso genético en la construcción de la inteligencia en bebés de 6 a 24 meses.
- Conocer la aplicación de la EAIS en poblaciones de bebés de riesgo.
- Evaluar los procesos intelectuales de cada etapa del período preverbal en bebés de riesgo y sin riesgo.
- Profundizar en diagnósticos diferenciales de distintas áreas comprometidas en el desarrollo.

Fundamentación

La inteligencia sensorio-motriz es la capacidad que tienen los niños menores de dos años de resolver los problemas a partir de actividades en que interviene la percepción, las actitudes y los movimientos sin evocaciones simbólicas, es decir antes de la aparición del lenguaje verbal.

Las Escalas de los “baby-tests”: Gesell (1947), Brunet-Lézine (1964), Bayley (1969); Rodríguez-Arancibia (1974); Cuprinsky-Legarraga (1998) permiten apreciar globalmente el nivel de desarrollo psicomotor de los niños (su C.I. global), y su evolución en los cuatro dominios del desarrollo postural, de la coordinación oculo-motriz, del lenguaje y de la sociabilidad.

Quedan sin embargo sin realizar el análisis de los mecanismos intelectuales propiamente dichos y ello es el objetivo del presente trabajo, a partir de las concepciones expuestas en la obra de Jean Piaget.

El interés de numerosos investigadores se dirige cada vez más hacia los estudios de las primeras etapas del desarrollo cognitivo del niño y encuentra- a pesar de algunas controversias- en las teorías de Piaget una sólida base para las observaciones experimentalmente controlables. Estas diversas tentativas se fundamentan en el estudio de las teorías expuestas por Piaget en el libro Nacimiento de la inteligencia en el niño y La construcción de lo real en el niño.

Se sabe que para Piaget, la inteligencia es esencialmente operativa. Su función es actuar sobre los materiales que a ella le llegan, movilizarlos y transformarlos.

La necesidad de una elaboración más precisa de las pruebas que Piaget ha descrito para verificar sus hipótesis sobre los primeros estadios de la adaptación sensorio-motriz, fue uno de los motores que impulsaron la realización de este trabajo.

Otro motivo fue contribuir con una técnica de evaluación de la inteligencia sensorio-motriz aplicada a bebés argentinos a los fines de obtener un baremo en nuestra propia población. Y, dotar a los profesionales de primera infancia de una herramienta eficaz para la evaluación de niños prematuros ya que muchas veces su desarrollo cognitivo es acorde a las etapas esperables, a pesar que otras áreas de su desarrollo han sido afectadas por la propia inmadurez.

Realizar con seriedad y eficiencia diagnósticos diferenciales de distintas áreas comprometidas en el desarrollo de los niños es un desafío para quienes trabajamos en la primera infancia en este nuevo siglo XXI.

Inteligencia sensorio motriz

Durante el período sensorio motriz el niño va poco a poco a comenzar a relacionar objetos y actos, distinguiendo los medios de los fines, dándose cuenta de los resultados obtenidos y tratando de manera intencional, y comenzando a utilizar procesos de inferencias.

Cuales son los aspectos mas importantes de las adaptaciones sensoriomotrices en el recorrido por los diferentes estadios que realiza un bebé?

- la relación entre los elementos sobre las cuales se da la acción (distinción entre medios y fines),
- la coordinación de esquemas (búsqueda del resultado a obtener),
- la toma de conciencia de la dirección del acto (la intencionalidad), siendo ella misma función de acciones intermediarias necesarias para la realización del acto principal.

Los dos primeros estadios marcan el comienzo del funcionamiento de la inteligencia sensorio-motriz.

La aplicación de la EAIS se inicia con el estadio III, cuando el niño ha adquirido una coordinación suficiente de la visión y de la prensión y con el del dominio de la posición sentada, ya que la misma permite la presentación de estímulos en situaciones idénticas. La E.A.I.S. fue construida con una muestra poblacional de 323 bebés argentinos que pertenecían a diferentes estratos sociales. Fue aplicada a población general y a grupos poblacionales especiales (bebés de madres internas en cárceles, niños de Consultorios de Seguimiento de Alto riesgos, bebés de jardines maternos). Dada la vulnerabilidad del niño pequeño, su dependencia con los adultos, la complejidad de los procesos de maduración y desarrollo y la determinación del medio ambiente, utilizar pruebas construidas con bebés argentinos nos permite contar con instrumentos propios para la evaluación de nuestra población y enriquecer la perspectiva biosicosocial de la primera infancia.

La escala es aplicada con el requisito de ser un niño desde los 6 meses, con coordinación oculomanual, y dominio de la posición sedente. La escala contempla que no sea una postura dinámica libre. Por lo tanto es la madre u otro adulto quien ayuda a mantener al niño en esa posición Esa fue una de las diferencias contempladas con la escala original francesa de Casati-Lezine (1968).

El resumen califica la aplicación de la escala para neonatología.

La Escala se está utilizando en los Consultorios de Seguimiento de Niños de Alto Riesgo que son dados de alta en los Servicios de Neonatología.

La EAIS tiene en cuenta población con compromiso motor y actualmente se utiliza con éxito con estos niños, ya que se encuentran divergencias entre su desarrollo motor y el desarrollo cognocitivo. La desventaja es con niños con compromiso visual grave (disminuídos visuales graves), ya que sería necesario elaborar materiales específicos para este tipo de población, tema que estamos contemplando

Objetivos del taller:

- Entrenar en la toma de la Escala Argentina de Inteligencia sensorio-motriz (E.A.I.S) de 6 meses a 2 años.
- Conocer las etapas y los mecanismos propios del proceso genético en la construcción de la inteligencia en bebés de 6 a 24 meses.
- Conocer la aplicación de la EAIS en poblaciones de bebés de riesgo.
- Evaluar los procesos intelectuales de cada etapa del período preverbal en bebés de riesgo y sin riesgo.
- Profundizar en diagnósticos diferenciales de distintas áreas comprometidas en el desarrollo.
- Estudiar la correspondencia entre ítems, estadios y edades, observando eventuales discordancias entre los resultados de las diversas series.

Contenidos:

1. Construcción de la Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS) de 6 meses a 2 años.
2. Estudio de los factores de motivación que influyen en el proceso cognocitivo de bebés de 6 a 24 meses.
3. Estudio de las etapas y los mecanismos del proceso genético en lo concerniente a la coordinación progresiva de esquemas de acción sensorio-motriz, especialmente los que indican el nivel del desarrollo mental entre el estadio III y VI del período pre-verbal en niños argentinos.
4. Conocer un programa de intervención oportuna para el proceso cognocitivo preverbal

dirigido a bebés con déficit intelectual., tomando en cuenta el diagnóstico diferencial de las diferentes áreas del desarrollo.

Curriculum Vitae:

Dra. Alicia Oiberman

Título de grado: Licenciada en Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires.
1978

Doctorado: Doctora en Psicología. Universidad Nacional de San Luis.1999.

Posición Académica Actual:

Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).Profesora adjunta de la Facultad de Psicología de la U.B.A. Institución: UBACYT

Director de Proyecto de Investigación: Dra. Alicia Oiberman

Nombre del Proyecto: Adaptación de la Escala de Evaluación de la Inteligencia Sensorio-motriz del niño desde los 6 meses hasta los 2 años . AP 006

Período: 2001-2003

Publicaciones relevantes en relación con el taller que presenta:

Nacer y Pensar: Construcción de la Escala Argentina de Inteligencia sensorio-motriz (EAIS) de 6 meses a 2 años. Vol.1. CIIPME-CONICET. Buenos Aires. 2002

Nacer y Pensar: Manual de la Escala Argentina de Inteligencia sensorio-motriz (EAIS) de 6 meses a 2 años. Vol.2. . CIIPME-CONICET. Buenos Aires. 2002

CURSO:

EVIDENCIA ESTADÍSTICA: “¿TODO SIRVE? ANÁLISIS SISTEMÁTICO DEL VALOR DE LAS ESTADÍSTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA”

DOCENTE: DRA. T.O JANINE HAREAU BONOMI

E-mail: jhareau@chasque.net

Síntesis:

El terapeuta ocupacional debe avalar su actividad clínica con un buen respaldo científico. La información que en otros tiempos escaseaba, sobreabunda en el siglo XXI, sobre todo los artículos de revistas y la información en Internet. Para realizar un estudio científico con base clínica es imperativo saber manejar los datos que se publican y reconocer las características propias de los estudios realizados en dichas publicaciones a fin de poder seleccionar lo que a mi me sirve:

- ◆ el tipo de estudio realizado y publicado es estadísticamente viable?
- ◆ las armas estadísticas son veraces o fraudulentas?
- ◆ qué tipo de estudio deseo realizar - qué tipo de estadística debo utilizar?
- ◆ Se cómo leer los artículos de las revistas, puedo determinar si me sirven o no para lo que deseo hacer como estudio?

Se intentará incentivar el deseo de utilizar las estadísticas como un arma válida para el trabajo clínico.

➔ **CARACTER:** Es un curso teórico-práctico

➔ **OBJETIVO:** Enseñarle al terapeuta cómo evaluar las posibilidades de realizar un estudio científico sistemático en la Clínica.

Enseñarle a buscar literatura relevante para el tema
a estudiar

Enseñarle a analizar los artículos de la literatura convencional
para determinar la posibilidad de un fraude estadístico

Enseñarle a plantear y llevar a cabo un estudio estadístico con
base científica sólida.

➔ **UNIDADES TEMATICAS:**

IV) Análisis de la evidencia en la profesión y en la clínica- observación

V) Revisar la literatura - donde buscar? - qué buscar?

VI) Comprender y evaluar artículos de temas de investigación

VII) Selección de artículos

VIII) Cualitativa vs. cuantitativa

IX) Cómo mantener a las vista los artículos leídos

➤ **Bibliografia:**

Critical appraisal skills program: [http:// www.his.ox.ac.uk/casp/](http://www.his.ox.ac.uk/casp/)

Greenhalgh, J (1997) How to read a paper: The basic of evidence based medicine..
<http://www.bmj.com/collections/read.htm>

Tickle-Degmen, L (1998) using research evidence in planning treatment for the individual client. Canadian Journal of Occupational Therapy, 65 (3), 152-159

Dra. Janine Hareau Bonomi, PhD

Directora/Propietaria

Clínica de Rehabilitación de la Mano

Diego Lamas 1592 Tel: (5982) 709-3027 Fax: (5982) 707-5673

E-mail: jhareau@ chasque.net

Montevideo – Uruguay 11600

Preparación académica.

- Dr.Ph.D. en Terapia Ocupacional/miembro superior, Nova Southeastern University, Ft. Lauderdale, Florida. USA. Graduada Summa Cum Laude
- Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Milwaukee, Wisconsin, USA. Graduada Summa Cum Laude
- Licenciada en Fisioterapia, Universidad de la República. Montevideo - Uruguay.
- Terapeuta de Mano

Experiencia de trabajo profesional

Directora/Propietaria, Clínica de Rehabilitación de la Mano. Unica clínica de rehabilitación de la mano que existe en el país. Montevideo - Uruguay. 1991 en adelante.

Jefe de la unidad de tratamiento de la mano reumática, del Instituto Nacional de Reumatología. Marzo de 1994-1996. Montevideo – Uruguay. Noviembre 2000 -

Profesora invitada al curso de postgrado de Terapia Ocupacional Geriátrica, Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares, España. 1994-1999.

Hospital Columbia, Milwaukee-Wisconsin, USA. "Midwest Arthritis Treatment Center", miembro del Equipo de atención al paciente reumático. Especialista Clínica de mano. Julio de 1989 - Enero de 1991.

Programa "Head Start", Centro Guadalupe, Milwaukee – Wisconsin, USA. Coordinador de los niños con discapacidad de 3 a 5 años. Entrenadora bilingüe para las maestras y los padres. Octubre de 1986 - Enero de 1989.

Dakota Inc., St. Paul - Minnesota, USA. Terapeuta Física miembro de un Equipo de Intervención Temprana, trabajando con niños de alto riesgo y discapacitados de 0 a 4 años. Responsable de efectuar evaluaciones iniciales, tratamientos y de entrenamiento a los padres. Mayo de 1985 - Agosto de 1986.

Becas

Beca de la "Hand Rehabilitation Foundation". Filadelfia, Pensilvania, USA. Marzo 1995.

Beca Fulbright, "El derecho de los Discapacitados", USA. Octubre y Noviembre 1991.

Beca Fulbright. St. Paul – Minnesota - USA 1985/1986.

Asistencia a congresos como invitada extranjera

Congreso Argentino de Reumatología – Buenos Aires - Argentina. 2001

V Congreso Mundial de Terapistas de la Mano – Estambul – Turquía.
Miembro del comité científico. 2001.

III Congreso Argentino de Rehabilitación de la Mano. Buenos Aires - Argentina. 2000

V Congreso Argentino de Terapistas Ocupacionales. La Rioja - Argentina. 1999

Congreso Argentino de CANEO. Mar del Plata - Argentina. 1999

Congreso Sudamericano de Cirugía y Rehabilitación de la mano. San Pablo - Brazil.
1999.

IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, III Congreso Latinoamericano de
Terapia Ocupacional. Santa Fé, Argentina. 1997

**Surgery and Rehabilitation of the Hand: Hand Rehabilitation Foundation -
Filadelfia -Pensilvania. 1995**

**XIX Congreso Nacional, Sociedad Colombiana de Cirugía de la mano.
Conferencista Invitada. Bogotá - Colombia. 1995**

III Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional, Madrid - España. 1994

Congreso de la Asociación de Terapistas Ocupacionales de Wisconsin. Invitada
internacional. Milwaukee - USA. 1992.

Cursos dictados a profesionales médicos y terapistas

2002

Análisis de ergonómico del trabajo en las instituciones de servicio – Prevención de
lesiones de trauma acumulativo. Pamplona – España.

-“Control del edema secundario” – MEM Artzberger-

-“Electroterapia de Mano”

- “Análisis de los rayos X en mano”

Curso dictado a la Asociación Portuguesa de Terapistas de la Mano. Lisboa – Portugal

-“La mano – Evaluación y estudio”. Universidad de la Salud. Oporto - Portugal

-“Tratamiento y ayudas técnicas para el paciente con Artritis Reumatoidea” - Grupo de
Autoayuda de la Artritis Reumatoidea. Minas - Uruguay

2001

- " Tratamiento y ayudas técnicas para el paciente con Artritis Reumatoides" - Grupo de Autoayuda de la Artritis Reumatoidea. Montevideo - Uruguay

- "Mano reumática: enfoque de la Terapia Ocupacional". Congreso Argentino de Reumatología. Buenos Aires - Argentina

- "Lesiones de trauma acumulativo en el ámbito de los Servicios Hoteleros". (Curso) Cañete - Perú

- "Tratamiento del pulgar en sus diferentes tipos – Mano artrítica y reumática" Congreso de la Federación Sudamericana de Terapistas de Mano. Santiago – Chile

- "Cómo motivar la reinserción laboral (Curso)". Congreso mundial de la Federación Internacional de Terapistas de Mano. Estambul – Turquía

- "Férulas de mano". Montevideo-Uruguay

- "Rehabilitación de la mano"

- "Fracturas del miembro superior"

- "Control del edema"

- "Tendones flexores"

- "Férulas para las distintas afecciones"

- "Evaluación del porcentaje de discapacidad"

- Asociación de Terapistas de Mano Portuguesa. Faro - Portugal

2000

- "Evaluación general del paciente con Artritis Reumatoidea" Instituto Nacional de Reumatología. Montevideo - Uruguay.

- "Control del edema secundario" – MEM Artzberger- Asociación Argentina de Terapistas de la Mano. Buenos Aires – Argentina.

- "Tratamiento de la mano reumática, ferulaje y biomecánica".

- "Goniometría – validez y confiabilidad".

- "Tratamiento de afecciones del miembro superior".

III Congreso Argentino de Rehabilitación de la Mano. Buenos Aires - Argentina.

- "Rehabilitación de la mano"

- "Fracturas del miembro superior"

- "Control del edema"

- "Tendones flexores"

- "Férulas para las distintas afecciones"

Centro de Rehabilitación FREMAP. Departamento de extensión educativa. Sevilla - España.

- "Rehabilitación de la mano, fracturas, control del edema, tendones flexores". Ferulaje. Asociación de Terapeutas Ocupacionales. Gran Canarias - España.

1999

- "Terapia Ocupacional de la Mano". Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España

- "Rehabilitación y ferulaje del paciente con parálisis braquial". Montevideo – Uruguay.

- "Curso pre-congreso de fracturas de hombro-mano". V Congreso Argentino de Terapistas Ocupacionales. La Rioja - Argentina

-“Férulas para el niño con problemas neurológicos” - Taller. Congreso Argentino de CANEO. Mar del Plata - Argentina.

-“Rehabilitación de la mano reumática”. Congreso Sudamericano de Cirugía y Rehabilitación de la mano. San Pablo - Brasil.

1998

-“Férulas de tracción progresiva”. Congreso Mundial de mano, Montreal - Canadá

-“Terapia Ocupacional de la Mano”. Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España.

-“Lesiones del miembro superior”. Asociación Española de Terapistas Ocupacionales. Madrid - España.

-“Estudio Ergonómico/tratamiento de afecciones de miembro superior”. Bogotá - Colombia

-“Tratamiento de afecciones del miembro superior/ Estudio Ergonómico” , Centro Internacional - Roma - Italia

-“Anatomía y rehabilitación del hombro”- Rivera - Uruguay.

1997

-“Las lesiones de sobreuso en el trabajo”, Centro de formación internacional. Roma - Italia.

-“Lesiones del miembro superior”. CRM . Montevideo - Uruguay.

-“Lesiones del miembro superior, tratamiento”. CRM. Montevideo - Uruguay.

-“Terapia Ocupacional de la Mano”. Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España.

-“Lesiones del miembro superior”, Asociación Española de Terapistas Ocupacionales. Madrid - España.

1996

-“Evaluación y tratamiento de la Mano”. Universidad Alcalá de Henares, Madrid - España.

-“Lesiones del miembro superior”, Asociación Española de Terapistas Ocupacionales. Madrid - España

1995

-“Rehabilitación de Algio Neuro Distrofia de Mano”. Conferencia

-“Cintura Escapular, hombro, codo, fortalecimiento” Curso.

IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, III Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Santa Fé - Argentina.

- “Rehabilitación y medición del pulgar”: III Congreso de la Federación Internacional de Terapistas de Mano. Helsinki - Finlandia.

-“Como tratar la Algio Neuro Distrofia con exito”: III Congreso de la Federación Internacional de Terapistas de Mano. Helsinki - Finlandia.

-“Rehabilitación de mano”. Curso precongreso internacional. Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Escuela Colombiana de Rehabilitación. Bogotá - Colombia.

-“Rehabilitación de lesiones congénitas”

-“Rehabilitación de mano espástica”

-“Rehabilitación de mano traumática”

-“Rehabilitación de mano reumática”

-“Lesiones de tendones flexores y extensores”

XIX Congreso Nacional, Sociedad Colombiana de Cirugía de la mano. Conferencista Invitada. Bogotá - Colombia.

-“Manejo del paciente reumático”: Rehabilitación post operatoria de la rizartrrosis del pulgar" (Moderador Dr. Alfred Swanson). "Surgery and Rehabilitation of the Hand" Filadelfia - Pensilvania.

1994

-“Rehabilitación del paciente con artritis reumatoidea”. Santa Fé - Argentina.

-“Rehabilitación de hombro”. Salto - Uruguay.

-“Rehabilitación de la mano, traumatismo severo”. Colegio de Kinesiólogos de Misiones, Posadas - Misiones. Argentina.

-“Cirugía y rehabilitación de la mano reumática” Instituto Nacional de Reumatología - Montevideo.

-“Taller de férulas para la mano neurológica y traumática” y,

-“Aspectos de la Terapia Ocupacional en el déficit de la mano, traumática, neurológica y reumatológica”. Centro Médico de Rehabilitación de Montescano - Italia. Fondazione Clinica del Lavoro.

-“Instrumentos, equipo y métodos de evaluación de la mano”. Montevideo - Uruguay.

-“Evaluación de la mano”. III Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional. Madrid - España.

-“Rehabilitación del paciente con Algio Neuro Distrofia”. Salto - Uruguay.

-“Traumatismo severo de la mano”. Instituto Nacional de Reumatología. Montevideo - Uruguay.

- “Mano traumática aguda”. ALPI. Buenos Aires - Argentina
- “Algio Neuro Distrofia y la mano traumática aguda”. Universidad de Mar del Plata- Prov. de Buenos Aires - Argentina.
- “Evaluación de la mano”. Colegio de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de Misiones. Posadas - Argentina.
- “Rehabilitación del pulgar con Artrosis”. Congreso de la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (WFOT). Londres - Inglaterra.
- “Férulas simples para manos complejas”. Congreso de la WFOT. Londres - Inglaterra.
- “Evaluación de la mano”. Instituto Nacional de Reumatología. Montevideo-Uruguay.

1993

- “Técnicas avanzadas en ferulaje de mano”. ALPI. Buenos Aires - Argentina.
- “Rehabilitación del hombro”. Milwaukee-Wisconsin - USA.
- “Técnicas avanzadas en ferulaje de mano”. ALPI. Buenos Aires. Argentina.
- “Evaluación de la mano”. La Plata - Prov. de Buenos Aires - Argentina.
- “Evaluación de la mano”. Universidad de Mar del Plata - Prov. de Buenos Aires - Argentina.
- “Problemas clínicos en el tratamiento de fracturas de mano”. II Simposio Internacional en "Avances en Medicina deportiva y Rehabilitación". Buenos Aires - Argentina.
- “Movilización Articular” Centro de Rehabilitación ALPI. Buenos Aires - Argentina.
- “Análisis terapéutico y rehabilitación de los Síndromes de Sobreuso”. Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales, Buenos Aires - Argentina.

1992

- "Rehabilitación del paciente con Artritis". Buenos Aires - Argentina.
- "Rehabilitación de la mano" Curso de una semana. Profesora Adjunta de Sandra Artzberger MS, OTR. Universidad de Wisconsin – Milwaukee - USA.
- "Una perspectiva clínica en el tratamiento de la Algio Neuro Distrofia" Universidad de Milwaukee-Wisconsin - USA.
- "Evaluación, tratamiento y rehabilitación del paciente con Artritis Reumatoidea" Curso dado a Médicos de post-grado en Reumatología, Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo -Uruguay.

"Rehabilitación y ferulaje de la mano", Centro de Rehabilitación ALPI. Buenos Aires - Argentina.

1991

"Nuevas evaluaciones de la mano" Centro Médico, Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Banco de Seguros del Estado. Montevideo - Uruguay.

"Tratamiento de la mano" Centro Médico, Banco de Seguros del Estado. Montevideo - Uruguay.

"Nuevas Evaluaciones de la mano" Centro Médico, Hospital Militar, Montevideo - Uruguay.

"Tratamiento de la mano" Centro Médico, Servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva. Hospital Pasteur, Montevideo - Uruguay.

1990

"Manipulación articular post-fractura de Colles", Centro de Rehabilitación del Hospital Columbia, Milwaukee - Wisconsin. USA.

"Medición Articular de la mano", Hospital Columbia, Milwaukee - Wisconsin. USA.

"Rehabilitación del pulgar", Hospital Columbia. Milwaukee – Wisconsin - USA.

TALLER:

**“TALLER DE ANÁLISIS DE CASOS EN SALUD
MENTAL”**

DOCENTE: T.O MARÍA RITA MARTÍNEZ ANTÓN

E-mail: ritamartinezanton@sion.com

Se propone un espacio de formación **práctica**, a partir de experiencias de análisis de situaciones clínicas presentadas a los participantes.

Propósito

Facilitar un mayor conocimiento del propio razonamiento clínico.

Objetivos

Se pretende ofrecer a los participantes la oportunidad de:

1. reflexionar acerca de su razonamiento clínico:
 - 1.1. observar los atravesamientos culturales, institucionales en su razonamiento clínico;
 - 1.2. desnaturalizar decisiones clínicas habituales;
 - 1.3. descubrir conceptos propios acerca del malestar psíquico;
2. fundamentar frente a otros profesionales su razonamiento clínico:
 - 2.1. confrontar distintos criterios clínicos;
 - 2.2. debatir con otros profesionales atendiendo a diferentes marcos conceptuales y teóricos en salud mental;
 - 2.3. definir acuerdos de trabajo con otros profesionales;
3. reflexionar acerca de la utilización clínica en salud mental de los recursos culturales e institucionales:
 - 3.1. conocimiento y uso clínico de leyes y normativas sobre el tema;
 - 3.2. conocimiento y uso clínico de recursos institucionales (jurídicos, sociales, etc.);
4. reflexionar acerca de la relación entre razonamiento clínico y políticas de salud mental.

Unidades temáticas

Unidad temática 1:

Análisis individual de situación clínica 1. Reflexión individual sobre el análisis realizado, a partir de guías de preguntas: presupuestos culturales e institucionales en el razonamiento clínico; conceptos de malestar psíquico.

Unidad temática 2:

Análisis grupal de situación clínica 1, a partir de los análisis individuales realizados por los participantes. Presentación por parte de cada participante de su análisis de la situación. Debate entre los participantes de los criterios clínicos y los marcos conceptuales y teóricos involucrados.

Unidad temática 3:

Análisis individual de situación clínica 2. Reflexión individual sobre el análisis realizado, a partir de guías de preguntas: presupuestos culturales e institucionales en el razonamiento clínico; conceptos de malestar psíquico.

Unidad temática 4:

Análisis grupal de situación clínica 2, a partir de los análisis individuales realizados por los participantes. Presentación por parte de cada participante de su análisis de la situación. Debate entre los participantes de criterios clínicos y marcos conceptuales y teóricos involucrados.

Unidad temática 5:

Discusión grupal 1 con el objeto de acordar forma de trabajo sobre situación clínica. Reflexión a partir de una guía de preguntas sobre los modos de fundamentación de criterios clínicos usados por cada miembro del grupo y las negociaciones realizadas para alcanzar el acuerdo.

Unidad temática 6:

Discusión grupal 2 sobre el acuerdo de trabajo realizado, a partir de una guía de preguntas: conocimiento y utilización de las leyes y normativas involucradas en la situación clínica analizada; conocimiento y utilización de recursos institucionales en la decisión clínica.

Unidad temática 7:

Plenario sobre los análisis y discusiones realizados. Discusión a partir de una guía de preguntas sobre los razonamientos clínicos realizados y las políticas de salud mental.

Bibliografía

1. Informes de situaciones clínicas elaborados por la docente.
2. Guías de preguntas elaboradas por la docente.

Se recomienda que cada participante, si lo cree necesario para un mejor aprovechamiento de la experiencia, traiga la bibliografía en la que habitualmente basa su trabajo clínico, para su consulta durante el análisis de las situaciones planteadas.

Debido a la dinámica prevista para el taller, los informes de situaciones clínicas y las guías serán entregadas al Comité Organizador del Congreso según la reglamentación lo indica, pero **no** se entregará a los participantes sino durante el taller, ya que se requiere que **conozcan este material sólo en el momento de realizar la actividad propuesta.**

Se requerirá en forma previa a la participación en el taller la firma de un compromiso de confidencialidad. Si bien los informes de situaciones clínicas no brindarán información que permita identificar a las personas involucradas, se considera imprescindible este compromiso.

TALLER:

**“SIGNIFICADO Y MEDIDA EN LA INVESTIGACIÓN EN
TERAPIA OCUPACIONAL”**

DOCENTES:

DRA. KUKY CORIA

E-mail: kucoria@fibertel.com.ar

LIC. SILVINA PEREYRA

E-mail: casyophea02@yahoo.com.ar

Síntesis

A la luz de los debates actuales sobre las problemáticas de la explicación/comprensión, de la reconceptualización del criterio de “objetividad” en la producción científica y las emergencias metodológicas que tales problemáticas epistemológicas plantean, proponemos trabajar en este taller los efectos operativos y teóricos de dichas problemáticas generales en el marco disciplinar de T.O. y en relación a la producción científica derivada de las prácticas profesionales en el área.

1-Presentación:

El taller “Significado y Medida en T.O.” en el marco del “*VI Congreso*” se propone instalar el debate científico actual en torno a algunos de sus ejes problemáticos generales.

Problemas que impactan en las diferentes disciplinas, en el caso particular que nos ocupa - la Terapia ocupacional (T.O.)- sea en la dimensión de los enfoques teóricos desde los que se validan conceptualmente las prácticas profesionales, sea desde los procedimientos metodológicos que se seleccionan para la investigación disciplinar o sea desde el paradigma que implícitamente protege la producción de conocimientos.

Cada término del mismo lema del *VI Congreso* “*diversidad, integración y complejidad*” sugieren de suyo un abanico de problemáticas tanto epistemológicas como metodológicas y por ende de cruces disciplinares diferentes.

Y de este cruce, a la vez son emergentes cuestiones que hacen al debate científico actual.

Por la magnitud de estas cuestiones, los alcances y límites de su abordaje están implícitamente planteados. No son temas a debatir con ligereza, mucho menos intentar agotarlos en una aproximación exploratoria y mucho menos aún tener la expectativa de que los interrogantes que se abrirán durante la jornada y media de labor que compartiremos, se agotarán al cierre de las actividades del taller.

Por el contrario, si al final de la tarea propuesta alcanzáramos a formular con claridad al menos tres interrogantes que vinculen *la tríada teorías-métodos-práctica profesional* en el marco de la T.O. habremos alcanzado con creces el objetivo central de nuestra propuesta.

El taller está dirigido a profesionales de la T.O. independientemente de sus conocimientos específicos en las dimensiones de la epistemología y la metodología de las ciencias. Los conocimientos disciplinares y los saberes de las prácticas profesionales serán los insumos básicos para abordar el debate. Por eso anticipamos que este documento es una pieza inconclusa en la que se podrán explicitar cómo fueron los desarrollos temáticos, las tensiones del debate, los avances en la articulación de los ejes problemáticos generales con las problemáticas específicas, una vez terminado el taller.

Es decir, este documento tendrá una segunda parte, una post escritura en clave de producción colectiva. Será una segunda parte emergente de la estrategia de una experiencia escritural que intentará el testimonio de un proceso de producción que articulará dos productos que se encuentran en el cierre no clausurado del momento después del taller.

2-La dinámica

Proponemos un taller de reflexión productiva. Esto es instalar problemáticas que generen el debate pero a la vez exijan el compromiso de la escritura. La ciencia es conocimiento escrito y en este atributo está una de sus fortalezas.

En los momentos *expositivos* se presentarán las cuestiones claves del debate científico actual y se orientará a los talleristas en la bibliografía específica para posteriores consultas (estimamos este tiempo en no más de la tercera parte del desarrollo del taller y distribuidas las intervenciones en los momentos de apertura, cierre del primer encuentro y apertura del segundo)

En los momentos de *reflexión*, propondremos la formación de grupos integrados por un promedio de hasta cinco (5) miembros, uno de los cuales de manera permanente o rotativa será “*registrador*” de cada momento de síntesis alcanzado en los intercambios plenarios y de cada grupo. (estimamos este tiempo en otra tercera parte del desarrollo del taller y a iniciarse luego del primer momento expositivo)

Finalmente, en los momentos de *producción*, cada grupo redactará un borrador - segunda parte del presente documento- (estimamos este tiempo articulado con los dos anteriores y ocupando el resto del tiempo afectado al taller).

Terminado el Taller, se recopilarán las producciones grupales, se las sistematizará y se las actualizará en un ejercicio de pos escritura que coordinará Silvina Pereyra. (estimamos el tiempo de sistematización aproximadamente de un mes)²⁹

²⁹ Se contactará a los talleristas para validar la interpretación emergente de la lectura comprensiva de sus producciones y se sistematizarán los resultados en un paper que será distribuido entre los talleristas y será remitido a las autoridades del Congreso en los plazos estimados.

3-Ejes centrales de análisis

3.1. Las problemáticas científicas y su dimensión epocal

Sabido es que las problemáticas científicas están relacionadas con las demandas de cada período histórico y que en las respuestas a dichas demandas es posible escribir la historia de la ciencia, de la misma manera que es posible comprender a cada una de las disciplinas emergentes a lo largo de dicho desarrollo. Un interesante punto de partida para recuperar la génesis de la T.O. y detectar en ella las claves epocales de su quehacer disciplinar.

A su vez, cada momento de esta historia se caracteriza por el desarrollo teórico mediante el cuál se alcanzan explicaciones acerca de las problemáticas estudiadas como así también por la propuesta de procedimientos que faciliten abordajes metodológicos confiables y científicamente válidos.

Teorías y métodos a su vez se articulan con estilos de prácticas científicas que corresponden a diferentes perfiles profesionales. Se reconocen tradiciones, que presentan en algunos casos oposiciones que derivan en clasificaciones artificiosas tales como las que se identifican con paradigmas reduccionistas o antireduccionistas.

Los primeros, caracterizados por una visión centrada en la modelización y los segundos más cercanos a reconocer la importancia de la comprensión; pero en última instancia *explicación y comprensión* parecieran desde un enfoque convergente no ser sino dimensiones complementarias; desde las cuales es posible el abordaje de problemáticas que como las de la salud, se reconocen como complejas, dinámicas, muchas veces de limitada predictibilidad y por cierto pasibles de perspectivas plurales y no por ello carentes de legitimidad.

Estos presupuestos son emergentes de las condiciones de la sociedad actual, en la que la complejidad, la incertidumbre, la información, por solo mencionar tres de sus características principales, hacen poco potente a una cosmovisión científica lineal, de “intramuros”, en la que domine la formalización por sobre el diálogo interactivo.

Por ello, pensamos que la construcción del conocimiento en el campo de la salud, requiere estrategias atravesadas por el reconocimiento de la incertidumbre cognitiva, de la explicitación de la dimensión ética y de la comprensión de los procesos mediante los cuales el profesional de la salud deviene en sujeto epistémico.

Trabajar estas dimensiones en el marco de las disciplinas de la T.O. es un segundo paso para avanzar en la descripción de las problemáticas de enfoques y métodos utilizados en las prácticas profesionales y en las propuestas de investigación de la disciplina que nos ocupa.

Articular los momentos de constitución de la disciplina T.O. con sus paradigmas facilitará hacer explícitas las relaciones entre teoría-prácticas y praxis.

3.2. Cuestiones epistemológicas

Más allá de los procedimientos metodológicos, de los que nos ocuparemos más adelante, es necesario que fijemos algunos interrogantes claves en torno a los modos de producción del conocimiento científicamente válido.

Y para ello debemos considerar al menos las siguientes problemáticas:

- a) cuáles son los procesos de producción de conocimiento lógica y epistemológicamente válidos.
- b) qué relaciones se establecen entre dichos procesos y las teorías científicas.
- c) de qué manera se alcanza y precisa la síntesis entre *teoría y experiencia*.

d) de que manera se logran los criterios de cientificidad

Estos y otros interrogantes encuentran las primeras respuestas en la propia historia de las teorías sobre la ciencia. Paso obligado entonces, es la revisión de las críticas de Popper al proceso inductivo y su propuesta de la “*Teoría del método deductivo de contrastación*”; la concepción de ciencia como actividad colectiva en el marco de un *paradigma* de Tomás Khun y la concepción evolutiva de los *programas de investigación* propuestos por Lakatos.

Pero no alcanzaríamos a desplegar toda la conflictiva derivada de los enfoques teóricos si no visualizamos los enfoques críticos y su impacto en los paradigmas actuales de la ciencia en general y de las disciplinas científicas particulares.

Estamos entonces ante el tercer hito de nuestro recorrido, será necesario poner en blanco y negro en el marco de la T.O. que supuestos y presupuestos se juegan en torno a cuestiones tales como:

- a) objetividad/subjetividad - problemáticas ontognoseológica clave para dirimir, entre otros los asuntos de neutralidad/implicación del investigador.
- b) abstracto/concreto –problemáticas que refieren a la aplicación de categorías validas científicamente al estudio de la realidad. (la salud en nuestro caso desde la perspectiva teórica de T.O.)
- c) análisis/construcción –problemáticas que derivan en cuestiones metodológicas y actualiza la polémica en torno a los saberes inmediatos, la intemporalidad de los hechos de estudio (en nuestro caso de la salud) , la universalidad y sus alcances, la traspolación de problemáticas de unas a otras disciplinas sin un riguroso exámen de factibilidad.
- d) teoría/investigación – problemáticas que apuntan al nudo del desarrollo científico y su relación con la dimensión social- y las implicancias en las dimensiones tecnológicas y éticas involucradas.

Dirimidas estas y otras problemáticas, se podrá entonces, a modo de síntesis, dar cuenta de la/s perspectiva/s epistemológica/s dominante/s en T.O.; del modo en que se entiende el “*objeto de investigación*” (*cosas mensurables?/cosas con significado?/cosas que cruzan medida y significado?*).

3) Cuestiones metodológicas

Una vez trabajada la perspectiva epistemológica desde la cual será posible posicionar las prácticas profesionales y de investigación en T.O., es necesario dar un paso en torno a los procedimientos metodológicos que cruzan problemáticas vinculadas al tipo de instrumentos para la producción de información que mediante las técnicas de análisis adecuadas serán transformadas en datos científicamente válidos.

Y cuando decimos datos científicamente válidos a que aludimos?

Aludimos por un lado al proceso mediante el cuál se transforma información en datos y por otro lado, a los métodos involucrados (cuantitativo/cualitativo/convergentes), al tipo de dato ponderado (de hechos, de sentido, de acciones colectivas) y su interpretación (estadística, de significados, de complementación) que a su vez se proyectan en sus aplicaciones (de investigación básica, aplicada, de intervención social)

En clave de concreciones, lo que en definitiva estamos interpelando es al paradigma implícito en las prácticas profesionales, los marcos teóricos de las investigaciones en T.O. y los métodos y técnicas de investigación que se adoptan disciplinariamente.

A modo de cierre sin clausura, al abordar la problemática de *la media y el significado en T.O.* no es posible eludir la cuestión de la *interdisciplinariedad* en la intervención profesional y la investigación en salud. Un tema todavía difuso dada la propia polisemia del término y que es necesario definirlo para que al despejarlo de ambigüedades vaya

indicando las características de las prácticas profesionales que se enrojan bajo su enunciación.

Definir *interdisciplinariedad* implica también definir y caracterizar el *objeto de estudio* y reconocer las implicaciones que de ello derivan en cuanto a metodología (monismo vs pluralismo), en cuanto a enfoques teóricos (disciplinares, multidisciplinares) integrados que no son mera sumatoria de conceptos y métodos y finalmente a las estrategias de intervención profesional y de investigación.

Dijimos al principio que daríamos por alcanzados los objetivos del taller si desde la T.O. fuera posible responderse al menos a tres interrogantes, que creemos pueden enunciarse de la siguiente manera:

- a) ¿De qué modo se constituyó históricamente el Campo de la T.O. en clave de validez científica?
- b) ¿De qué manera interjuegan medida y significados en la producción de conocimiento en T.O.?
- c) ¿Qué se define por interdisciplinariedad en las prácticas profesionales y de investigación en T.O.?

En la fase de pos escritura, este documento será completado con las respuestas que hayamos alcanzado en el desarrollo del taller... por ello cerramos diciendo y sigue....

Bibliografía:

Coria, Kuky: “Metodología de la investigación”-líneas demarcatorias- en Manuscrito T, año7, Nro.11, Hospital Infante Juvenil “ Dra. Carolina Tobar García, Bs.As. abril 2001.

“Investigación en la lógica científica” en Manuscrito T , año 7 Nro. 12, Bs.As. noviembre 2001.

“Historia clínica “Miguel Calvano et al en Manuscrito T, año 7 Nro. 12, nov. 2001.

“Entre la medida y el significado” en Manuscrito T , año 2003 (en prensa)

“Cuestiones metodológicas e investigación científica” en Psicoanálisis de las configuraciones vinculares”, Tomo XX, Nro.1,Bs.As. 1997.

“Metodología es más que una palabra” en IV Endicom/Enpecom II Expocom Red Mercomsur/Mercomsul , Montevideo 2001.

Follari,R. “ Interdisciplinariedad” –los avatares de la ideología- , Edit. Azcapotzalco, UAM, México 1982

Funtowicz, S et al: “Epistemología política” – Ciencia con la gente- CEAM, Bs.As. 1993.

García, R: “Interdisciplinariedad y sistemas complejos” en Leff, E.(comp) “Ciencias sociales y formación ambiental”,edit.Gedisa,UNAM ,Barcelona, 1994.

Testa,M : “ Saber en salud” – la construcción del conocimiento- Editorial Lugar,Bs.As, 1997.

◦ **Bibliografía básica:**

Metodología de la investigación: líneas demarcatorias

Dra. Kuky Coria

Publicado en Manuscrito T ³⁰

Reflexionar sobre las líneas demarcatorias de la metodología de la investigación nos obliga a pensar en el uso que se da a los términos investigación, ciencia, metodología, induce a definirlos al menos desde algunos rasgos que los caracterizan. No tanto en relación a lo que de ellos se puede predicar sino de las funciones que cumplen en los procesos de producción de conocimientos.

Podría convenirse que investigar es indagar un cierto campo de la realidad (empírica, subjetiva, virtual, teórica) y luego expresar los resultados de dichas indagaciones mediante piezas comunicacionales cuyas descripciones deben alcanzar niveles de validez y confiabilidad en un campo disciplinar determinado.

Obviamente me estoy refiriendo a investigaciones sistemáticas y fundadas en determinados corpus teóricos, sean estos científicos o no.

Pero no resulta tan simple caracterizar el concepto de ciencia. Aquí aumenta la dificultad, porque en general este término está fuertemente asociado con el positivismo y con determinadas prácticas científicas.³¹

Más que caracterizar hay que interrogarse: ¿hablamos de **la ciencia** o **las ciencias**?³²

Cuando decimos "Ciencia" estamos aludiendo directamente a las ciencias naturales y formales, estamos reconociendo al positivismo como modelo que fija la sintaxis de producción y validación del conocimiento. [monismo metodológico], mientras que cuando decimos "ciencias" estamos incluyendo en su dominio a las ciencias sociales. [y su polémica metodológica: cuali / cuantitativismo -¿ convergencia o divergencia?]

La cuestión planteada no es menor. En primer lugar porque implica que debiéramos tomar a **la ciencia como objeto de estudio**. Tarea nada sencilla y como tal ya confirmada por varios autores. No es posible definir elucidatoriamente un concepto

³⁰ Manuscrito T año 7 nro.11 Dto. de Docencia e Investigación Hospital Infanto Juvenil "Dra.Carolina Tobar García"(pp.15-18)

³¹ Sanahuja S et alt. (mimeo, Olavaria 2000)

³² Notese que en general se dice ciencia y no ciencias. EN esta sutil diferencia descansa una compleja polemica que hace a cuestiones metodológicas y epistemológicas que no vamos a tratar en este artículo.

atravesado por prácticas, acuerdos, lenguajes, dinámicas propias de las teorías y cuestiones incluso extracientíficas.

La cuestión se complejiza aún más si nos adentramos en las viejas polémicas acerca de “qué es-qué no es ciencia” (demarcación ciencia / pseudociencia)³³ y sus consecuencias para las prácticas investigativas como así también para la legitimación de los ámbitos posibles de la formación de teorías.

Las epistemologías empiricistas legitiman modos de producir conocimiento sólo con los presupuestos “científicos” declarando pseudo conocimiento todo lo producido con otros principios.

Seguir la reflexión en este sentido nos obligaría a definir lo que entendemos por conocimiento, y en este punto también el cientificismo se apropia de la ecuación conocimiento = ciencia positiva.

No sólo las problemáticas epistemológicas abrevan en esta confrontación sino también las problemáticas de índole metodológica.

Y en este punto es donde se hace necesario reflexionar sobre el concepto “método /s fuertemente vinculado al de ciencia /s ya que es la metodología la que tiene la función específica de aplicar las reglas de producción de conocimientos. Debe cuidar además que no se produzcan contradicciones con el paradigma teórico de referencia, que las técnicas escogidas tanto para la producción como para la interpretación de los datos sean adecuadas al tipo de metodología elegida.

Es decir la metodología no es un mero conjunto de procedimientos, no es un “recetario” de fórmulas standardizadas aplicables mecánicamente a cualquier problemática de estudio. Cada objeto de investigación (individual, colectivo, sujeto, institución, programas de salud, de educación, etc.) requieren de una metodología apropiada a su propia naturaleza y a la naturaleza de los fundamentos epistémicos.

También la metodología está sujeta a criterios de eticidad, dimensión ésta ineludible a la hora de escoger metodologías y técnicas de investigación.

Pero la metodología tiene otras funciones. La metodología de la investigación ordena los procedimientos para obtener una masa crítica de información que luego de ser adecuadamente organizada, interpretada y re-significada se constituye en proposiciones mediante las cuales se expresen las relaciones -latentes o manifiestas- de la realidad bajo estudio. Es decir se puedan reconocer en dichos enunciados, valores descriptivos de los observables y conocer a través de ellos las reglas de producción de los datos.

De esta manera se hace posible interpretar y comprender la realidad investigada.(Sea ella de la naturaleza que sea)

Y algo más, esas proposiciones deben ser descriptoras de la complejidad de los hechos/sujetos /sistemas estudiados tal que constituyan referentes validos y confiables para su aplicación en la práctica profesional. Es decir la metodología adquiere una dimensión pragmática en la perspectiva de la práctica.

Si se acepta esta afirmación, la metodología de la investigación permitiría avanzar sobre las claves de comprensión del discurso descriptivo [propio de las ciencias]³⁴

Pero entendemos que el discurso descriptivo tampoco es único. Que la observación y descripción de la realidad, adopta diferentes formas conforme el desarrollo de las ciencias sociales, dando lugar a conocimientos válidos, útiles, ciertos, (no necesariamente verdaderos en sentido cientificista)³⁵

³³ Lakatos, I. En Metodología de los programas de investigación científica “ Alianza Edit. 1978 (pp.9)

³⁴ Samaja, J. En Epistemología y Metodología “ Eudeba, 1997(pp.159-160)

³⁵ Para la problemática de la verdad ver Marí, E. Elementos de epistemología comparada Puntosur, Bs.As. 1990

¿Cuáles serían en consecuencia las metodologías apropiadas para desarrollar investigaciones vinculantes con las ciencias sociales?

Independientemente de las cuestiones epistemológicas que se ponen en juego al intentar responder este interrogante, las técnicas cualitativas están dotadas de los mecanismos capaces de dar cuenta no sólo de los aspectos instrumentales de los procesos de investigación sino también de los procesos de construcción de conocimiento que de ellas derivan.

Asimismo, habrá seguramente en el tratamiento de ciertas problemáticas (por ej en educación , salud) la necesidad de trabajar con técnicas cuantitativas , es decir momentos del proceso de investigación en los que será necesario producir información desde esta metodología. Ciertamente la convergencia metodológica clarifica el campo de estudio.

Habrá que tener en este caso especial cuidado de escoger para cada momento (cuali /cuantitativo) , las estrategias adecuadas y reforzar los controles metodológicos de tal manera que no se produzcan incoherencias en el proceso de construcción de la información.

Los datos estandarizados (tipologías, comparaciones, estadísticos) ponen su acento en " los datos " y ponderan las operaciones para su obtención, lo cualitativo hace su ingreso cuando se comprenden los datos en términos de contextos, en el esfuerzo por reconstruir los escenarios dentro de los cuales esa información, esos datos se significan (para el sujeto productor de información) y se resignifican para el investigador .

Este es un punto crucial para la síntesis de los opuestos empiria / teoría, dato / concepto, hecho / idea, saber /conocimiento, inducción / deducción.

Las construcciones teóricas emergentes de los procesos de investigación con dominancia de la metodología cualitativa encuentran su materia prima en las expresiones , experiencias , biografías , discursos de los sujetos que han producido socialmente las reglas de esas expresiones , de esas historias particulares con un piso en las prácticas colectivas , de esos discursos en los que se manifiestan vivencias , subyacen sucesos singulares y del colectivo social en que el sujeto individual produce sus propios sucesos vitales.

No sería posible construir conocimiento (digo sistema de categorías) sin esta materia prima.

En consecuencia, las líneas demarcatorias de la metodología de la investigación nos enfrenta a problemáticas no sólo metodológicas sino también epistemológicas y una vez más de pragmatismo. [la apropiación del producto final de la investigación]

Las cuestiones planteadas nos conducen a otro interrogante: ¿cuál es el diseño más apropiado metodológicamente?

Y la respuesta depende de la naturaleza de la pregunta central de la investigación, de los objetivos que se propone el investigador, del tipo de técnicas de producción, análisis e interpretación de los datos que se hayan adoptado.

La línea demarcatoria en definitiva está presupuesta en las pretensiones de generalización del investigador.

La tradición científica heredada del siglo XVII – el paso del porqué al cómo- , de la calidad a la cantidad, de la comprensión al control, están siendo mirados críticamente por el sujeto (productor/ investigador) que desea recuperar su participación en las construcciones que lo explican y apropiarse de sus cosmovisiones.

Kuky Coria-marzo 2001-

“Entre la medida y el significado”
-claves metodológicas-

Dra. Kuky Coria

*“La ciencia occidental contemporánea
no es en gran medida sino
una divinización de la técnica;
sería admirable en tanto técnica,
pero pretende ser conocimiento”*
René Daumal

Muchas veces, cuando reflexionamos en clave metodológica, nos preguntamos por el proceso y las prácticas de la investigación científica y también por el estatuto de científicidad de nuestras investigaciones. Hemos interrogado a la medida y al significado; también hemos confrontado la probabilidad y la comprensión debatimos acerca de la pertinencia de confrontar procedimientos metodológicos y teorías.

En realidad cada pregunta problematiza la validez de los enfoques metodológicos que hemos escogido, muchas veces confrontados con el paradigma hegemónico de producción de conocimiento científico.

Nos planteamos falsos opuestos como por ejemplo ¿medida o significado? Permitámonos entonces algunas consideraciones mediante las cuales intentaremos algunas respuestas.

Empecemos por aquí: *medida y significado* son dos componentes que connotan límites, que aluden a la demarcación entre los campos de lo denominado científico y lo no científico; que ponen sobre el tapete cuestiones de *objetividad y neutralidad*; que suponen más que una especulación filosófica, una problemática que tiene peso social (I. Lakatos: 1978) y político.

Esto es, si aceptamos el carácter no neutral de la ciencia entonces el estatuto de sus conocimientos es cuestión más que de naturaleza de jerarquización, más que de metodologías, de juego de poderes, más que de medidas y significados, de técnicas dominantes. Por tanto “la validez” no es sólo una cuestión de “asuntos internos” a la estructura del conocimiento científico.

Si además aceptamos que el conocimiento científico se construye y configura históricamente y en consecuencia está atravesado por la cultura de la época, entonces los criterios de científicidad no sólo serán acuerdos de la comunidad científica (T.

Kuhn: 1962) sino también de la “comunidad política” que detenta el poder (el “pensamiento único” requiere sin duda un “método único”).

Medida o significado también exponen el juego de la razón, la “razón científico-técnica” que se subordina a la “razón mecánica” (expresa su objetividad mediante lo mensurable) y la razón crítica que interpela a lo estatuido y propone otros caminos a la posibilidad de conocer.

Pero la cuestión nos remite a asuntos estrictamente metodológicos, desde los cuales también se define la cientificidad de una investigación. Sin duda no es la misma lógica de procedimiento investigar partiendo del objetivo de poner a prueba hipótesis (hipotético-deductivo) que si el punto de llegada se alcanza en una laboriosa, compleja y rigurosa construcción de conocimiento.

En este punto las características del “objeto” de estudio, la naturaleza de las problemáticas que se investigan algo nos dicen ya que son quienes determinan si la vía de conocimiento es por la medida, por el significado o por ambos. Las opciones no son excluyentes a priori.

Pero además los procesos de investigación involucran no sólo cuestiones metodológicas y de marcos teóricos disciplinares, no implican sólo elecciones técnicas o rigurosas definiciones operacionales; implican también conflictos, redefiniciones, comprensión y “la ambición de entender un mundo susceptible de producir a los seres humanos y su historia, una exploración que permita articular sin reducir, explicar sin negar” (I. Prigogine: 1997).

Esta reflexión actualiza la crítica al cientificismo y sus pretensiones de certidumbre y nos conduce a un proceso de producción de conocimientos que exige el reconocimiento de que los sistemas tanto humanos como naturales son complejos y como tales, requieren de una pluralidad de perspectivas legítimas (S. Funtowicz: 1993) superando de esta manera la oposición medida/significado, subjetividad/objetividad y toda pretensión instrumentalista del método.

Este reconocimiento direcciona la reflexión sobre nuestras prácticas de investigación ¿cómo *hacer* investigación científica? Dicho de otra manera: cuáles son las reglas de producción del conocimiento científico que debemos adoptar. Si describiésemos las diferentes perspectivas metodológicas o desarrollásemos las teorías sobre la ciencia o los paradigmas de las ciencias sociales, la reflexión sería incompleta si no advirtiéramos que el “hacer ciencia” implica interactuar en un campo de relaciones competitivas, hegemónicas (principio de autoridad científico) e interesadas a partir de lo cual las cuestiones del método dejan de ser neutrales y ocupan un lugar en la sociedad (P. Bourdieu: 1997).

“Hacer ciencia” es caracterizar problemáticas y por lo tanto escoger métodos de estudio para intervenir en sus soluciones y decidir teorías para explicarlas. El énfasis ya no está puesto solo en la dimensión de la cientificidad sino también en las dimensiones ético política.

Por otro lado, las decisiones sobre cómo “hacer ciencia” están regidas al menos por dos posiciones: la que sostiene criterios hegemónicos de cientificidad (universal e intrínseco a la ciencia) y aquella que propone que la resolución de las problemáticas que se le presentan al investigador se alcanzarán a condición de reconocer que toda situación problemática —especialmente las que afectan a las comunidades humanas— requiere abordajes interdisciplinarios (relativos y de intersecciones entre las ciencias y otros saberes) (E. Leff, R. García: 1994).

“Hacer ciencia”, investigar científicamente, también tiene su costado pragmático y su correlato ético. Y en esta afirmación van asociadas temáticas de tal magnitud que solo nos atrevemos a mencionarlas. Intentar sus respuestas en este documento nos excede,

pero su mención es necesaria a los efectos de hacer notable que no es posible el reduccionismo metodológico a la hora de reflexionar sobre las prácticas de investigación en los marcos institucionales. En esos contextos, la emergencia muchas veces presupone la eficacia *per se* de las técnicas.

Conceptualizar/teorizar facilita reconocer, connotar palabras que en el lenguaje común suelen tener sentidos diferentes a los dados por las disciplinas científicas. Y muchas veces la connotación del común es negativa en relación con la del lenguaje científico (R. Thom: 1980) y en estos dobles sentidos, en estas polisemias, se dirimen las distinciones de lo “que es” y “sus significados”. En los diferentes sentidos también se descubren relaciones diferentes de poder.

No es gratuito simplificar lo complejo. Si bien se facilita su descripción (formalismo) cuando se pretende comprender esa complejidad reducida, aparecen los equívocos en torno de los hechos, las tensiones teóricas, irrumpe el desencanto ante planteos únicos y los incompletos principios de cientificidad.

Entonces ¿cómo debemos proceder en nuestras investigaciones para entrar en la categoría de “cientificidad”?

Depende: el positivismo en sus diferentes versiones básicas (Popper, Lakatos) valida cuando teoría y empiria se contrastan. En posturas desde las cuales se adoptan metodologías pluralistas y se acepta la coexistencia de paradigmas, la validación exige algo más que la contrastación empírica de las teorías. Exige aplicación de estrategias complementarias (por ejemplo, de triangulación); de acuerdos en relación con los criterios de evaluación de la calidad de las investigaciones e incluso con los códigos éticos establecidos (M. Valles: 1997).

La disolución de los falsos opuestos —explicación y comprensión—expone aspectos complementarios de lógicas diferentes, opuestas y alternativas a la vez. Muestra el enlace de modos inferenciales deductivos y constructivos, modos de validación plurales.

A las consideraciones hechas hasta aquí será necesario que dediquemos al menos algunas líneas a cuestiones de rutina con las que se enfrenta todo investigador. Una de las dudas que más agobia a los equipos de investigadores (particularmente los que investigan en ámbitos de instituciones públicas de la salud y la educación) es con qué recursos técnicos, de infraestructura y económicos contarán. Porque a condición de las respuestas podremos decidir investigaciones factibles y adecuadas a los marcos institucionales en las que las producimos.

En segundo lugar deberemos decidir teóricamente de qué manera, desde qué enfoques sustentaremos los fundamentos del proceso de producción de información científicamente válida. Y es aquí donde se juegan los dominios de las disciplinas o de la interdisciplinariedad, la posibilidad de investigaciones sesgadas o complejas.

Finalmente decidir qué metodología(s) es solidaria con la problemática a investigar para evitar que los diseños de las *modas metodológicas* nos embarquen en inconsistencias de método, en paradojas teóricas y en impertinencias disciplinares.

Pero también será necesario que anticipemos las estrategias comunicacionales sobre las que descansará la difusión de nuestra producción y sobre todo los modos de intervención que prevemos en relación con la solución de las problemáticas estudiadas.

Bibliografía

Bourdieu, P. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.

Kuhn, Thomas S. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1995.

Lakatos, I. *La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza, 1989.

Leff, E. (comp.). *Ciencias sociales y formación ambiental*. Barcelona: Gedisa, 1994.

Prigogine, I. [et al.]. *La nueva alianza*. Barcelona: Alianza, 1997.

Thom R. *Parábolas y catástrofes*. Barcelona: Tusquets, 1993.

Valles, M. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis, 1997.

PROF. KUKY CORIA **curriculum vitae**

ACTUALIZADO EN ENERO DE 2003

Fecha de nacimiento: **28 de abril de 1945**

Nacionalidad: **Argentina**

Lugar de nacimiento: **Pergamino(Prov. de Buenos Aires)**

Documento de identidad: **D.N.I. 5.107.986**

Tel./Fax **4831-2160**

Sitio web: www.sai.com.ar/KUCORIA

Correo electrónico kucoria@fibertel.com.ar

◀
[Estudios oficiales](#)

[Docencia](#)

[Formación en recursos humanos](#)

Direcciones y/o asesoramientos técnicos

Tutorías

Gestión

Comisiones ad hoc

Jurado

Jornadas y congresos

Escritos

Cursos

Antecedentes profesionales

Otros antecedentes

1. ESTUDIOS OFICIALES

MAGISTERIO: Título "**Maestra Normal Nacional**". Estudios Completos.
Certificado otorgado por la Escuela Normal Nro. 10 de Maestras *J.B. Alberdi* **1966** Bs.
As. Argentina

LICENCIATURA: en "**Ciencias Antropológicas**". Estudios Completos.
Certificado otorgado por la Facultad de Filosofía y Letras de la *Universidad Nacional de Buenos Aires*. **1975**.

DOCTORADO: en **Ciencia Política** en la Facultad de Ciencias Sociales de la
Universidad del Salvador **2002**.



2. DOCENCIA

2.1. DOCENCIA PRIVADA

Centro de Estudios de Antropología y Educación, "Instituto Superior del Tiempo" **1970 a 1984**.

2.2. DOCENCIA E INVESTIGACION

"Instituto Superior de Docencia e Investigación del Tiempo" (DGEGP: N° C-84/Red
Federal de Educación: N° B-191) "Metodología de las Ciencias Sociales y
Aplicadas" **1984 a 1999**

2.3. DE GRADO

Ayudante de Trabajos Prácticos (1ra Cat.) en la Cátedra de "Metodología de la
Investigación Psicológica" de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos
Aires. (UBA) **1984 a 1986**.

Profesora Asociada (a cargo) en la Cátedra de "Antropología Cultural" de la Facultad
de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, (UNLZ). **1986**

a1988.

Docente coordinadora del Curso de "Metodología de la Investigación", dictado en el Instituto de Ciencias y Metodología (CIME) **1986 a 1988.**

Profesora Adjunta Cátedra "Metodología de la Investigación Psicológica II", Universidad de Buenos Aires. (UBA) **1987 a 1992.**

Profesora Titular en Metodología I de la Investigación Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Centro de la Provincia. de Bs. As. (UNICEN) **1998 a 2000**

Profesora Titular de Epistemología General y Aplicada en la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. (UAI) **1999 a la fecha**

Profesora Titular de Antropología Cultural I en la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. (UAI) **1999 a 2000.**

Profesora Titular en Metodología II de la Investigación Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Centro de la Provincia. de Buenos. Aires. (UNICEN) **1999 a la fecha.**

Profesora Titular en Metodología de la Investigación I en la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana (UAI). **2000 a 2003.**

Profesora Titular Ordinaria en la Cátedra de Metodología de la Investigación Social I de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs.As. **2000 a la fecha**

Profesora Titular de Filosofía de la Naturaleza y de las Ciencias en el Instituto Superior del Profesorado San Juan Bosco. **2000 a la fecha.**

Profesora Titular: Introducción al Conocimiento Científico en la Tecnicatura en Comunicación-Centro de Estudios Superiores (Bragado) Facso-Universidad Nacional del Centro (Unicen) **2001**

Profesora Titular: Teoría y Técnicas de la Investigación científica en la carrera de Diagnóstico y Gestión Ambiental de la Facultad de Humanidades de la Unicen **2001 a la fecha (1 cuatrimestre anual).**

Profesora Titular: Taller Final de Tesis en la Maestría de Periodismo Universidad Nacional de La Plata / Union trabajadores de Prensa de Bs.As. (UTPBA) **2001 a la fecha (1 cuatrimestre bianual).**

Profesora titular: Taller Final de Tesis en carreras de la Facultad de Ciencias Económicas Universidad del Salvador **2001 a la fecha (1 cuatrimestre anual).**

Profesora Titular: Seminario extracurricular Investigación Acción en el Instituto Superior De Formación del Profesorado "Don Bosco" **2002 a la fecha**

Coordinadora: Taller final de Tesis en la licenciatura de Diagnóstico y Gestión Ambiental de la Facultad de Humanidades (UNICEN) 2002 a la fecha

2.4. DE POSGRADO ▲

Profesora Invitada para el Curso de "Formación del Médico Generalista en la Atención Médica Primaria".(Duración 501 horas) Dictado en el Hospital "F. Santojani" - Departamento de Docencia e Investigación 1985.

Profesora Titular del Curso de Posgrado en "Epistemología y Metodología de la Ciencia en la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad de Buenos Aires (UBA) 1986.

Docente Coordinadora del Seminario de Posgrado en Investigación en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ) 1987.

Profesora Titular con funciones en Posgrado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ). 1990.

Profesora Asociada (a cargo) del Seminario de Posgrado "Metodología y Diseño de la Investigación en Ciencias Sociales" dictado en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Lomas de Zamora. (UNLZ). 1990 a 1993.

Profesora Titular (ad-honorem) a cargo del Seminario de Posgrado "Metodología y Diseño de la Investigación en Ciencias Sociales" dictado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. (UNLZ). 1993 a 1996.

Profesora Titular (ad-honorem) en el Seminario de Posgrado, Planificación, Diseño y Evaluación de Proyectos de Investigación dictado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora, (UNLZ) con nombramiento por el bienio 1994-1996.

Profesora Titular de Metodología de la Investigación en la carrera de Especialización en Políticas y Administración en Salud Mental (Acreditada por CONEAU) de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA). 1996 a 2002.

Profesora Invitada por la Prof. Mirta Clara a la Cátedra de Epidemiología en Salud Mental (Área Investigación) en la Maestría de Posgrado en Políticas en Salud Mental de la Universidad de Lanús. 1997 a 1998.

Profesora Titular del Curso de Formación Profesional en el área de Investigación, en la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG). 1997 a la fecha.

Profesora Titular (a cargo) del Taller de Trabajo Final de la Licenciatura de postítulo "Administración de la Educación Superior" en el Dto. de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de la Matanza (UNLM) 1998 a 2000

Profesora Adjunta (a cargo) del Seminario de Formación Metodológica en el Doctorado de Relaciones Internacionales de la Facultad de Ciencias Sociales.

Universidad del Salvador.(USAL) 1999-2000.

Profesora Adjunta (a cargo) del Seminario de Formación Metodológica en el Doctorado de Ciencia Política y en el Doctorado de RRII de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad del Salvador.(USAL) 1999-2000.

Profesora Titular en Metodología de la Investigación Educativa en la Licenciatura de Gestión Educativa. Dirección de Posgrado en la Universidad Nacional de Lomas de La Matanza (UNLM) 2000

Profesora Titular en Metodología de la Investigación Educativa en la Licenciatura de Administración de la Educación Superior - Dirección de Posgrado en la Facultad de Ciencias Sociales de la UNLM. 2000.

Profesora Titular del Seminario-Taller de Tesis en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad del Salvador(USAL) 2001 a la fecha.

Profesora invitada Taller de seguimiento planificación e investigación en Escuela de Derecho de la Universidad Nacional del Centro.-segundo cuatrimestre 2002.

Profesora invitada Seminarios Complementarios de formación de grado –área investigación- en la Escuela de Derecho de UNICEN 2002.



3. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

3.1 EN INVESTIGACIÓN

En **Cursos de capacitación docente** en Investigación Educativa (en diferentes niveles), dictados en el Gabinete del Tiempo. 1975 a 1995.

En **Asesoramiento y Monitoreo a Investigadores** en Ciencias Sociales en las Universidades Nacionales de Bs. As., San Juan, Lomas de Zamora, Del Centro de la Provincia de Buenos Aires , Formosa y de La Matanza. 1982 a la fecha.

Docente del Seminario "INVESTIGACIÓN EN EL AULA" realizado en la Universidad Nacional de San Juan, destinado a Profesores de Nivel Medio de los Colegios dependientes de la Universidad Nacional de San Juan y Docentes de la Facultad de Arquitectura. (UNSJ) 1993

Coordinadora del Área de Ciencias Exactas y Naturales realizado en la Universidad Nacional de San Juan, destinado a Profesores de Nivel Medio de los Colegios de la Universidad y a Docentes de la Facultad de Arquitectura. (UNSJ) 1993.

En **Cursos de perfeccionamiento docente** en Investigación Educativa en el Instituto del Tiempo, aprobados por la Dirección General de Gestión Privada (C-84). (Secretaría de Educación. MCBA):

- *El Proceso de Investigación científica en el aula.* (**1996**).
- *La Evaluación como momento de enseñanza aprendizaje.* (**1996**).
- *El Proceso de Investigación científica. (Su Práctica y su Didáctica).* (**1997**)
- *Gestión - Administración y Evaluación de proyectos de Investigación* (**1998 a 1999**)

En **Curso de capacitación docente:** *Metodología de la Investigación Científica*; en el "Instituto Superior de Profesorado de Educación Inicial Sara C. de Eccleston". **1997 a 1998.**

En **Curso de capacitación docente:** *Investigación en el aula*; en Sede 1 de la Escuela de Capacitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. **1997 a 1999.**

Capacitadora y Asesora en Investigación Autoevaluativa Educativa e Institucional; en el "Instituto Superior de Formación Docente San Cayetano". **1997.**

En el 11° Encuentro Internacional de Actualización Docente: *Sistemas e Innovaciones Educativas para el Mercosur*, como **Tallerista**. Área: Investigación en el aula. Montevideo, **1997.**

Profesora Invitada en el Servicio de Psicopatología Infantil de la Cátedra de la Dra. L. Allese del Hospital de Clínicas "San Martín". Universidad de Buenos Aires. (UBA) Expositora en temas de Investigación Científica. **1997.**

En **Curso de capacitación docente:** *Metodología y Epistemología de la Investigación Científica* (Aplicaciones a la Educación; en el "Instituto Superior de Profesorado de Educación Inicial Sara C. de Eccleston"). **1998 a 1999**

Profesora Invitada para el curso promovido por el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital "F. Santojani" en la Sala de Asistencia a la Comunidad de Villa Lugano II, destinado al Equipo Interdisciplinario de Asistencia e Investigación. **1986.**

Docente Coordinadora del Seminario de Aprestamiento Docente en Metodología de las Ciencias Sociales, dictado en el Centro de Estudios de Antropología y Educación y supervisado por la Cátedra de "Metodología de la Investigación Psicológica" de la facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (UBA). **1987**

Profesora Invitada para el dictado de diferentes seminarios en el "Curso descentralizado de Salud y Seguridad Social" organizado por la Secretaría de salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (UBA), en la ciudad de Paraná - Entre Ríos, promovido y avalado por el Consejo de Ciencia y Técnica del Gobierno de Entre Ríos. **1986-1987.**

Profesora Invitada al Seminario de "Metodología de la Investigación" en la Asociación de Graduados en Ciencias de la Educación. Capital Federal. **1989**

En el 12° Encuentro Internacional de Actualización Docente: *Sistemas e Innovaciones*

Educativas para el Mercosur, como **Tallerista**. Área: Investigación en el aula. (16 hs.)
Córdoba, **1998**

Profesora Invitada al Curso de Formación en Psicoanálisis; Área de Investigación, en la Asociación Psicoanalítica Argentina. (APA) **1997 a 1998**.

Profesora Invitada por la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Formosa para el dictado de talleres intensivos en Epistemología y Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades en el marco del Programa de "Formación de Docentes y Formador de Formadores" **1999 a la fecha**.

En **Curso de capacitación para profesionales** en Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales, organizado por la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Sociales (Olavarria) de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As. (UNCPBA) **1999 a 2001**.

En **Curso de capacitación para profesionales** en Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales, organizado por la Secretaría de Pedagogía Universitaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de La Matanza.(UNLM). **2000**.

En **cursos de capacitación de "Formador de Formadores"** programados para el Ciclo de Capacitación en el área de Investigación Educativa por el Instituto Superior del Profesorado C.Namuncurá. **2001**

Coordinadora-docente del Seminario-taller de Metodología de la Investigación Educativa (extracurricular) organizado por la Secretaría de Extensión de FACSO-UNICEN para el ciclo **2001-2002**.

En **seminario-taller** de capacitación intensiva en investigación científica para profesionales de la salud del Hospital Nuestra Señora del Carmen de Zarate: **2002**

3.2 EN PEDAGOGIA UNIVERSITARIA ▲

En **Cursos de formación docente** para la cátedra de Metodología de la Investigación en Psicología (Prof. J. Samaja). Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. **1983 a 1991**

Docente Coordinadora del curso de Pedagogía para el nivel Superior en la cátedra de "Metodología de la Investigación Psicológica II" en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (UBA). **1989 a 1991**.

Docente del Seminario "la evaluación como momento del proceso de enseñanza-aprendizaje" realizado en la Escuela "Bernardino Rivadavia" dependiente de la Universidad Nacional de San Juan.(UNSJ) (Duración 4 hs.) **1993**.

Docente del Seminario "evaluación cualitativa para la escuela primaria" realizado en la Escuela "Bernardino Rivadavia" dependiente de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ) **1993**.

Docente Coordinadora de cursos de perfeccionamiento, capacitación y formación de

recursos en Pedagogía Universitaria é Investigación Educativa (Secretaría de Extensión Universitaria). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ). 1993 a 1996.

En **Cursos de perfeccionamiento docente** en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan, (UNSJ) con nombramiento para el bienio 1994-1996.

En Cursos de capacitación docente para el Departamento de Ciencias Políticas de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ) 1994 a 1996.

En cursos de capacitación docente para el Departamento de Sociología (FASCO) Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ) 1994 a 1996.

Organizadora y Coordinadora general de Taller en las Segundas Jornadas de Perfeccionamiento para Docentes Universitarios, organizadas por la Universidad de Morón. 1997.

Capacitación de profesores en Pedagogía del Nivel Superior Universitario en la carrera de Ciencias Económicas de la Universidad del Salvador 2001



4. DIRECCIONES Y/O ASESORAMIENTO TÉCNICO

4.1 DE INVESTIGACIÓN

Directora del área de Investigación y Formación de Recursos Humanos del "Instituto Superior del Tiempo". DGGP – C 84 – Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Desde 1975

Dirección del proyecto: "*Metodología de Estudio en la Escuela Media y su Incidencia en la Universidad*" (en colaboración), realizado. en el Centro de Estudios de Antropología y Educación (Instituto Superior del Tiempo). 1976 a 1985

Directora del proyecto: "*Terrorismo de Estado y sus Consecuencias Psicosociales: el discurso como mecanismo de dominación e implementación del terror. El Miedo*". Presentado ante la Dirección de Becas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), por la estudiante Marta Pérez Mourgeois, a realizarse bajo mi dirección en el Centro de Estudios de Antropología y Educación. ("Instituto Superior del Tiempo"). 1986

Directora del proyecto: "*Discurso Estatal en los Derechos Humanos y sus efectos en la Cultura*". Postulante a Becario: Alejandro Varela (estudiante de la Facultad de Psicología de la UBA). El Proyecto presentado ante la Dirección de Becas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, (UBA), se realiza en el Centro de Estudios de Antropología y Educación. ("Instituto Superior del tiempo"). 1987.

Directora del proyecto: "*Visión y autodiagnóstico del alumno de Ciencias Sociales, su*

rol profesional y social: Proyección en la Comunidad". Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ). **1989 a 1990**.

Directora del proyecto: *"El familiar dador"*. Aplicación al área de Salud Mental y Nefrología - Efectos psicoculturales. Becaria: Lic. Alcira Martorelli. Proyecto presentado en la Dirección de Becas de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), avalado por los doctores Héctor A. Ferrari, Profesor Titular del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina y Carlos Zarazaga, Director Médico del Instituto de Nefrología de Bs. As. **1989 a 1990**.

Dirección de cinco tesis, en el marco de la Maestría de Metodología de la Investigación Social; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). **1990 a 1995**.

Directora del Programa de "Metodología de Investigación Científica en la Escuela Media" (Colegios Universitarios - Vicerrectorado). Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ) **1992 a 1996**.

Directora del proyecto de Maestría *"El proceso de transferencia en el Sistema Científico-Técnico"* (FACSO) de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ) **1993 a 1995**.

Directora del Proyecto de Investigación *"Estrategias alternativas de aprendizaje"* (lógica procesual), realizado en el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales; (UNSJ) (con **5 investigadores a cargo**) **1995 a 1996**.

Coordinadora metodológica de la Investigación Binacional y Multicéntrica en Salud Mental, dirigida por los Doctores S. Bermann, V. Valla y M. Ruderman. (Asociación Psicológica de Bs. As./UBA/Centro G. Bermann/Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro). **1998-1999**.

Directora externa del Departamento de investigación educativa del "Instituto Sara Eccleston", en el Proyecto: *"El rol docente frente al juego espontáneo del niño: Discurso y realidad"*, dirigido por A. M. Porstein. **1998 a 1999**.

Asesora Metodológica en el Proyecto: *"Recuperación de Conocimientos a través de Conceptos"*. Coordinado por la Lic. Ana Diamant. Unidad de Apoyo para Área de Capacitación Docente (CBC), Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (UBA) **1988 a 1991**.

Coordinadora del "Área de Investigación" del "Programa de Tutorías" del departamento de apoyo pedagógico en la FACSO (Olavarría), Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. (UNCPBA). **2000**.

Co-Directora del Programa de investigación "Problemáticas y estrategias de aprendizaje" "Dirección de Investigación del "Instituto Superior de Formación Docente Sara Eccleston". Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (Evaluado por Universidad Nacional de Buenos Aires) **Bienio 2000 – 2001**.

Asesora Técnica del Equipo de Investigación Educativa del Departamento de Apoyo de

la FACSO (Olavarría) Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. (UNCPBA). 2000-2001.

Asesora del equipo de Investigación Educativa de FACSO-UNCPBA - en el marco de la Red de docentes investigadores de la Prov. de Bs.As. 2000-2001.

Coordinadora del área de Investigación del Departamento de Apoyo de la FACSO. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. (UNCPBA). 2000.

Directora de la Línea de Investigación " La construcción de significados en la enseñanza-aprendizaje de la Metodología de la investigación en Cs .Ss. en el marco del Proyecto EEDUCOM (UNICEN) 2000 a la fecha.

Directora del Centro de Altos Estudios en Epistemología y Metodología de la Investigación de la Sociedad Argentina de Información .2002 a la fecha

Asesora metodológica del equipo de salud mental de " pots internación" del Hospital Municipal Alvarez (Bs.As) desde 2002-2003

Consultora metodológica de profesionales del Derecho de la Facultad de Ciencias Humanas de la Unicen 2002

4.2. COORDINACIÓN ACADÉMICA ▲

- **de la Maestría en Metodología de la Investigación Científica en Ciencias Sociales**, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). 1990.

- **de la Maestría en Metodología de la Investigación Científica en Ciencias Sociales**, con cargo **Profesora Titular** (Dedicación Exclusiva, de carácter Transitorio), en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). 1991.

- **de la Maestría en Metodología de la Investigación Científica en Ciencias Sociales**, con cargo **Profesora Titular** (Dedicación Exclusiva, de carácter Interino), para cumplir funciones en el Departamento de PostGrado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ). 1991-1992.

- **de la Maestría en Metodología de la Investigación Científica**, Departamento de PostGrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ). 1992-1993.

- **de la Maestría en Metodología de la Investigación Científica**, funciones en el Departamento de PostGrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ). 1993-1994.

Directora Del Programa de Educación a Distancia para el bienio 1994-1996 (FACSO) Universidad Nacional de San Juan.(UNSJ).



5. DIRECCION DE TESISISTAS

Del tesista Omar Gurchin de la carrera Ciencias de la Comunicación de FACSO, Universidad Nacional de Lomas de Zamora. (UNLZ). 1989 a 1990.

Del proyecto (con 5 investigadores a cargo): *"Los derechos del menor en familias en estado de pobreza desde la perspectiva de su familia y del estado"*. Un estudio sobre Niños de 5 a 12 años en Sectores Pobres del Conurbano Sanjuanino. Directora: Zulma García, pertenecientes al Instituto de Investigaciones Socioeconómicas, Universidad Nacional de San Juan.(UNSJ). 1993 a 1995.

Del proyecto (con 4 testistas-investigadores a cargo): *"Perfil de los Pasantes de la Carrera de Contador Público"*. Departamento de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de La Matanza. (UNLM). 1995-1999.

De la Tesis de Licenciatura de Carlos Brunan de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As. (UNCPBA) (Olavarria) 1998 a 1999.

De la Tesis de Licenciatura de M. E. Calatayud de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As. (UNCPBA). (Olavarria). 1998 a 2000.

De la Tesis de Licenciatura de articulación Sistemas Universitarios Comparados – dimensión Gestión Financiera- Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLM). 1998

Co-Directora del Proyecto *"La Formación Docente Universitaria"* de la Maestranda Olga N. Loyo. Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional del Noroeste. Desde 1999.

De siete licenciandos de la Facultad de Ciencias Sociales (UNICEN) 2000 a la fecha

De la tesis de licenciatura de articulación de la Prof. Marta Kaplan de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Formosa. 2001-2002

De la tesis de la doctoranda Ana Smicht de la Universidad de Morón –iniciación segundo cuatrimestre 2002 a la fecha



6. GESTION

Secretaría de Investigaciones, Ciencia y Técnica de la Facultad de Ciencias sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. (UNLZ). 1990 a 1992.

Coordinadora de la 1ra. Exposición de Ciencia y Técnica de FACSO, Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ). (Declarada de interés provincial por las comisiones de Ciencia y Técnica de los Senados Nacional y de la Provincia de Buenos

Aires). **1991**

Coordinadora de Gestión Pedagógica en el Ministerio de Educación por la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). **1994 a 1996**.

Coordinadora de Gestión Técnico Académica para la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de San Juan (UNSJ), ante el Ministerio de Educación. **1995 a 1996**

Consejera académica de FACSO (Unicen) **2001 a la fecha**

Directora suplente de E-Educom (FACSO-UNICEN) **2002**



7. COMISIONES AD HOC

Directora Pedagógica en "La Comisión del Doctorado en Ciencias Sociales" (en Fase Planificación) de FACSO de la Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). **Período 1995 - 1996**.

Miembro de la Comisión de posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales (Unicen)-a partir segundo cuatrimestre- **2002 a la fecha**

Consultora para la Reforma Curricular (FOMEC) de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur (UNS). **1998**.

Integrante de la Comisión de la evaluación de las Licenciaturas en Gestión Educativa y Administración en Educación Superior de la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de La Matanza. (UNLM). **1998 a 2000**.

Integrante del Comité Científico Técnico (Área de Investigación). Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA). **1998 a la fecha**

Asesora Metodológica del equipo de la Lic. Graciela Canesa del Dto. de Orientación Vocacional (CBC) Universidad de Buenos Aires. (UBA) **1999 a 2001**.

Coordinadora de la Comisión Ad-Hoc para la Evaluación Institucional del "Instituto Superior de Formación Docente Sara Eccleston" a demanda del Área Superior de Gestión Educativa del Gobierno de la Ciudad de Bs. As. **1999**.

Integrante de la Comisión de Autoevaluación Institucional, Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana (UAI). **2000 a la fecha**.

Integrante del Departamento de apoyo pedagógico de la Facso de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs.As. (Olavarría) 2000 a la fecha

8. JURADO

De Concurso Premio "A. Ameghino" del Centro de Salud Mental N° 3 (Cap.Fed/Arg.) 1993.

De cinco ponencias y defensa de tesis de Maestría en Metodología de la Investigación Social Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ) 1994.

De Concurso Premio "A. Ameghino" del Centro de Salud Mental N° 3 (Cap. Fed./Arg.). 1997.

Jurado Titular en Concurso Docente Area Teoría e Investigación -Taller de Investigación en Comunicación- Facultad de Ciencias Sociales (Olavarria) de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As. (UNCPBA) 1999

Jurado Titular en Concurso Docente Introducción al Pensamiento Científico. Facultad de Ciencias Sociales (Olavarria) de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos. Aires. (UNCPBA) 1999

Jurado titular de Tesis de Licenciatura de Sonia Samahuja – FACSO (Olavarria). Universidad Nacional del Centro de la Provincia. de Buenos Aires. (UNCPBA). 1999

Jurado titular de Tesis de Licenciatura de Rosana Losavio. Universidad Abierta Interamericana (UAI). 1999.

Jurado titular de Tres Tesis de Licenciatura en la Carrera de Terapia Ocupacional de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, (UAI). 2000.

Jurado titular en Concurso Auxiliar Docente Introducción al Pensamiento Científico. Facultad de Ciencias Sociales (Olavarria) de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As. (UNCPBA) 2000.

Jurado titular de Tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. (UAI). 2000.

Jurado titular del concurso para profesores ordinarios en las asignaturas Lógica e Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Formosa. 2000.

Jurado titular de Tesis de Licenciatura designada por el Consejo Superior de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs.As.(UNICEN) –2000 a la fecha

Jurado titular de tesis de licenciatura en la Licenciatura de Diagnóstico y Gestión Ambiental (UNICEN) – 2001-

Jurado titular de concurso a Programas de becas de Capacitación FACSO(UNICEN)

2002

Jurado titular de tesis de licenciatura en Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Formosa **2002**.



9. JORNADAS Y CONGRESOS

SEGUNDAS JORNADAS ARGENTINAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA DINÁMICA DEL DESARROLLO, realizadas durante el mes de **Noviembre de 1978** en la Academia Nacional de Medicina. **Asistente**

PRIMERAS JORNADAS DE POLÍTICA EDUCACIONAL PARA LA DEMOCRACIA, realizadas en el mes de **Octubre de 1983**, en el Colegio de Ciencias de la Educación de Buenos Aires. **Asistente**

Participación en el Seminario SALUD DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR, realizado en el mes de **Noviembre de 1985** en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. (UBA) **Expositora**

PRIMERA JORNADA DE EPISTEMOLOGÍA realizada durante el mes de **Octubre de 1986** en el Instituto de Ciencia y Metodología (CIME), dirigido por los Lics. J.A. Samaja y D. Rodríguez. **Organizadora**

PRIMER ENCUENTRO DE ANTROPÓLOGOS DE LAS PROVINCIAS DE BUENOS AIRES Y LA PAMPA -Olavarría, **Octubre de 1988**- (Ponencia en colaboración / Área Educación Formal) "Lomas, una experiencia posible". **Asistente**

CONGRESO INTERAMERICANO DE PSICOLOGÍA -Buenos Aires, **Octubre de 1989**. **Ponencia (en equipo)**.

Organizadora de la 1º Exposición Científica-Técnica de la FACSO- Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ), declarada de interés provincial por la comisión de Educación del Senado de la Nación. **1991**

JORNADAS DE PSICOANÁLISIS E INVESTIGACIÓN (dispositivos para la investigación en ámbito de las Instituciones en Salud Mental), realizadas el **3-07-1996** en El Centro Municipal de Salud Mental Nro 3 "Arturo Ameghino" (Bs. As.). **Expositora**

SEGUNDAS JORNADAS INTERNACIONALES DEL INSTITUTO DEL CAMPO FREUDIANO (Educación-Saber y Conocer) realizadas el **24 de Julio de 1996** en el Sheraton Hotel (Bs. As.). **Expositora**

JORNADAS SOBRE DIFERENTES ABORDAJES Y DISCURSOS PARA LA CLÍNICA EN NIÑOS Enfoque Pedagógico, auspiciadas por el Centro de Salud Mental "A. Ameghino". Teatro "General San Martín" de la Ciudad de Buenos Aires, **15 de Agosto de 1996**. **Expositora**

JORNADAS REGIONALES DE INVESTIGACIÓN, **1996**. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo (UNC): **Expositora:**

- *Programa de Investigación en la escuela media (PROIEM)*
- *Lógica del proceso didáctico. Técnicas alternativas de Enseñanza. Aprendizaje. Evaluación*

JORNADAS REGIONALES DE INVESTIGACIÓN, **1997**. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. (UNC) **Expositora:**

- *Programa de Investigación en la escuela media (PROIEM)*
- *Lógica del proceso didáctico. Técnicas alternativas de Enseñanza. Aprendizaje. Evaluación .*

TALLER DE TRABAJOS LIBRES "ETNICIDAD E INEQUIDAD EN SALUD", realizado en el VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES); del **17 al 21 de marzo de 1997**. **Coordinadora**

11er. Encuentro Internacional de Actualización Docente Epistemología y Metodología de la Investigación Científica (Su Didáctica y su Práctica). Centro Organizador Perfeccionamiento Educativo Americano (COPEA); del **11 al 14 de septiembre de 1997**. **Expositora**

12do. Encuentro Internacional de Actualización Docente Epistemología y Metodología de la Investigación Científica (Su Didáctica y su Práctica). Centro Organizador Perfeccionamiento Educativo Americano (COPEA); **1998**. **Expositora**

IV JORNADAS SOBRE PSICOANÁLISIS Y COMUNIDAD Tema: "*Desamparo y Violencia Social*" Organizadas por la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). **1997**. **Expositora.**

Discutidora en Ponencias de Proyectos de Investigación; en la Asociación Argentina de Psicoterapia Grupal , (AAPG) **1997 a la fecha.**

JORNADAS SOBRE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE POSGRADO EN SALUD MENTAL. Organizadas por el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Lanús. (UNLA). **1998**. **Miembro-Expositora.**

JORNADAS REGIONALES DE INVESTIGACIÓN, **1998**. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo (UNC) **Expositora:**

- *Programa de Investigación en la escuela media (PROIEM)*
- *Lógica del proceso didáctico. Técnicas alternativas de Enseñanza. Aprendizaje. Evaluación*

JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN INSTITUCIONES DE FORMACIÓN DOCENTE organizadas por el Gobierno de la Ciudad de Bs.As. **3 Marzo de 1999**. **Expositora**

SEGUNDAS JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN INSTITUCIONES DE

FORMACIÓN DOCENTE organizadas por la Dirección de Investigación del "Instituto Superior de Formación Docente Sara Eccleston". **Junio 1999**. **Expositora**

SEGUNDAS JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN INSTITUCIONES DE FORMACIÓN DOCENTE organizadas por la Dirección de Investigación del "Instituto Superior de Formación Docente Sara Eccleston" **Noviembre 1999**. **Expositora**

ENCUENTRO DE ACTUALIZACIÓN DOCENTE EN EL NIVEL SUPERIOR organizado por Instituto Diocesano del Prof.esorado "Mons.Miguel Raspanti" (Haedo- Prov.Bs.As.)- **Expositora**-(Investigación Educativa) **mayo 2000**

Ponencia en colaboración (Lectora Lic. Analía Errobiadart) en el Congreso Internacional de Educación – Cuba -**Febrero 2001**.

Expositora en las Primeras Jornadas de Investigación en Salud Mental en el Hospital "Dra. C. Tobar Garcia"del Gob. De la Ciudad de Bs.As. **18 y 19 de abril 2001**.

Expositora en Encuentro de Comunicación Social IV ENDICOM/ENPECOM II EXPOCOM Montevideo **Mayo 2001**

Expositora en IV Jornadas Comunicación y Educación Olavarría **Agosto 2001**

Organizadora de IV Jornadas Comunicación y Educación Olavarría **2001**

Congreso de Educación- Colombia- ponencia en colaboración con Lic. Analía Errobidart (en ausencia : leída por la Lic. Errobidart) **2002**

VI Congreso Latinoamericano de investigadores de la Comunicación (Bolivia) ponencia en colaboración con la Lic. C. Baccin (en ausencia: leída por la Lic. Baccin) **2002**

VI Congreso Latinoamericano de investigadores de la Comunicación (Bolivia) en colaboración con Lic. Sonia Sanahuja (aceptada por la Comisión de recepción- no leída por ausencia) **2002**

Jornadas de Comunicación FACSO –UNICEN ponencia en colaboración con la Lic. Baccin **2002**

Directora del Simposio virtual "LAS TRES T" organizado por la Sociedad Argentina de la Información (www.sai.com.ar) **2002-2003**



10. ESCRITOS

10.1. PUBLICADOS

"METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE ESTUDIO - UNA EXPERIENCIA ALTERNATIVA" (en colaboración). Publicado en Cuaderno Nro. 4. Ciencias de la Educación. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora

(UNLZ). 1989.

"LA EVALUACIÓN COMO MOMENTO DEL PROCESO DIDÁCTICO" (Diseños de Investigación elaborados por asistentes al Seminario-Taller dictado en FACSO/UNSJ) Edic. Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). Serie Investigaciones 1994.

"ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS DE APRENDIZAJE" (Lógica Procesual). En Cuadernos de la Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). 1995.

"LA EXPERIENCIA DEL PROIEM." En Cuadernos de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ). (C/Ref.) 1996

"LA INVESTIGACIÓN EN LA ESCUELA MEDIA" en Programa de Investigación en la Escuela Media (PROIEM) Universidad Nacional de San Juan (UNSJ). Imprenta Universitaria. 1996

"CUESTIONES METODOLÓGICAS E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA". En: Psicoanálisis de las Configuraciones vinculares. Escucha e Intervención en Psicoanálisis de los Vínculos. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. 1997 (Págs. 207 a 215/ C/Ref).

"PONENCIA -SABER - EDUCAR – CONOCER" (Fracaso escolar) en II Jornadas del Instituto del Campo Freudiano(abstrac); Edit. Atuel, Bs. As. (C/Ref.) 1997.

"EL MAPEO CONCEPTUAL ¿SÓLO UN GRAFO?" (En colaboración); en Cuadernos de Ciencias Sociales, de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ). 1997.

"TALLER FINAL DE TESIS – EN CLAVE DE CRONICA PEDAGÓGICA". Presentado a la Comisión de publicaciones de la revista "Propuesta" de la Universidad Nacional de la Matanza. (UNLM). 1999(C/Ref.)

"EDUCACIÓN A DISTANCIA – UN MODELO DE INVESTIGACIÓN". En Revista Propuesta Universidad Nacional de La Matanza (UNLM) (C/Ref.) (En colaboración con Lic. Cristina Sardella). Febrero 2000.

"METODOLOGÍA ES MAS QUE UNA PALABRA", ponencia presentada para las Mesas de Trabajo de IV Endicom Internacional (Montevideo mayo 2001)

"PARA UNA DIDÁCTICA DE LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION" ponencia presentada para las IV Jornadas Nacionales de Educación y Comunicación (Olavarria agosto 2001)

Compiadora publicación IV Jornadas Comunicación y Educación Olavaria 2001-2002

10.2. INEDITOS ▲

"HIPÓTESIS CIENTÍFICAS Y VERDAD" (De circulación interna para la Cátedra de "Metodología de la Investigación Científica de Psicología" Universidad de Buenos Aires).(UBA), 1985.

"NOTAS PARA AVANZAR EN LA REFLEXIÓN SOBRE LA ESCUELA MEDIA Y SU PROYECCION" **1986**.

"REFLEXIONES SOBRE EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE". **1986**.

"ALGUNAS REFLEXIONES PARA EL ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DE ADOLESCENCIA". **1986**.

"ALGUNAS CLAVES DE APROXIMACIÓN AL MÉTODO ESTRUCTURAL". (Circulación interna para la Cátedra de "Antropología Cultural", Universidad Nacional de Lomas de Zamora). (UNLZ). **1986**.

"TEMAS CENTRALES DE ANTROPOLOGÍA CULTURAL EN LA ÓPTICA EVOLUCIONISTA". (Circulación interna para la Cátedra de "Antropología Cultural", Univeridad Nacional Lomas de Zamora) (UNLZ). **1986**.

"ALGUNAS CUESTIONES EPISTEMOLÓGICAS EN ANTROPOLOGÍA" (de circulación interna de la Cátedra de "Antropología Cultural", Universidad Nacional de Lomas de Zamora). (UNLZ). **1987**.

"CLAVES PARA COMPRENDER LOS NEXOS ENTRE LAS CATEGORÍAS DE ANTROPOLOGÍA-SALUD-COMUNICACIÓN" (Circulación interna de la Cátedra de "Antropología Cultural". Universidad Nacional de Lomas de Zamora) (UNLZ). **1987**.

"ANTROPOLOGÍA - EDUCACIÓN – COMUNICACIÓN" (circulación interna de la Cátedra de "Antropología Cultural", Universidad Nacional de Lomas de Zamora) (UNLZ). **1987**.

"EL ORDEN SIMBÓLICO COMO ESTRUCTURA FUNDANTE DE LA CULTURA" (de circulación interna para la Cátedra "Antropología Cultural", Universidad Nacional de Lomas de Zamora). (UNLZ). **1987**.

"ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS EN EL PROCESO DIDÁCTICO. NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS". (Documento elaborado a pedido de la Comisión Curricular del Dto. de Sociología de la Universidad Nacional de San Juan, (UNSJ) para la discusión de nuevas estrategias de E-A-E). **1994**.

"LA INVESTIGACIÓN EN EL AULA." Presentado al concurso Aula Abierta; **1997**.

Documentos publicados en Manuscrito T Revista del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Infanto Juvenil "Dra.C.Tobar Garcia" Gob.Ciudad Bs.As. **2001**

"LOS JOVENES ORGANIZADOS EN LA SOCIEDAD CIVIL ARGENTINA" Tesis Doctoral **2002**

"Documentos de cátedra" en www.sai.com.ar/KUCORIA **2003**



11. CURSOS

11.1. REALIZADOS DE FORMACIÓN

METODOLOGÍA Y LÓGICA DE LAS CIENCIAS SOCIALES a cargo de la Lic. María del Rosario Lores Arnaiz, en grupo de estudio a su cargo, en el Departamento de Extensión Científico-Técnico de la "Escuela del Sol" (60 hs.), 1977.

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA (en Ciencias Sociales) dictado por el Dr. Gregorio Klimovsky en el "Instituto de Desarrollo Económico y Social". (IDES).1979

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE ESTUDIO PARA EL NIVEL SUPERIOR, realizado en el "Instituto Superior de Investigaciones Psicológicas", (ISIP) durante 1982. (68 hs.).

PEDAGOGIA UNIVERSITARIA, realizado en el Colegio de Escribanos de La Plata y a cargo del Profesor de la Universidad de Barcelona, Dr. López Quintás, 1983. (9 hs.).

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA, a cargo del profesor Juan Samaja, dictado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (UBA) 1984 (24 hs.).

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS SOCIALES Dictado por el Lic. Juan Samaja en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. (UBA), realizado en 1984 (96 hs.)

GRUPO DE LECTURA de "Lógica de la Ciencia" a cargo del Lic. Juan Samaja, realizado en el "Instituto Superior del Tiempo". 1984 a 1992.

11.2. REALIZADOS DE POSGRADO ▲

Epistemología y Metodología. (Dr. E. Klimovsky) IDES 1979

Metodología de investigación en Psicología (Dr. J. Samaja).Universidad de Buenos Aires. (UBA). 1984

En el marco Programa del Doctorado de Ciencia Política de la facultad de Ciencias Sociales, Universidad del Salvador (USAL). Con promoción escrita y defensa oral de (Carga horaria: 368 hs. presenciales) en: Ciencia Política. 1995.

- Relaciones Internacionales. Filosofía.
- Teología. Metodología de la Investigación
- en Ciencias Sociales.
- Taller de Trabajo Final de Tesis.

Seminario Internacional. Los sistemas tutoriales en la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (UBA). 1996.

Seminario Nacional " las tesis y sus problemáticas" en la Facultad de Ciencias

11.2.1. DICTADOS DE PREGRADO ▲

LAS CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS, cursos co-programáticos dirigidos a estudiantes del último ciclo de Nivel Medio, programados por la Escuela del Sol durante los años **1975 a 1983**.

CONTEXTO ANTROPOLÓGICO-SOCIAL Y EL PROCESO DE ANTROPOGÉNESIS, dictado para los alumnos de cuarto y quinto año del Bachillerato como parte del programa de "Cursos Pre-Universitarios" organizados por la "Escuela del Sol", durante los meses de **1975 a 1983**.

INTRODUCCIÓN A LOS FUNDAMENTOS DE LAS CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS, dictado durante un cuatrimestre en el "Instituto de Información y Estudios en Ciencias Sociales y Educación". **1978**.

11.2.2. DICTADOS DE POSGRADO ▲

Cursos intensivos de planificación y diseño de la Investigación Social y Educativa en Instituciones Públicas y Privadas. **1983 a la fecha**.

LA ANTROPOLOGÍA COMO MARCO TEÓRICO EN SALUD dictado en el "Segundo Curso del Médico Generalista en la Atención Médica Primaria", Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (duración 501 hs.), con participación durante el mes de **1985**.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, curso dictado en la Facultad de Arquitectura (Dirección de investigación) de la Universidad Nacional de La Plata. **1989**.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, curso dictado en el Colegio de Sociólogos de la Ciudad de Buenos Aires. **1989**.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES, dictado en la Asociación de Graduados en Ciencias de la Educación. **1989** (36 hs.).

SEMINARIO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL, dictado en la Asociación Argentina de Psicólogos de Psicoterapia Grupal (AAPPG). **1990 a la fecha**.

SEMINARIO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL, dictado en la Asociación de Psicólogos Buenos Aires, en el marco de la carrera de postgrado de Administración en Salud Mental. **1996- 1997**.

10.2.2. DICTADOS EN FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS ▲

EPISTEMOLOGÍA Y MÉTODO CIENTÍFICO, en el Seminario organizado por el Consejo de Investigaciones Científicas y tecnológicas de la Provincia de Entre Ríos. **Realizado el 20-10-1986**, (5 hs.).

ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y SU MARCO ANTROPOLÓGICO en el Curso Descentralizado de Salud y Seguridad Social organizado por la Subsecretaría de Salud Pública del Gobierno de Entre Ríos y la Organización Panamericana de la Salud dictado en Paraná, **los días 17 y 18 de Octubre de 1986**, (15 hs.).

PROTECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES-ADOLESCENTES, dictados en el Curso descentralizado de Salud y Seguridad Social, organizado por la Subsecretaría de Salud Pública de la Prov. de Entre Ríos y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud **Realizado el 14 de Noviembre de 1986**, (6 hs.).

CONTEXTO ANTROPOLÓGICO, SOCIAL Y ECONÓMICO EN SALUD, realizado en el Curso descentralizado de Salud y Seguridad Social organizado por la Subsecretaría de Salud Pública de la Prov. de Entre Ríos y la Organización Panamericana de la Salud **los días 14 y 15 de Mayo de 1987** (16 hs.)

LA PROBLEMÁTICA SALUD-ENFERMEDAD Y SU ÓPTICA ANTROPOLÓGICA realizado en el Curso Descentralizado de Salud y Seguridad Social, organizado por la Subsecretaría de Salud Pública de la Prov. de Entre Ríos, **durante los días 7 y 8 de Septiembre de 1987** (16 hs.).

ANTROPOLOGÍA SOCIAL, IV curso de Administración de Salud y Seguridad Social, dictado en Concordia - Entre Ríos, durante el año lectivo **1989 a 1990**. Organizado conjuntamente por la Secretaría de Salud de Entre Ríos, la Escuela Superior de Sanidad de la Prov. de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud. (8 hs.) **Noviembre de 1989**.

EPISTEMOLOGÍA, IV curso de Administración de Salud y Seguridad Social, dictado en Paraná - Entre Ríos, durante el **año lectivo 1989 a 1990**. Organizado conjuntamente por la Secretaría de Salud de Entre Ríos, la Escuela Superior de Sanidad de la Prov. de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud. (8 hs.) **Noviembre de 1989**.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN APLICADA, Seminario Taller en el IV curso de Administración de Salud y Seguridad Social, dictado en Paraná - Entre Ríos, durante el **año lectivo 1989 a 1990**. Organizado conjuntamente por la Secretaría de Salud de Entre Ríos, la Escuela Superior de Sanidad de la Prov. de Buenos Aires y la Organización Panamericana de la Salud. (16 hs.) **Diciembre de 1989**. **Coordinadora docente.**

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN APLICADA, Seminario Taller en el IV curso de Administración de Salud y Seguridad Social, dictado en Concordia - Entre Ríos durante el **año lectivo 1989 a 1990**. Organizado conjuntamente por la Secretaría de Salud de Entre Ríos, la Escuela Superior de Sanidad de la Prov. de Buenos Aires y la organización Panamericana de la Salud.(16 hs.) **Diciembre de 1989**. **Coordinadora Docente.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN EL ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES realizado en el Equipo de Adultos del Centro de Salud Mental Nro 3 "Arturo Ameghino" dependiente de la Municipalidad de la Ciudad de Bs. As. **Julio 1993**

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA realizado en Colegios de Nivel Medio dependientes de la Universidad Nacional de San Juan. (UNSJ) **Octubre a Noviembre de 1993.**

SEMINARIO DE FORMACION EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y EDUCACIÓN en el Instituto Superior de Formación Docente Sara Eccleston (Gob. de la ciudad de Bs.As.) **Duración 4 cuatrimestres** (carga horaria 60 hs. presenciales y monitoreo a distancia).**Julio 1997-Diciembre 1998.**

SEMINARIO DE FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA programado por la Red Federal de Educación Continua y el Gobierno de la Ciudad de Bs.As. en el marco del Programa de "Formador de Formadores" **1998 a 1999**

SEMINARIO-TALLER "Metodología de la Investigación Social y de la Investigación Educativa" en FACSO-UNICEN- **desde 1998 a la fecha.**

SEMINARIO-TALLER EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL Y SUS APLICACIONES en curso capacitación médicos residentes del Hospital Nuestra Señora del Carmen –Zarate- segundo cuatrimestre **2002** (100 horas).



12. ANTECEDENTES PROFESIONALES

Asesora a profesionales , docentes e investigadores de las áreas de salud y educación (actividad privada realizada en el "Instituto Superior del Tiempo"). Actividad realizada **1970 a la fecha.**

Asesora del Departamento de Orientación Vocacional de la Escuela del Sol, en temas específicos de Ciencias Sociales y puntualmente del área antropológica. Actividad realizada entre los años **1975 a 1983.**

Asesora Consultora del Equipo del Dr. Gabriel Barna en Talleres de Aprendizaje para Adolescentes psicóticos. **1982 a 1996.**

Asesora de la Lic. Beatriz Baigros, coordinadora del área "Psicología del Deporte" en el Departamento de Medicina del Deporte del Hospital Municipal "Ramos Mejía" de Bs. As. Actividad realizada **1985**

Asesora del Equipo de "Psicología del deporte" de la Asociación de Psicólogos de Bs. As., Coordinado por la Lic. Liliana Grabin. Actividad realizada **1985-e 1986.**

Asesora en las áreas de Capacitación e Investigación; en HACER LUGAR (Fundación para la Asistencia, Investigación y Docencia en Autismo y Psicosis Infantil). **1994 a la fecha.**

Asesora del Programa Epidemiológico de Oftalmología Pediátrica en el equipo dirigido por la Dra. Patricia Vigsiskym del "Hospital Garrahan" **1995.**

Asesora en las áreas de Capacitación e Investigación en salud mental; en "SPORTIVO WINICOTT"(Talleres de rehabilitación). 1997- 1998.

Asesora en las áreas de Capacitación e Investigación; en CONSULTORES ASOCIADOS EN ECONOMÍA DE SALUD. 1997.

Consultora externa permanente de:

Centro de Salud Mental N° 3 "A. Ameghino" 1990 a 1998

Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG). 1990 a la fecha.

Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) 1990-2001

- Centro Argentino para la Cooperación Internacional y el Desarrollo (CACID). Capítulo Joven. 1995 a 1999.
- De la Escuela de Formación Psicoanalítica (Área Investigación) 2001
- Del equipo de Asistencia e Investigación dirigido por Diana Kordon 1998 a la fecha.

Consultora Asociada de *Consultores Asociados en Economía de Salud*, incluido en el registro de prestadores para P.N.D.U, Proyecto de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Proyecto de Desarrollo del Sector Salud en las Provincias (PRESSAL), bajo el número 110/ 97 1997.

Consultora en Pedagogía Universitaria de la Fundación R. Favaloro. 1999.



13. OTROS ANTECEDENTES

Segundo premio "Ricardo Rojas" por Ensayo Histórico (en colaboración) sobre "El Teatro Ricardo Rojas". 1966.

Maestra de Alfabetización de Adultos contratada por el Ministerio de Cultura y Educación (DINEA) para trabajos en comunidades marginales. Período 1/10/76 al 22/12/76.

Docente Coordinadora del Taller de Educación Participativa de la Municipalidad de Buenos Aires en el Centro Comunitario Chacarita. 1985.

Docente Invitada para el Taller de "Reflexión en Educación Participativa" en la Institución de Salud Mental "El Bancadero", dirigido por el Lic. Alfredo Moffat 1986.

Asesoramiento a la Comisión Curricular de la "Escuela de Laborterapia" de Buenos Aires, solicitado por la Lic. Dolly Talud de Rodríguez Saens (Especificidades del contexto socio-cultural en el área de salud). 1975.

Asesora del Consejo Pedagógico de la "Escuela del Sol" para el Departamento de

Extensión Científico - Técnica. (Aérea Orientación Vocacional) **1976 a 1984.**

Miembro Fundador del IECSE (Instituto de Educación Superior), (Revista Perspectiva Universitaria) e integrante del equipo de Estudios Antropológicos.

Coordinadora del Equipo de Investigación patrocinado por el IECSE, durante el año **1977**, para realizar un sondeo sobre "LOS EFECTOS DE LA INDUSTRIALIZACIÓN EN LA COMUNIDAD DE LIEBIG". Prov. de Entre Ríos.

Integrante de Equipos de Investigación y Estudios en Ciencias Sociales coordinados por la Lic. Liliana Grabin y realizados en la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires **1985.**

Ensayo sobre "Una Antropología de las Vivencias". Cátedra de "Antropología Cultural" de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. (UNLZ). **1986 a 1988.**

Profesora invitada a publicar en la "Revista de Investigación Educativa" de la Facultad de Ciencias de la Educación en la Universidad Nacional del Comahue.

Asesora del Proyecto de Investigación para el estudio de cambios dirigidos en "Técnicas Agrícolas -cultivo de soja-" de aplicación en Villa Dolores (Prov. de Córdoba), patrocinado por el Sr. Pedro Sterfeld.

Consultora del Dr. Epifanio Palermo ("Salud-Enfermedad y Estructura Social" y otras publicaciones) en la especificidad del contexto socio-cultural en el área de Salud.

Coordinadora del Taller de Reflexión sobre Metodología y Problemática de las Ciencias Antropológicas (Realizados en Instituciones Privadas sin fines de lucro).

Miembro fundador del Equipo PUBLICACIONES UNIVERSITARIAS dirigido por el Lic. Manuel Acevedo de la Universidad de Buenos Aires, (UBA) y la Universidad del Salvador, (USAL).

Admisión en el Doctorado en Pedagogía, del Rectorado de la Universidad de Sevilla **1994.**

Distinguida como **Miembro Fundador** del Centro Argentino para la Cooperación Internacional y el Desarrollo (CACID), por su comprometida participación como Consultora Externa en Metodología de Investigación **1996.**

Miembro Fundador de La Red Educación y Salud Popular para el Mercosur – Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro (Brasil) **1999.**